



Berne, 4 septembre 2024

Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées et les personnes ré- sidant dans des institutions médico-sociales

Rapport du Conseil fédéral en réponse aux postulats
20.3721 Gysi Barbara du 18 juin 2020
20.3724 Wehrli du 18 juin 2020
20.4253 Graf Maya du 25 septembre 2020

Table des matières

L'essentiel en bref	4
1 Contexte	7
1.1 Postulats	7
1.2 La pandémie de COVID-19 en Suisse	9
1.2.1 Déroulement de la pandémie.....	9
1.2.2 Mesures de protection des personnes âgées et des personnes résidant dans des institutions médico-sociales	9
1.3 Bases pour répondre aux postulats	10
2 Conséquences de la pandémie sur les personnes âgées	13
2.1 Charge de morbidité, hospitalisations et mortalité	13
2.1.1 Hospitalisations en lien avec le COVID-19	14
2.1.2 Décès en lien avec le COVID-19	17
2.2 Qualité de vie et santé psychique	19
2.2.1 Évaluation de la qualité de vie avant, pendant et après la pandémie	19
2.2.2 Conséquences sur la santé psychique	20
2.3 Conséquences sur la vie quotidienne, l'engagement bénévole et les relations intergénérationnelles.....	21
2.3.1 Engagement bénévole	22
2.3.2 Relations intergénérationnelles.....	23
2.4 Synthèse	24
3 Conséquences de la pandémie sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées à domicile	25
3.1 Situation des personnes nécessitant des soins et un accompagnement à domicile ...	25
3.2 Offre et qualité des prestations	26
3.3 Situation des proches	27
3.3.1 Proches de personnes atteintes de démence	27
3.4 Conséquences de la pandémie sur le personnel	28
3.5 Synthèse	28
4 Conséquences de la pandémie sur les résidents d'EMS	30
4.1 État des données probantes et déroulement.....	30
4.2 Préparation des EMS à la pandémie	31
4.3 Mise en œuvre des mesures de protection dans les EMS	31
4.4 Conséquences sur la prise en charge	33
4.5 Conséquences des mesures sur les résidents et leurs proches.....	34
4.5.1 Situation des personnes atteintes de démence.....	35
4.5.2 Situations palliatives et personnes en fin de vie	35
4.6 Répercussions de la pandémie sur le personnel et les bénévoles	36
4.7 Aspects structurels	37
4.8 Synthèse	38
5 Conséquences de la pandémie sur les foyers pour personnes handicapées	40
5.1 Préparation des foyers à la pandémie	40
5.2 Mise en œuvre des mesures de protection dans les foyers	41
5.3 Conséquences des mesures sur les résidents.....	43
5.4 Conséquences des mesures sur les proches.....	45

5.5	Conséquences de la pandémie sur le personnel et les bénévoles	45
5.6	Aspects structurels	46
5.7	Synthèse	46
6	Synthèse du Conseil fédéral.....	48
6.1	Enseignements-clés et mesures de la Confédération	49
6.1.1	Prendre en considération la perspective des personnes concernées et encourager l'autodétermination.....	49
6.1.2	Mieux reconnaître l'hétérogénéité des situations de prise en charge et des environnements de vie des personnes âgées en intégrant les acteurs pertinents	50
6.1.3	Améliorer la préparation aux pandémies dans les EMS et les foyers pour personnes handicapées.....	51
6.1.4	Investir dans la qualité des soins de longue durée.....	53
7	Bibliographie.....	57

L'essentiel en bref

La pandémie de COVID-19 a posé de grands défis à la société dans son ensemble et au système de santé en particulier. Le présent rapport détaille les conséquences de la crise sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales. Il répond ainsi aux trois postulats suivants : 20.3721 Gysi Barbara « Établissements médicosociaux et foyers pour personnes handicapées. Il faut tirer les leçons de la crise du coronavirus » du 18 juin 2020 ; 20.3724 Wehrli « La situation des personnes âgées dans COVID-19 » du 18 juin 2020 et 20.4253 Graf Maya « Prévention et gestion des pandémies. Meilleure intégration des fournisseurs de services et des organisations s'occupant de handicapés qui proposent une prise en charge sociale et des soins de longue durée » du 25 septembre 2020.

Les personnes âgées, en particulier celles vivant dans des établissements médico-sociaux (EMS), comptaient parmi les groupes à haut risque de développer une forme grave ou de décéder du COVID-19. Selon les évaluations, elles ont dû bien plus souvent être hospitalisées que les jeunes : pendant la pandémie, elles ont représenté environ 70 % des hospitalisations. D'une manière générale, une surmortalité élevée a été enregistrée dans les EMS pendant cette période.

La protection des groupes de population vulnérables, à savoir les personnes âgées, en EMS et atteintes de certaines maladies chroniques, a donc toujours revêtu une haute priorité dans les processus de décision. L'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) confirme ce constat. La Confédération a rapidement pris des mesures pour protéger la santé de ces groupes et communiqué clairement qu'ils constituaient une priorité. Elle a aussi priorisé les personnes vulnérables au moment de la campagne de vaccination, ce qui a permis d'atteindre une couverture vaccinale élevée et de faire baisser le taux d'incidence au sein de la population âgée.

Entre 2021 et 2023, l'OFSP a commandé plusieurs études pour examiner les conséquences de la pandémie sur les personnes âgées et celles résidant dans des institutions médico-sociales. Ces études qualitatives et quantitatives, complétées par d'autres analyses, constituent la base du présent rapport. Il en ressort que la majorité des personnes âgées n'ont pas constaté de détérioration de leur état de santé physique et psychique pendant la pandémie. Que ce soit sur le plan physique ou psychique, les effets négatifs de la pandémie ont été nettement moins importants dans la population âgée que dans la population jeune.

Le Conseil fédéral reconnaît que la pandémie et les mesures de protection ont aussi été source de souffrances, en particulier pour les personnes vivant dans des institutions médico-sociales. C'est surtout le manque de contacts avec les proches en raison de la réglementation stricte des visites qui a eu une influence négative sur le bien-être. Pour les proches, l'interruption des offres de soutien et de décharge à domicile a en outre représenté un poids important.

Par ailleurs, les libertés des résidents d'EMS ou de foyers pour personnes handicapées ont été fortement restreintes. Au début de la pandémie, il n'y a pas eu de différenciation suffisante entre les mesures de protection dans le domaine des soins de longue durée pour les personnes âgées et celles dans le domaine de la prise en charge sociale. De ce fait, les personnes handicapées vivant dans des foyers, qui étaient peu à risque de développer une forme grave de COVID-19, ont été soumises aux mêmes mesures de protection et restrictions que les personnes appartenant aux groupes à haut risque.

Au début de la gestion de la crise, il n'a pas été possible de prendre en compte le fait que les « personnes âgées » ne constituent pas un groupe homogène, mais qu'elles diffèrent considérablement du

point de vue de leur état de santé et de leur besoin de soutien, de leur intégration sociale, de leurs ressources psychosociales et de leur situation socioéconomique.

Pour gérer la pandémie, Confédération et cantons ont dû constamment peser les différents intérêts en jeu. Dans ce contexte délicat, et en tenant compte de l'évolution du nombre de cas, l'OFSP a publié des recommandations pour les institutions médico-sociales telles que les EMS. Ces recommandations ont été élaborées en collaboration avec les parties prenantes et régulièrement adaptées aux nouvelles connaissances scientifiques et à l'état de la situation épidémiologique. En s'appuyant sur l'art. 19, al. 1, et 40, de la loi sur les épidémies (LEp ; RS 818.101), les cantons et les communes ont à leur tour ordonné des mesures pour les EMS et les foyers pour personnes handicapées. Les mesures appliquées différaient donc selon les cantons, conduisant à une situation très hétérogène à l'échelle nationale. Durant certaines phases de la pandémie, il s'agissait toutefois précisément du but recherché puisque l'incidence variait parfois fortement d'un canton à l'autre.

Le Conseil fédéral est conscient que, dans les différentes phases de la pandémie de COVID-19, il n'a pas toujours été possible, du point de vue de la liberté individuelle et de l'autodétermination, de concevoir des mesures suffisamment proportionnées pour protéger la santé des résidents d'institutions et du personnel de celles-ci. Il en tire par conséquent quatre enseignements clés pour la gestion des risques sanitaires futurs, en particulier ceux liés aux maladies infectieuses. L'accent est mis sur les enseignements à mettre en œuvre dès à présent, c'est-à-dire en situation normale, pour améliorer la gestion de nouvelles crises touchant en particulier les personnes âgées et celles vivant dans des institutions médico-sociales.

1. Prendre en considération la perspective des personnes concernées et encourager l'autodétermination

Force est de constater que, durant la pandémie de COVID-19, la perspective et les besoins des personnes vivant dans des institutions médico-sociales ont été peu pris en considération au moment de l'élaboration de mesures les concernant. Pour y remédier, il faut créer au sein de ces institutions des structures permettant et encourageant la participation des personnes concernées et de leurs proches. Il importe aussi de tenir compte de la perspective des groupes particulièrement vulnérables, comme les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs sévères. La Confédération met déjà en pratique ces enseignements dans le cadre des travaux de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) et d'autres activités.

2. Mieux reconnaître l'hétérogénéité des situations de prise en charge et des environnements de vie des personnes âgées en intégrant les acteurs pertinents

Dans la perspective de futures pandémies, toutes les parties prenantes doivent être davantage conscientes de l'hétérogénéité des situations de prise en charge et des environnements de vie des personnes âgées. Il s'agit d'une condition fondamentale pour prendre des mesures de protection adéquates et mieux évaluer leurs conséquences. Cela implique aussi de différencier les mesures selon qu'elles relèvent des soins de longue durée pour les personnes âgées ou de la prise en charge sociale de personnes jeunes en situation de handicap, ces dernières ne présentant pas du tout les mêmes risques. En outre, dans l'optique de crises futures, il importe de garantir autant que possible la disponibilité des services d'aide et de décharge afin d'éviter une surcharge des proches aidants et les risques qui en découlent pour la santé de ces derniers. Pour y parvenir, il est indispensable d'établir une bonne collaboration entre les différents acteurs en période « normale ».

De nombreux progrès ont déjà été réalisés pendant la crise et des enseignements tirés en ce qui concerne l'intégration des parties prenantes. Par le biais de différents canaux, l'OFSP a entretenu des échanges constants avec les associations et les acteurs pertinents. Dans le cadre de la législature 2024-2027, le Conseil fédéral a nommé une spécialiste des questions ayant trait à la vieillesse et du

soutien aux personnes handicapées au sein de la Commission fédérale pour la préparation et la gestion en cas de pandémie (CFP). Il est recommandé aux cantons d'élaborer une vue d'ensemble de tous les prestataires, institutions et offres de soins et d'accompagnement dans le domaine sanitaire et social, et de réfléchir à la manière d'assurer le maintien de ces prestations en temps de crise également.

3. Améliorer la préparation aux pandémies dans les EMS et les foyers pour personnes handicapées

Expériences et études montrent que la pandémie de COVID-19 a pris au dépourvu un grand nombre d'institutions. Dans l'ensemble, les principales défaillances constatées au début de la pandémie étaient le matériel de protection insuffisant et le manque de connaissances des institutions et du personnel concernant la gestion d'une pandémie. Même si l'on ignore à quoi pourraient ressembler de futures pandémies, il importe de s'atteler dès maintenant à certaines réflexions fondamentales pour répondre à ce type de défis. Cela inclut entre autres le développement de compétences dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections, la mise à disposition de matériel de protection et l'élaboration de plans pour garantir une dotation suffisante en personnel qualifié ou pour trouver un équilibre entre protection et autodétermination au sein des institutions.

Dans le cadre des stratégies Endémie COVID-19 + et NOSO, l'OFSP doit mettre au point d'ici à fin 2024, en collaboration avec les parties prenantes, un plan d'action pour les EMS. Le remaniement du Plan suisse de pandémie Influenza permettra notamment de mieux prendre en compte la santé psychique et la situation des institutions médico-sociales. Il est recommandé aux institutions, cantons et communes d'investir d'ores et déjà dans la préparation aux pandémies et d'élaborer les plans correspondants.

4. Investir dans la qualité des soins de longue durée

La pandémie de COVID-19 a rendu manifestes les défis – pour la plupart déjà présents – dans le domaine des soins stationnaires de longue durée. C'est pourquoi le Conseil fédéral juge impératif de développer les services de santé pour les personnes âgées dans les EMS afin d'améliorer la qualité des soins et de mieux préparer les institutions à de futures pandémies. Il s'agit en particulier de renforcer les EMS dans leur rôle d'institutions de soins médicaux.

La Confédération a déjà engagé différentes mesures pour améliorer la qualité des soins de longue durée, en particulier la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, du programme national de mise en application « Qualité des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux » de la CFQ ou encore les activités de l'OFSP dans les domaines de la démence, des soins palliatifs et du projet de soins anticipé. Pour que les institutions puissent facturer leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins (AOS), les cantons doivent veiller à ce que les exigences de qualité visées à l'art. 58d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) soient satisfaites lors de la planification.

Pour conclure, le Conseil fédéral souligne qu'en cas de nouvelle pandémie, la protection de la population continuera de revêtir la plus grande priorité dans les périodes de grande incertitude, de manque de connaissances et d'expérience. Même à la lumière des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, protéger la santé de la population tout en prenant des mesures différenciées pour tenir compte des différents intérêts et situations de vie demeurera un défi des plus complexes, notamment sur le plan éthique. Pour autant, il faut mettre dès à présent à profit les connaissances acquises pour améliorer notre système sanitaire et social et le rendre plus résistant face aux crises.

1 Contexte

Le présent rapport traite des conséquences de la pandémie sur les personnes âgées et celles résidant en EMS ou dans des foyers pour personnes handicapées. Il répond aux questions concrètes posées dans les trois postulats 20.3721 Gysi Barbara « Établissements médicosociaux et foyers pour personnes handicapées. Il faut tirer les leçons de la crise du coronavirus », 20.3724 Wehrli « La situation des personnes âgées dans COVID-19 » et 20.4253 Graf Maya « Prévention et gestion des pandémies. Meilleure intégration des fournisseurs de services et des organisations s'occupant de handicapés qui proposent une prise en charge sociale et des soins de longue durée ». Le présent rapport traite par ailleurs de certains aspects du postulat 21.3230 Z'graggen « Consacrer un rapport à l'impact sur la société des mesures de lutte contre la pandémie de coronavirus et aux moyens de remédier à leurs conséquences négatives ». Les conséquences sociales feront l'objet d'une réflexion globale approfondie dans le cadre du programme national de recherche (PNR) 80 « COVID-19 dans la société ».

Le rapport est subdivisé en quatre parties : conséquences de la pandémie sur les personnes âgées (chap. 2) ; conséquences de la pandémie sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées à domicile (chap. 3) ; conséquences de la pandémie sur les personnes résidant en EMS (chap. 4) ; conséquences de la pandémie sur les personnes résidant dans des foyers pour personnes handicapées (chap. 5). Le postulat Graf Maya sera traité dans les conclusions de chaque chapitre et dans la synthèse du Conseil fédéral (chap. 6). Les enseignements formulés et les mesures qui en découlent se fondent sur les recommandations mises en évidence dans les études qui sont à l'origine du présent rapport. Ils ont été validés avec les spécialistes et les associations impliqués.

1.1 Postulats

20.3721 Gysi Barbara

« Établissements médicosociaux et foyers pour personnes handicapées. Il faut tirer les leçons de la crise du coronavirus », déposé le 18 juin 2020 et adopté le 25 septembre 2020

Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport qui dresse un bilan complet de la situation dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les foyers pour personnes handicapées pendant l'épidémie de coronavirus et tire les leçons des difficultés rencontrées. Il proposera au besoin des modifications législatives.

1. Dans quelle mesure les EMS et les foyers pour personnes handicapées étaient-ils préparés pour faire face à l'épidémie de coronavirus ?
2. Comment les consignes données ont-elles été appliquées ?
3. A-t-on suffisamment tenu compte des besoins spécifiques des personnes démentes, en situation palliative ou handicapées et de ceux de leurs proches ?
4. Que pense le Conseil fédéral :
 - a. des conséquences qu'ont eues l'interdiction de visite et l'interdiction de sortie sur la santé (au sens biopsychosocial) des résidents de ces établissements ?
 - b. des informations données aux proches et aux curateurs ?
 - c. de la qualité des services dans ces établissements ?
5. Qu'en est-il de la situation du personnel ? A-t-il été suffisamment formé et suffisamment protégé ?
6. Quel soutien a-t-on apporté aux EMS et aux foyers pour personnes handicapées afin de les aider dans cette situation exceptionnelle (recommandations et conseils émis par les cantons et les associations cantonales ou nationales, possibilité de disposer de soins palliatifs mobiles, etc.) ?

7. Quels enseignements tire-t-on de cette crise dans l'éventualité d'une deuxième vague et d'épidémies ultérieures ? Quelles mesures concrètes sont-elles prises sur la base de ce bilan ? Existe-t-il des formes de visite ou de soutien alternatives ?
8. Comment la surveillance des EMS a-t-elle fonctionné ?
9. Des modifications législatives s'imposent-elles ?

20.3724 Wehrli Laurent

« La situation des personnes âgées dans COVID-19 », déposé le 18 juin 2020 et adopté le 25 septembre 2020

Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport au sujet de la situation des personnes âgées dans COVID-19. Ce rapport devra être basé sur des études tant internes qu'externes à l'administration, et établi en collaboration tant avec les cantons que les associations faitières partenaires.

En synthèse, ce rapport devra définir des éléments (mesures organisationnelles et structurelles, liste de matériel à avoir à disposition, dispositions anticipées) à mettre en œuvre dans une potentielle nouvelle phase similaire.

Pour cela, ce rapport devra aborder au moins les éléments suivants :

- situation sanitaire ;
- situation sociologique, y compris les relations intergénérationnelles et les solidarités développées à cette occasion ;
- situation pour les institutions d'accueil ;
- situation pour les services de soins à domicile ;
- situation du personnel et bénévoles amenés à œuvrer pour des personnes âgées et de leur propre protection ;
- situation du matériel à avoir à disposition et des questions logistiques liées ;
- situation de la prise en charge financière des coûts supplémentaires ainsi occasionnés et de leur répartition entre personnes concernées, assurances et autorités (communes, cantons, Confédération) ;
- solutions digitales, y compris la problématique d'une possible fracture technologique.

Les personnes âgées ont souffert de diverses manières du coronavirus. Bien sûr au plan sanitaire, plusieurs en sont d'ailleurs morts. Mais aussi au plan social et de santé psychique, en lien avec la décision de lier sans distinction personnes âgées avec personnes vulnérables ou à risque, avec l'interdiction d'avoir des contacts, etc., même si, et il faut le valoriser, de belles actions de solidarité se sont fait jour. La gestion des institutions ainsi que celle des services de soins à domicile a dû être adaptée, avec parfois des conséquences organisationnelles et financières complexes.

20.4253 Graf Maya

« Prévention et gestion des pandémies. Meilleure intégration des fournisseurs de services et des organisations s'occupant de handicapés qui proposent une prise en charge sociale et des soins de longue durée », déposé le 25 septembre 2020 et adopté le 15 décembre 2020

Le Conseil fédéral est chargé de produire un rapport dans lequel il exposera de quelle manière les fournisseurs de services et les organisations s'occupant de handicapés (OH) qui proposent des soins et une prise en charge aux personnes nécessitant une assistance pourraient être intégrés dans les états-majors de crise nationaux et cantonaux pour la prévention et la gestion des pandémies, en particulier en ce qui concerne les questions propres à leur branche.

Le rapport traitera les points suivants :

- Gestion conjointe de la première vague de covid-19 par la Confédération, les cantons, les fournisseurs de services et les OH quant aux domaines des soins de longue durée et des travaux de prise en charge sociale
- Maintien des offres en cas de confinement et mise en place d'offres alternatives (domaines du travail, de la formation et des structures de jour et de nuit) pour les personnes recourant à ces offres sans vivre dans une institution sociale

- Intégration dans les états-majors de crise, pour les questions propres à leur branche, des fournisseurs de services et des OH proposant des soins et une prise en charge aux handicapés, aux jeunes et aux enfants
- Élaboration commune de plans de protection sur la base de l'expérience acquise par la Confédération, les cantons, les fournisseurs de services et les OH lors de la première vague de covid-19
- Synchronisation des travaux de prévention et de gestion des crises entre la Confédération et les acteurs s'occupant de handicapés aux niveaux national et cantonal.

1.2 La pandémie de COVID-19 en Suisse

Le présent chapitre revient sur le déroulement de la pandémie et propose une vue d'ensemble des mesures mises en œuvre pour protéger la population âgée et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales en tenant compte de la répartition des compétences entre Confédération et cantons.

1.2.1 Déroulement de la pandémie

La pandémie a atteint la Suisse fin février 2020, avec la confirmation d'un premier cas de COVID-19. On distingue ensuite trois phases, en fonction du nombre de cas et des mesures de lutte mises en œuvre¹ :

- *Première vague (printemps 2020)* : le nombre de cas a commencé à augmenter en Suisse à partir de fin février 2020. Le 28 février 2020, le Conseil fédéral a décrété la situation particulière et instauré de premières mesures. Constatant que le nombre d'infections continuait de croître, il a qualifié la situation d'extraordinaire le 16 mars 2020 et ordonné un semi-confinement ainsi que la fermeture des écoles en mars et avril 2020. Au vu de l'amélioration de la situation épidémiologique, le Conseil fédéral a peu à peu assoupli les mesures et annoncé le retour à la situation particulière en juin 2020².
- *Deuxième vague (automne 2020 / hiver 2021)* : à l'automne 2020, une nouvelle recrudescence du nombre de cas a conduit le Conseil fédéral à durcir progressivement les mesures. Un deuxième semi-confinement a suivi en janvier et février 2021. À partir de début 2021, les cantons ont lancé leurs campagnes de vaccination³.
- *Troisième vague et suite de la pandémie* : en mars et avril 2021, la situation épidémiologique s'est à nouveau détériorée. Malgré la hausse du nombre de cas, le Conseil fédéral a assoupli petit à petit les mesures au cours du printemps 2021. L'ensemble de la population avait accès à la vaccination. En septembre 2021, le Conseil fédéral a instauré l'obligation de présenter un certificat pour participer à des manifestations, puis l'obligation du télétravail fin décembre 2021. Mi-février 2022, les mesures en vigueur à l'échelle nationale ont été levées et la situation particulière a pris fin en avril 2022⁴.

1.2.2 Mesures de protection des personnes âgées et des personnes résidant dans des institutions médico-sociales

Au début de la pandémie, le Conseil fédéral s'est fondé sur les art. 184, al. 3, et 185, al. 3, de la Constitution fédérale et sur les art. 6, al. 2, let. b, 41, al. 1, et 77, al. 3, LEp pour ordonner des mesures de lutte contre le coronavirus (COVID-19). Ces mesures visaient à : prévenir ou endiguer la propagation du coronavirus (COVID-19) en Suisse ; réduire la fréquence des transmissions, interrompre les chaînes de transmission et éviter ou endiguer les foyers locaux ; protéger les personnes particulièrement à risque ; assurer la capacité de la Suisse à endiguer l'épidémie, en particulier à maintenir les

¹ Jäggi et al. (2022), p. 6.

² Balthasar et al. (2022), p. 6; Jäggi et al. (2022), p. 6.

³ Balthasar et al. (2022), p. 6; Jäggi et al. (2022), p. 6.

⁴ Balthasar et al. (2022), p. 6; Jäggi et al. (2022), p. 6.

conditions permettant un approvisionnement suffisant de la population en soins et en produits thérapeutiques⁵.

Dans le cadre de l'ordonnance 2 COVID-19 du 16 mars 2020, le Conseil fédéral a ordonné que les personnes particulièrement à risque restent chez elles et évitent les regroupements de personnes (art. 10b, al. 1). Les personnes particulièrement à risque étaient définies comme suit : « les personnes de 65 ans et plus et les personnes qui souffrent notamment des pathologies suivantes : hypertension artérielle, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, faiblesse immunitaire due à une maladie ou à une thérapie, cancer » (art. 10b, al. 2)⁶. Cette définition a été adaptée à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques.

En vertu de l'art. 19, al. 2, let. d, LEp, le Conseil fédéral peut enjoindre aux institutions publiques ou privées investies de devoirs particuliers en matière de protection de la santé des personnes dont elles ont la charge de prendre des mesures de prévention appropriées. Il n'a pas fait usage de cette possibilité – qui s'applique aussi en situation normale – pendant la pandémie de COVID-19. À la demande des associations et en tenant compte des recommandations des parties prenantes pertinentes, l'OFSP a élaboré et publié des recommandations pour les institutions médico-sociales telles que les EMS. L'objectif était d'assurer la prise en compte de l'hétérogénéité cantonale et institutionnelle et de permettre une procédure flexible et adaptée aux conditions et réalités individuelles.

Les recommandations visaient à empêcher l'introduction du virus dans les institutions, à protéger les personnes vulnérables contre l'infection, à détecter précocement les flambées et à interrompre les chaînes de transmission. Élaborées après consultation des parties prenantes et régulièrement adaptées aux nouvelles connaissances scientifiques et à la situation épidémiologique, elles ont servi de base aux services cantonaux compétents et aux institutions médico-sociales pour définir des plans de mise en œuvre.

Sauf dispositions contraires édictées par la Confédération en vertu de l'art. 19, al. 2, let. d, LEp, les cantons et les communes sont compétents, en vertu de l'art. 19, al. 1, et 40 LEp, pour définir des règles contraignantes⁷. De nombreux cantons ont ainsi ordonné de leur propre initiative, au vu de l'évolution de la situation épidémiologique sur leur territoire, des mesures destinées aux EMS et aux foyers pour personnes handicapées. Les mesures appliquées différaient donc selon les cantons, conduisant à une situation très hétérogène à l'échelle nationale. Durant certaines phases de la pandémie, il s'agissait toutefois précisément du but recherché puisque le nombre de cas pouvait fortement varier d'un canton à l'autre⁸.

1.3 Bases pour répondre aux postulats

Pour répondre aux postulats, le présent rapport se fonde en premier lieu sur quatre études et rapports mandatés par l'OFSP. Il prend aussi en considération d'autres études et données afin de compléter et de mettre en perspective les conclusions des études principales. Les quatre études sont présentées plus en détail ci-après :

⁵ [RO 2020 773 – Ordonnance sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus | Fedlex \(admin.ch\)](#)

⁶ [RO 2020 783 – Ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus | Fedlex \(admin.ch\)](#)

⁷ Ibid.

⁸ [Coronavirus : Cantons appelés à prendre d'autres mesures en fonction de la situation \(gdk-cds.ch\)](#)

« *Crise du coronavirus : analyse de la situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des institutions sociales* » (INFRAS, rapport final du 16 juillet 2021, en allemand, résumé en français) Cette étude examine les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la population âgée en général, les personnes ayant besoin d'assistance à domicile, les personnes résidant en EMS et les personnes résidant dans des foyers pour personnes handicapées. Elle analyse en outre l'état de préparation des institutions, les mesures prises par celles-ci, la surveillance exercée par les autorités ainsi que les conséquences de la pandémie sur le personnel des institutions et des organisations d'aide et de soins à domicile.

Pour cette étude, l'équipe de recherche s'est fondée sur quatre vastes enquêtes en ligne conduites entre le 18 décembre 2020 et le 8 février 2021. Elle a complété les résultats par seize entretiens d'approfondissement avec des personnes des groupes cibles ainsi des analyses documentaires et de données. Les groupes suivants ont été invités à participer aux quatre enquêtes en ligne :

- 15 390 personnes de plus de 15 ans issues de la population générale. Échantillon représentatif, stratifié par âge, sexe et région linguistique (courriel envoyé à 37 263 personnes, taux de réponse : 41 %)
- 3849 proches de personnes ayant besoin de soins et d'accompagnement
- 962 directions d'institutions, dont 545 d'EMS (taux de réponse : env. 30 %⁹) et 417 de foyers pour personnes handicapées¹⁰
- 5139 membres du personnel soignant et encadrant d'institutions et d'organisations d'aide et de soins à domicile

Dans cette étude, le point de vue des personnes résidant en EMS ou dans des foyers pour personnes handicapées n'a pas été recueilli directement, mais intégré à partir des réponses des proches.

« *Impact de la pandémie COVID-19 sur le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en EMS et de leurs proches* » (Ortoleva Bucher et al., rapport final du 27 mars 2023) :

Cette étude s'est intéressée aux expériences des personnes âgées dans les EMS pendant la pandémie de COVID-19, en mettant l'accent sur le bien-être, les souhaits et les besoins des résidents. Elle comprenait quatre volets :

- *Revue de littérature* : l'équipe de recherche a analysé la littérature internationale au regard des conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique et physique des résidents d'EMS et de leurs proches. Les études retenues avaient été publiées dans des revues à comité de lecture.
- *Enquête quantitative dans des EMS* : par le biais d'une enquête en ligne auprès des directions d'EMS, l'équipe de recherche a dressé un état des lieux des mesures mises en œuvre, à savoir les mesures de protection et les mesures pour compenser les effets négatifs de celles-ci. Les enquêtes ont été réalisées entre le 10 mars et 10 avril 2022 auprès de 531 EMS (taux de réponse : 29,5 %).
- *Entretiens avec des résidents d'EMS et leurs proches* : l'équipe de recherche a procédé à une analyse qualitative des entretiens, centrée sur la manière dont les résidents d'EMS ont vécu les mesures de protection pendant la pandémie de COVID-19. Elle a en outre recueilli l'avis des proches quant à l'effet des mesures. Les entretiens ont également fourni des informations sur les souhaits et les besoins des résidents d'EMS s'agissant des mesures de protection en cas de nouvelle pandémie. Des personnes de Suisse alémanique, de Suisse romande et du Tessin ont été interrogées. L'équipe de recherche a aussi veillé à inclure une grande diversité d'EMS (taille, situation géographique, canton) afin de garantir la représentativité des personnes sondées.
- *Recours à un groupe d'experts en vue d'élaborer des recommandations* : sur la base des résultats obtenus, des recommandations dans l'optique de futures pandémies ont été définies et validées en collaboration avec un panel d'experts.

⁹ Nombre d'EMS en Suisse : env. 1800 (le nombre total n'est pas connu précisément en raison de chevauchements dans les différentes listes de destinataires utilisées).

¹⁰ Nombre exact inconnu, mais estimé à 600-700 institutions.

« *Lebensqualität versus Lebensschutz bei Menschen mit Beeinträchtigungen während der Covid-19-Pandemie* » (Büschi et al., rapport final du 30 juin 2023, en allemand, résumé en français) :

L'étude examine les expériences, souhaits et besoins des personnes handicapées en ce qui concerne la protection et la qualité de vie. Elle comporte trois éléments :

- *Revue de littérature* : l'équipe de recherche a analysé des publications scientifiques des années 2020 à 2022 ainsi que la littérature grise sur ce thème publiée en Suisse et par des organisations internationales. Au total, 92 publications pertinentes ont été prises en compte.
- *Entretiens avec des personnes en situation de handicap et leurs proches* : l'équipe de recherche a conduit des entretiens qualitatifs pour déterminer les expériences, les souhaits et les besoins des personnes handicapées en ce qui concerne la protection et la qualité de vie et recueillir le point de vue des points de vue des proches. Elle a interrogé 17 personnes atteintes d'un handicap cognitif léger à modéré et quatre proches de personnes atteintes d'un handicap moyen à sévère, dans 11 cantons et dans toutes les régions de Suisse.
- *Ateliers avec des experts* : des conclusions et des recommandations ont été élaborées sur la base de la revue de la littérature et des enquêtes qualitatives. Pour discuter, valider et mettre en perspective ces résultats, deux ateliers en ligne ont été organisés avec des acteurs importants du secteur (p. ex. organisations d'entraide de personnes en situation de handicap, associations, directions d'institutions et responsables cantonaux).

« *Évaluation de la gestion de la crise COVID-19 jusqu'à l'été 2021* »

(Balthasar et al., rapport final du 4 février 2022, en allemand, résumé en français)

L'OFSP a fait évaluer la planification, l'adéquation et l'efficacité des mesures sanitaires dans le cadre de la pandémie de COVID-19. L'évaluation a débuté en octobre 2020.

- L'évaluation se fonde, d'une part, sur les données collectées par Infrac (2021 ; cf. ci-dessus) et, d'autre part, sur de nombreux entretiens menés avec des experts représentant la société, l'économie, la santé et le secteur social dans toutes les régions du pays afin d'identifier les thèmes pertinents concernant les conséquences de la pandémie et de sa gestion.
- *Revue de la littérature* : en complément, l'équipe de recherche a analysé par mots-clés des documents, enquêtes secondaires et évaluations de données primaires afin d'identifier tous les thèmes en lien avec la pandémie et sa gestion qui ont occupé et/ou mis à l'épreuve la société et l'économie.
- *Implication du groupe d'accompagnement et du groupe de pilotage* : les membres des groupes ont été inclus dans l'évaluation par le biais d'une enquête en ligne et d'entretiens.
- *Implication d'experts internationaux* : avec le concours d'experts internationaux, l'équipe de recherche s'est fondée sur les travaux de la première phase d'évaluation pour identifier des problématiques à évaluer absolument. Un colloque d'appréciation a ensuite permis au groupe d'accompagnement de hiérarchiser les problématiques et d'en retenir cinq pour analyser en profondeur la situation jusqu'à fin 2021.

Les résultats des études principales ont été complétés et consolidés par d'autres publications évaluant les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la situation des personnes âgées et des personnes résidant en EMS ou dans des foyers pour personnes handicapées en Suisse. Diverses sources ont été utilisées, telles que des rapports de recherche, des études scientifiques et des *policy briefs*.

2 Conséquences de la pandémie sur les personnes âgées

Le présent chapitre se concentre sur les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées en s'intéressant aux aspects suivants : charge de morbidité, hospitalisations et mortalité ; qualité de vie et santé psychique ; vie quotidienne, bénévolat et relations intergénérationnelles. Le groupe des « personnes âgées » ou de la « population âgée » inclut les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces personnes ont été considérées comme vulnérables pendant la pandémie, car elles avaient un risque accru de développer une forme grave de COVID-19 du fait de leur âge ou de maladies préexistantes¹¹.

2.1 Charge de morbidité, hospitalisations et mortalité

Le COVID-19 a touché – et continue de toucher – toutes les classes d'âge, bien qu'à des degrés divers au cours du temps. Au début de la pandémie (jusqu'à février 2021), toutes les tranches d'âge à partir de 16 ans ont enregistré des taux d'incidence similaires (cf. fig. 1¹²). De février 2021 à mars 2022, l'incidence était nettement plus faible chez les 65 ans et plus que chez les 16-64 ans, et ce malgré un taux de positivité bas (impliquant un faible nombre de cas non détectés).

Après les deux premières vagues du variant Omicron et la levée des mesures en vigueur dans toute la Suisse (dès avril 2022), des incidences similaires ont à nouveau été recensées dans toutes les tranches d'âge à partir de 16 ans ; le taux de positivité était alors élevé (le nombre de cas non détectés l'était donc aussi).

¹¹ « Catégories de personnes vulnérables », OFSP (2023), document disponible sur la page : [COVID-19 : informations pour les professionnels de la santé \(admin.ch\)](#) (page consultée le 5.12.2023).

¹² Lorsque que l'on considère l'évolution épidémiologique à l'aune des taux d'incidence, il faut tenir compte du fait que le comportement en matière de dépistage, et donc le nombre de cas non détectés, a évolué différemment selon les classes d'âge au cours de la pandémie. Pendant la première vague au printemps 2020, l'accès aux tests était très restreint. De plus, le taux de positivité n'a pas été recensé par classe d'âge avant mai 2020. Les données de séroprévalence de l'étude Corona Immunitas indiquent une incidence similaire dans toutes les classes d'âge [[résultats \(corona-immunitas.ch\)](#)].

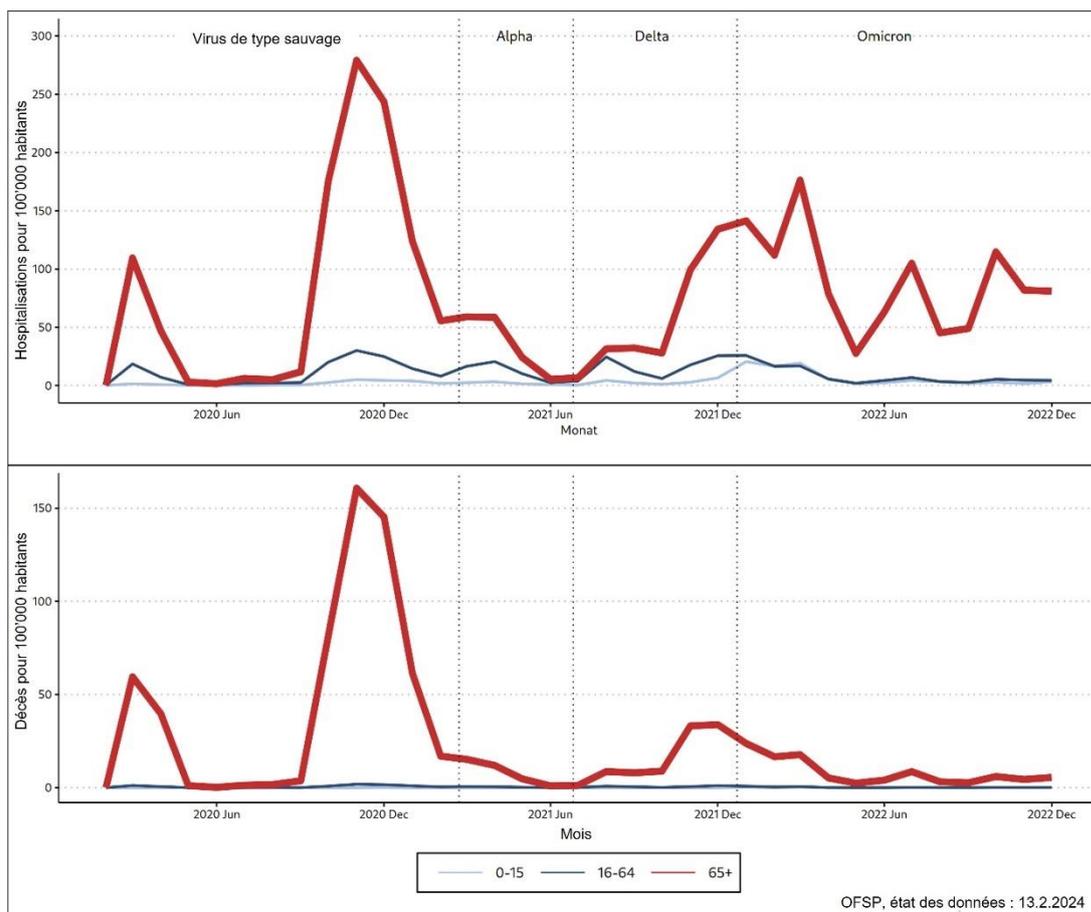


Fig. 2 : Évolution de l'incidence des hospitalisations (en haut) et du nombre de décès (en bas) en lien avec le COVID-19 pour 100 000 habitants, par classe d'âge et par mois (système de déclaration de l'OFSP ; état des données au 13.2.2024).

La vaccination diminue considérablement le risque de forme grave. Durant l'hiver 2021-2022, l'incidence des hospitalisations était nettement plus élevée chez les personnes non vaccinées que chez les personnes entièrement vaccinées de la même tranche d'âge (cf. fig. 3, à gauche¹⁶).

¹⁶ Cette évaluation commence en juin 2021, le statut vaccinal n'étant auparavant pas indiqué dans de nombreuses déclarations. D'autres analyses sont disponibles sur la page : [Covid-19 Suisse | Coronavirus | Dashboard \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/covid-19).

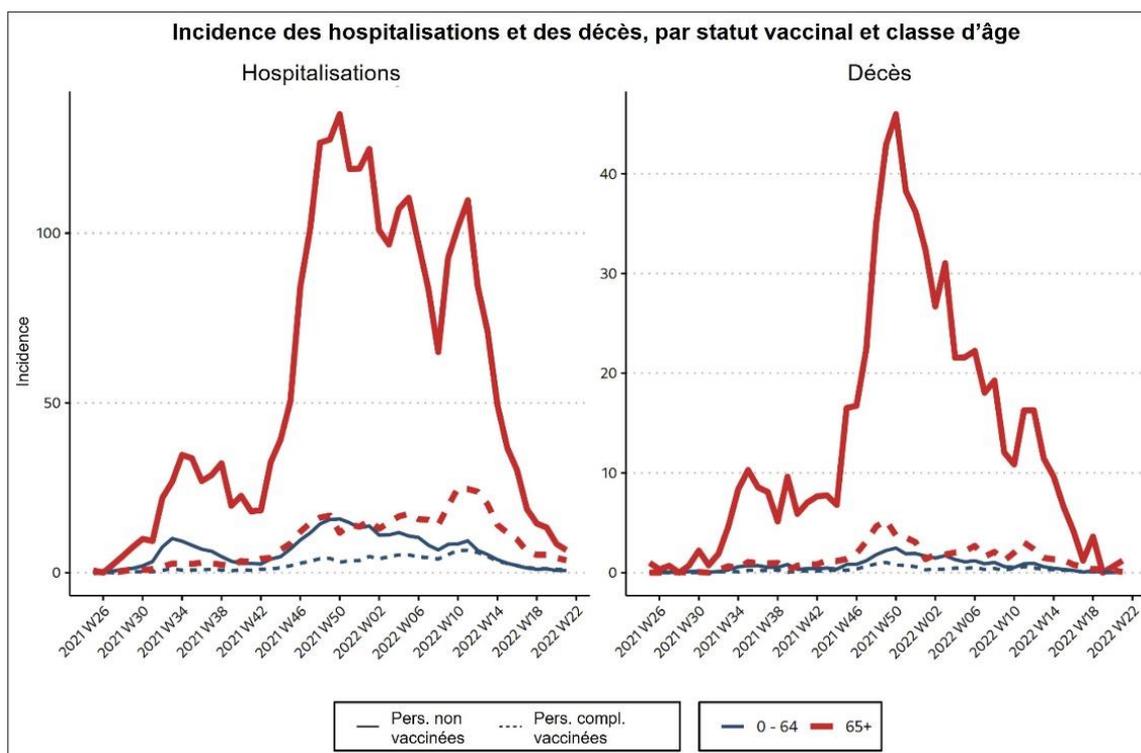


Fig. 3 : Évolution dans le temps de l'incidence des hospitalisations (à gauche) et de l'incidence des décès (à droite) en lien avec le COVID-19, par semaine et pour 100 000 habitants, selon le statut vaccinal et la classe d'âge (système de déclaration de l'OFSP, état des données au 20.2.2024).

Une incidence élevée de formes sévères de COVID-19 chez les adultes, en particulier celles nécessitant un traitement en soins intensifs (avec ou sans ventilation artificielle invasive), est susceptible d'entraîner une surcharge du système de santé. Le système hospitalier Sentinelles (CH-SUR) permet de collecter, dans une partie des hôpitaux suisses, des informations détaillées sur l'évolution clinique des personnes hospitalisées atteintes du COVID-19 (p. ex. sur les séjours en unité de soins intensifs [USI])¹⁷.

La part d'adultes atteints du COVID-19 hospitalisés dans une USI a augmenté jusqu'à la tranche d'âge des 65-69 ans avant de diminuer dans les tranches supérieures (cf. fig. 4). Après l'apparition d'Omicron en décembre 2021, la part de personnes atteintes du COVID-19 hospitalisées dans une USI était nettement plus faible dans les tranches d'âge des 50 ans et plus que lors des vagues précédentes (cf. fig. 5). En comparaison, les enfants et les adolescents ont rarement été hospitalisés à cause du COVID-19, ce qui explique pourquoi la part de personnes de cette classe d'âge traitées dans une USI fluctue considérablement.

¹⁷ Pendant la pandémie, env. 60 % des hospitalisations en lien avec le COVID-19 ont été recensées. Pour de plus amples informations, consulter la page : [COVID-19 et grippe : surveillance des cas dans les hôpitaux suisses](#).

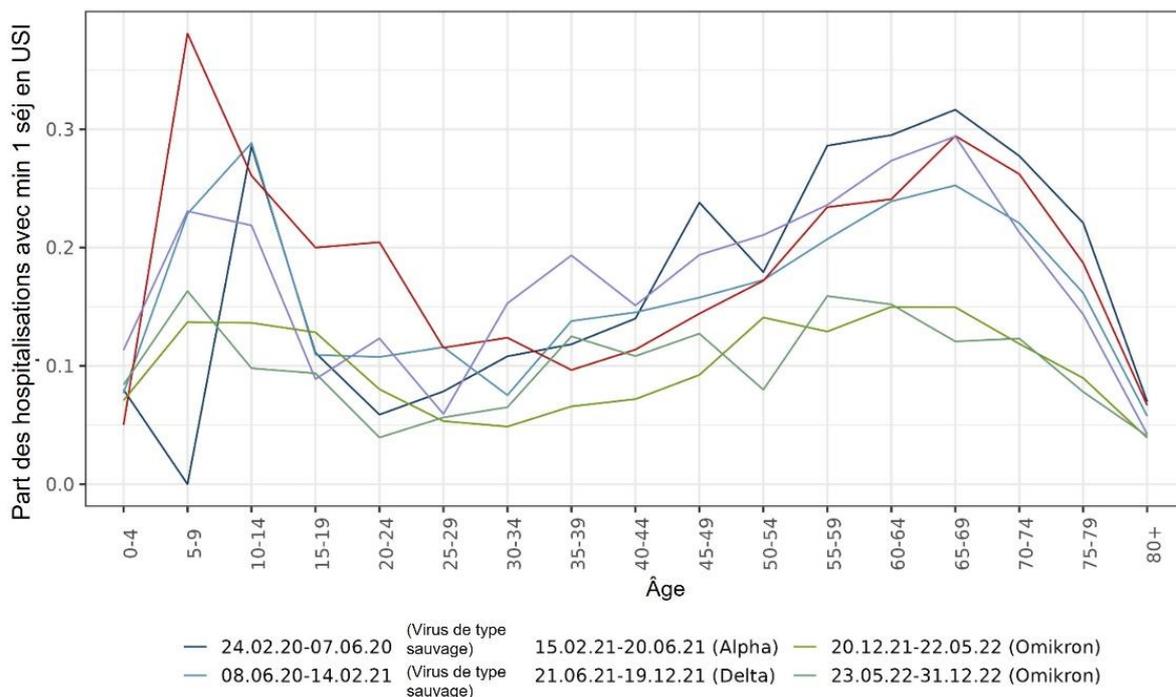


Fig. 4 : Part de personnes hospitalisées atteintes du COVID-19 traitées dans une USI, selon la classe d'âge et la phase de la pandémie (système hospitalier Sentinel CH-SUR, état des données au 3.6.2022).

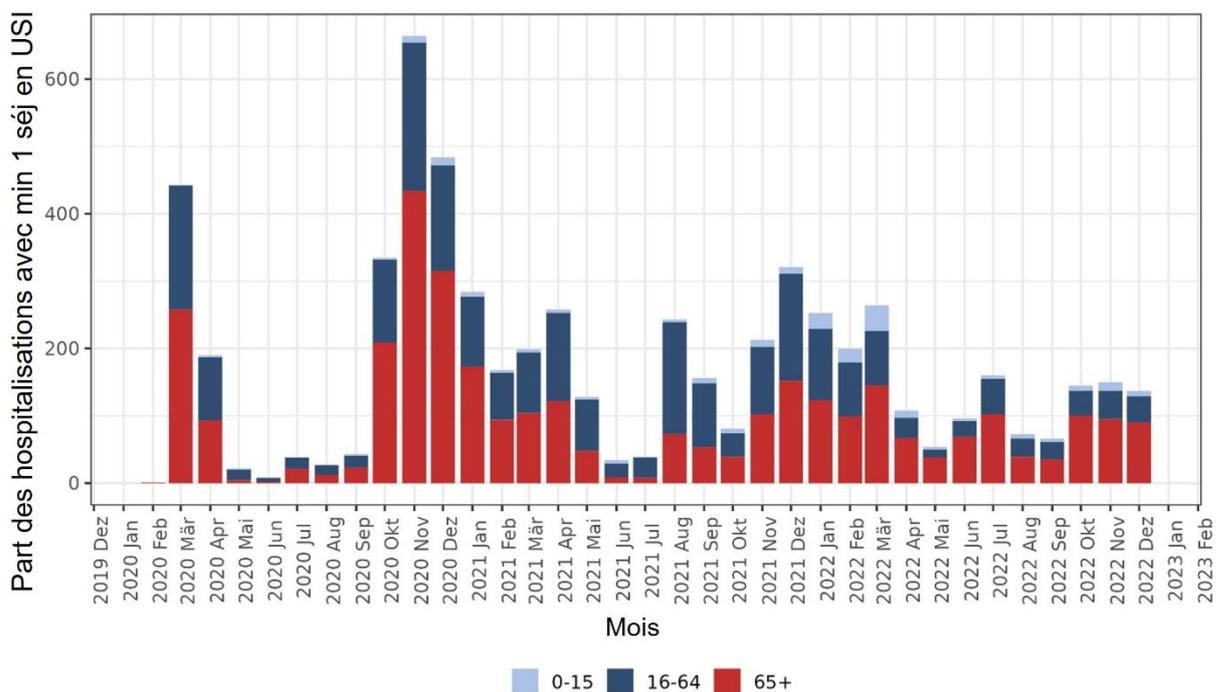


Fig. 5 : Évolution dans le temps du nombre de personnes hospitalisées atteintes du COVID-19 traitées dans une USI, par classe d'âge et par mois (système hospitalier Sentinel, état des données au 3.6.2022).

2.1.2 Décès en lien avec le COVID-19

Le risque de décès lié au COVID-19 augmente fortement avec l'âge. Tout au long de la pandémie, l'incidence des décès a été considérablement plus élevée chez les 65 ans et plus que dans les autres classes d'âge (cf. fig. 6 ci-dessous). C'est pourquoi la mortalité dans ces classes d'âge était nettement

plus élevée pendant les trois années de la pandémie que ce qui était attendu au vu des années précédentes (cf. fig. 6 ci-dessus). Cette surmortalité a surtout été constatée pendant les phases où le taux d'incidence dans cette tranche d'âge était élevé.

En raison de la protection contre les formes graves conférée par la vaccination, l'incidence des décès pendant l'hiver 2021-2022 était par ailleurs nettement plus élevée chez les personnes non vaccinées de 65 ans et plus que chez les personnes vaccinées de la même classe d'âge (cf. fig. 3 à droite).

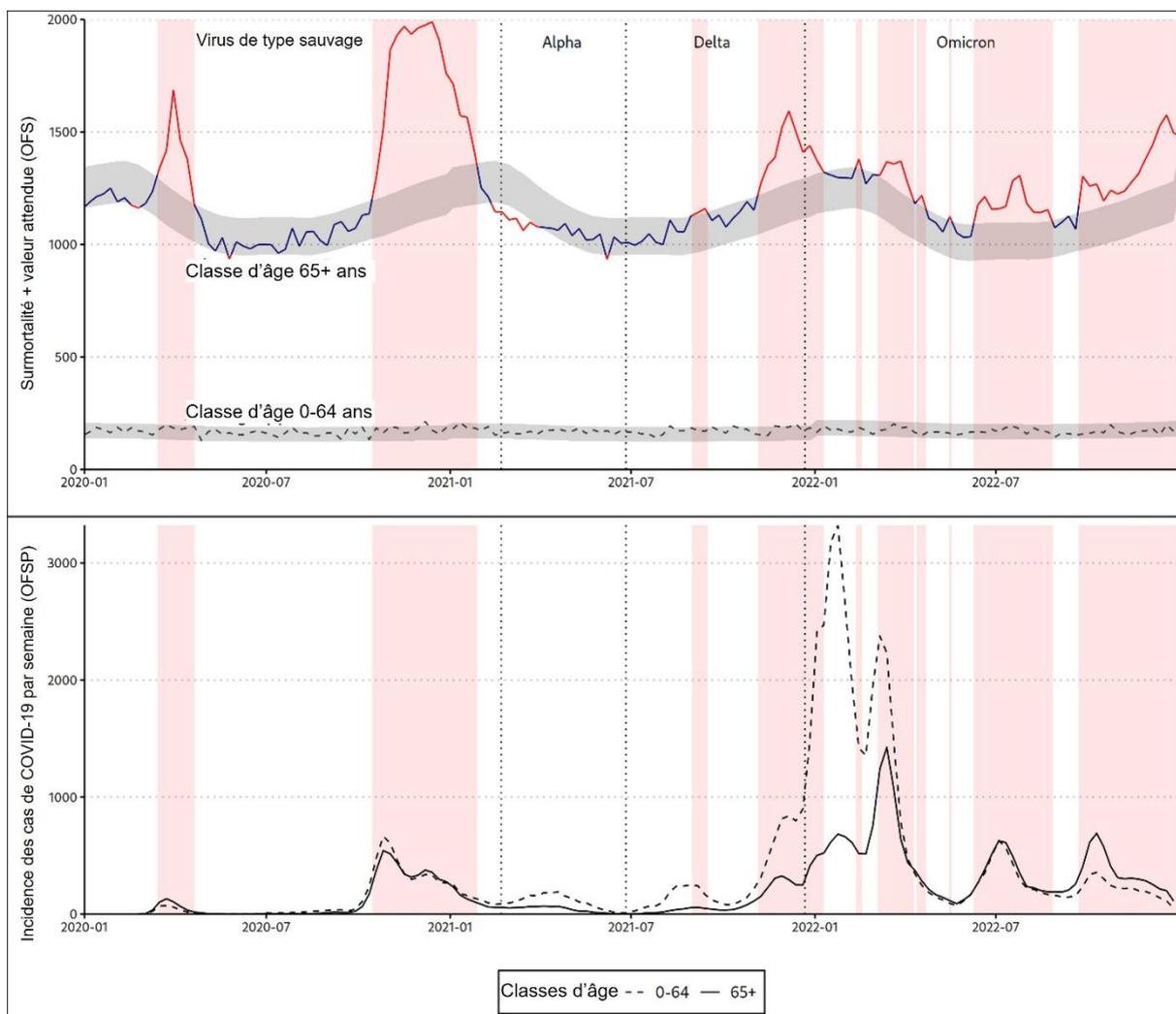


Fig. 6 : Évolution dans le temps des décès (en haut) et des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire (en bas) pour 100 000 habitants, par classe d'âge et par semaine. Les bandes grises marquent les limites inférieure et supérieure du nombre de décès statistiquement attendu et les lignes les décès effectivement enregistrés. Les périodes où les décès étaient plus nombreux qu'attendu (surmortalité) apparaissent en rouge. Sources : statistique de mortalité de l'OFS¹⁸, état des données en mai 2023 ; système de déclaration de l'OFSP, état des données au 13.2.2024.

¹⁸ Office fédéral de la statistique (OFS) : Décès par semaine ([Mortalité, causes de décès | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](https://www.sfs.admin.ch/fr/statistiques/mortalite-causes-de-deces))

2.2 Qualité de vie et santé psychique

Ce chapitre présente les conséquences de la pandémie et des mesures de protection ordonnées sur la qualité de vie et la santé psychique de la population âgée.

2.2.1 Évaluation de la qualité de vie avant, pendant et après la pandémie

La qualité de vie de la population âgée n'a pas fondamentalement évolué pendant la pandémie¹⁹. En Suisse, la qualité de vie générale est entre autres évaluée dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, conduite tous les cinq ans. En 2017, 92 % de la population de plus de 65 ans considéraient leur qualité de vie bonne ou très bonne. Lors de l'enquête 2022, ce taux atteignait 92,9 %²⁰. On constate des différences selon le niveau de formation et la région linguistique, mais pas selon le sexe. Les personnes diplômées du degré tertiaire ou du degré secondaire II ont tendance à juger leur qualité de vie plus élevée que les personnes sans formation postobligatoire²¹.

Dans le cadre du COVID-19 Social Monitor, 2000 personnes constituant un échantillon représentatif de la population ont été régulièrement interrogées sur les effets de la pandémie²². Les résultats montrent que la qualité de vie de l'ensemble de la population est restée en moyenne à un niveau élevé tout au long de la pandémie de COVID-19. Pendant le premier semi-confinement, la part de personnes faisant part d'une (très) bonne qualité de vie oscillait entre 85 et 88 %. Lors de la première phase d'assouplissements à l'été 2020, cette proportion a légèrement augmenté, avant de chuter à nouveau sensiblement lors du durcissement des mesures à l'automne. Le niveau le plus bas, 80 %, a été atteint fin janvier 2021, au moment du deuxième semi-confinement. Depuis lors, la part de personnes satisfaites de leur qualité de vie n'a cessé d'augmenter²³.

En moyenne, sur toute la période, les personnes de plus de 60 ans ont nettement plus fréquemment indiqué avoir une bonne qualité de vie que les groupes plus jeunes (cf. fig. 7).

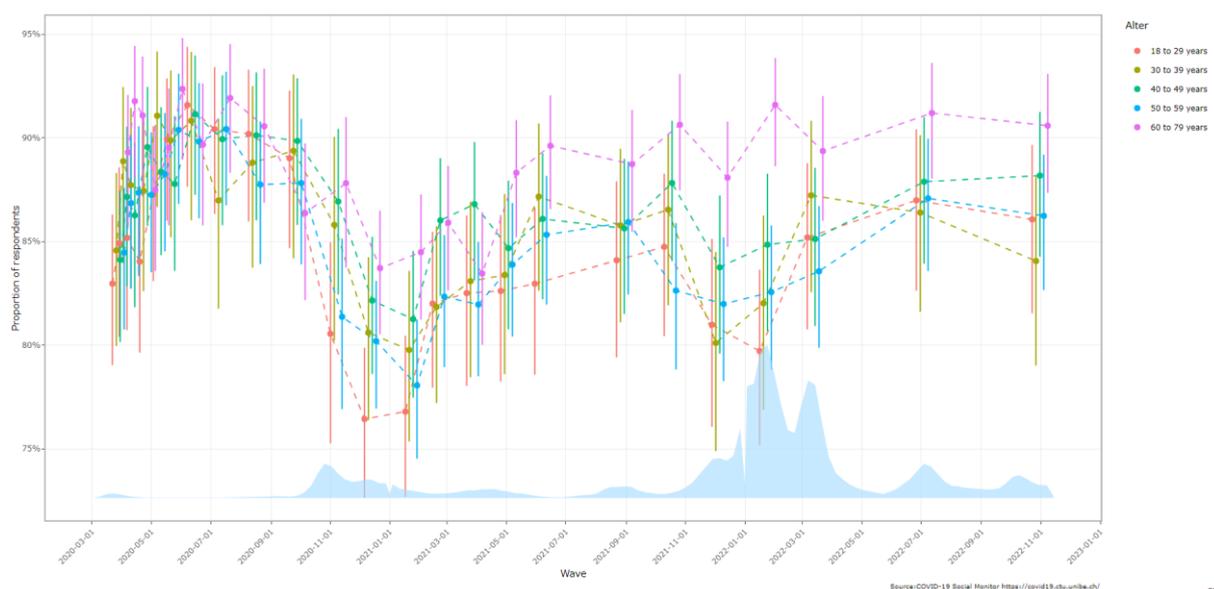


Fig. 7 : Indicateur « bonne qualité de vie », par classe d'âge. Source : COVID-19 Social Monitor

¹⁹ L'OMS définit la qualité de vie comme la perception subjective de sa propre situation de vie qui est évaluée dans le contexte culturel et les systèmes de valeurs dans lesquels on vit et par rapport à ses propres objectifs, attentes, normes et préoccupations. Cf. [WHOQOL - Measuring Quality of Life | The World Health Organization](#) (en anglais).

²⁰ Cf. [Qualité de vie | Obsan \(admin.ch\)](#).

²¹ Heiniger et al. (2021) : [COVID-19 Social Monitor : sélection de résultats \(admin.ch\)](#)

²² Les personnes vivant dans une institution n'ont pas été incluses : [COVID-19 Social Monitor \(unibe.ch\)](#).

²³ Heiniger et al. (2021) : COVID-19 Social Monitor : sélection de résultats, p. 21 du rapport (en allemand).

2.2.2 Conséquences sur la santé psychique

Dès le début de la pandémie, l'OFSP a conduit un monitoring des effets de la crise sur la santé psychique en Suisse. Sur son mandat, deux études synoptiques ont ainsi été rédigées et publiées²⁴. Selon l'étude actualisée de décembre 2022, les personnes de 65 ans et plus ont présenté un niveau de stress moindre et moins de symptômes dépressifs pendant la pandémie, et avaient un sentiment d'auto-efficacité plus élevé. La crise a en outre peu affecté leur satisfaction à l'égard de leur qualité de vie, qui est plus élevée que dans les classes d'âge plus jeunes (cf. fig. 8)²⁵.

Stress souvent ressenti

Estimation ponctuelle et intervalle de confiance 95 %

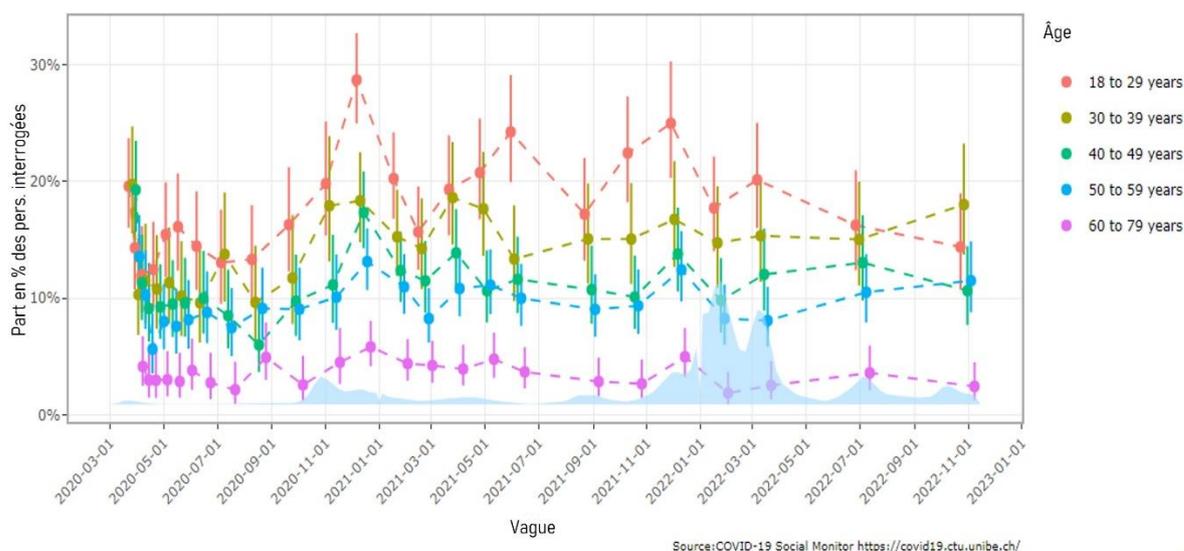


Fig. 8 : Indicateur « stress souvent ressenti », par classe d'âge. Source : COVID-19 Social Monitor

Ces résultats tiennent probablement, d'une part, au fait que des facteurs de stress tels que l'insécurité de l'emploi, la perte de revenus et les difficultés à concilier vie personnelle et professionnelle ont peu concerné les personnes retraitées. D'autre part, il faut tenir du compte du fait que les personnes âgées vulnérables (p. ex. résidents d'EMS, personnes à faible revenu ou issues de la migration) sont souvent peu représentées dans les enquêtes de population (cf. chap. 4 sur les personnes en EMS)²⁶.

La plupart des résultats d'études disponibles concernent la situation des personnes âgées pendant la première vague de COVID-19. Par rapport aux années précédant la pandémie, le premier semi-confinement a eu, comme sur les jeunes générations, des effets négatifs sur l'état émotionnel d'une partie des personnes âgées et augmenté leur solitude. En outre, la catégorisation indifférenciée, au début de la pandémie, de l'ensemble des personnes de 65 ans et plus comme « groupe vulnérable » a engendré un sentiment de discrimination et de stigmatisation, en particulier chez les jeunes seniors. Les personnes interrogées ont toutefois aussi fait part d'effets positifs, tels que le sentiment d'une plus grande solidarité et la mobilisation de ressources, notamment les efforts actifs pour entretenir les contacts sociaux ou la prise en charge de nouvelles tâches au sein du foyer²⁷.

²⁴ Cf. [Santé psychique et COVID-19 \(admin.ch\)](#) (page consultée le 1.12.2023).

²⁵ Jäggi et al. (2022), p. 25.

²⁶ Jäggi et al. (2022), p. 25.

²⁷ Jäggi et al. (2022), p. 25.

Conséquences négatives sur certains groupes de personnes âgées

Les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène, mais diffèrent considérablement du point de vue de leur état de santé et de leur besoin de soutien, de leur intégration sociale, de leurs ressources psychosociales et de leur situation socioéconomique. Selon diverses études réalisées en Suisse, la pandémie a eu un effet psychique négatif sur certains groupes de personnes âgées : avant la pandémie, les femmes étaient plus touchées par des problèmes de santé psychique que les hommes. Cet écart entre les sexes semble s'être encore aggravé pendant la pandémie. L'augmentation des sentiments dépressifs, des angoisses, des problèmes de sommeil et de la solitude a en outre davantage frappé les personnes seules, en situation financière précaire, souffrant de troubles psychiques préexistants, avec une mobilité réduite, atteintes de maladies chroniques multiples et du COVID-19 ou encore la population urbaine plutôt que rurale²⁸.

2.3 Conséquences sur la vie quotidienne, l'engagement bénévole et les relations intergénérationnelles

Comme le montre l'enquête auprès de la population dans le cadre de l'étude d'Infras (2021), la population âgée interrogée s'est dans l'ensemble sentie bien protégée par les mesures en place²⁹. Trois quarts des 65 ans et plus se sont déclarés (plutôt) d'accord avec cette affirmation.

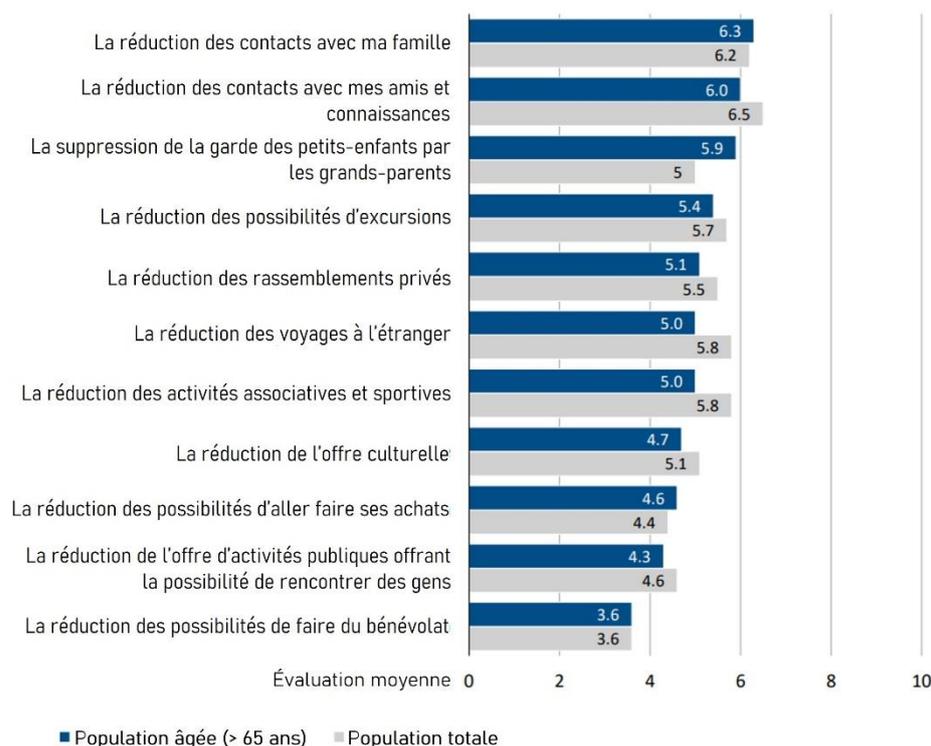
Les mesures ont toutefois aussi entraîné différentes restrictions au quotidien, qui ont pesé différemment sur les personnes en fonction des situations de vie. Les personnes âgées ont avant tout souffert de la réduction des contacts avec leur famille, puis de la réduction des contacts avec leurs amis et connaissances (cf. fig. 9). Ne plus pouvoir garder les petits-enfants a été particulièrement difficile pour les 65-79 ans, une situation jugée bien plus problématique par cette tranche d'âge que par les 25-49 ans. Par rapport aux autres classes d'âge, les personnes de plus de 80 ans sont celles qui ont le plus mal vécu les possibilités réduites de faire des achats. En particulier pendant la première vague, les personnes âgées ont en effet été exhortées à éviter autant que possible les magasins et à ne pas faire elles-mêmes leurs courses quotidiennes.

En revanche, les personnes âgées ont été un peu moins affectées par les restrictions dans le domaine des loisirs (p. ex. réduction des possibilités d'excursions, des activités associatives et sportives, des voyages à l'étranger) que le reste de la population³⁰.

²⁸ Jäggi et al. (2022), p. 27.

²⁹ Infras (2021) : Crise du coronavirus : analyse de la situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des institutions sociales, p. 34 s. (rapport final en allemand uniquement).

³⁰ Ibid.



Question : Fig. 189 : La lutte contre la pandémie de coronavirus s'est traduite par différentes restrictions au quotidien. Dans quelle mesure avez-vous trouvé ou trouvez-vous ces restrictions pesantes ? 0 = pas du tout pesantes, 10 = très pesantes
N (population totale) = 14 541, N (population âgée) = 4894

Graphique Infras. Source : enquête auprès de la population (Infras 2021d)

Fig. 9 : Poids des mesures de protection pour la population âgée et pour l'ensemble de la population.
Source : Infras (2021), enquête auprès de la population

L'enquête menée du 18 décembre 2020 au 8 février 2021 montre que la pandémie de COVID-19 a davantage préoccupé la population âgée que les personnes plus jeunes. Les personnes de 65 ans étaient surtout inquiètes du poids économique que devra supporter la jeune génération à long terme, l'évolution de situation économique en général et la possibilité qu'un de leurs proches contracte le COVID-19. En ce qui concerne les conséquences sur la solidarité et la cohésion de la population, on constate peu de différences d'un groupe d'âge à l'autre, à l'exception des 15-24 ans, qui se font fait légèrement moins de souci³¹.

2.3.1 Engagement bénévole

La pandémie de COVID-19 a aussi eu un impact sur l'engagement bénévole de la population. Les personnes âgées ont été à cet égard doublement concernées : 1) en tant que bénévoles elles-mêmes et 2) en tant que bénéficiaires de prestations bénévoles. Point 1) : selon l'Observatoire du bénévolat 2020, 45 % des 60-74 ans exercent une activité bénévole au sein d'associations ou d'organisations. Chez les plus de 75 ans, cette part atteint encore 37 %³². Ces activités incluent les services de transport, l'encadrement, le soutien, l'accompagnement, les cours, le soutien linguistique ainsi que les services de visite. Une enquête réalisée en Suisse auprès de personnes âgées engagées à titre bénévole ou honorifique montre qu'une grande partie ont interrompu leur engagement pendant la première vague de la pandémie, en particulier au début de la restriction des contacts à partir de mi-mars 2020³³. Il s'agissait, en l'espèce, souvent d'activités au contact direct de personnes âgées. Des solutions de remplacement ont toutefois aussi été trouvées, notamment pour les services de visite ou l'entraide de voisinage, dont une part essentielle implique une proximité avec des personnes âgées. Des

³¹ Ibid. (2021), p. 37.

³² Lamprecht et al. (2020) : Observatoire du bénévolat en Suisse 2020

³³ Kirchsclager S. et al. (2021), p. 9 s.

contacts ont ainsi pu être maintenus à distance (courtes visites en discutant à la fenêtre ou appels téléphoniques réguliers). De jeunes bénévoles ont aussi été recrutés pour assurer l'entraide de voisinage (services de visite, de repas ou de courses) ou les services de transport³⁴. Point 2) : le chap. 3.2 montre comment la prise en charge des personnes nécessitant des soins et un accompagnement s'est détériorée pendant la pandémie, ce qui peut s'expliquer par l'interruption des services fournis par des bénévoles.

2.3.2 Relations intergénérationnelles

Les mesures de protection et les restrictions dans la vie quotidienne s'appliquaient toutes générations confondues. Néanmoins, les personnes âgées présentaient un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19. Elles ont en revanche été moins touchées par les conséquences économiques de la pandémie. La crise du COVID-19 a donc mis à l'épreuve la solidarité entre les générations, étant donné que les plus jeunes, en particulier, ont dû renoncer à beaucoup pour protéger les aînés. Dans le même temps, des aides ont été mises en place pour les personnes vulnérables pendant le premier semi-confinement (courses, services de transport, etc.), ce qui a eu des répercussions positives sur les relations intergénérationnelles³⁵.

Il ressort de l'étude d'Infras (2021) que 64 % des plus de 80 ans et 46 % des 65-79 ans ont bénéficié d'aides pendant la pandémie. Chez les jeunes générations, ce taux n'a pas dépassé 10 %. Tandis que 57 % des femmes de plus de 65 ans ont reçu une aide externe, cela n'a été le cas que de 42 % des hommes du même âge. Les personnes habitant à la campagne et les personnes seules ont tendance à avoir eu un peu plus de soutien. Lorsque l'on considère le passé migratoire, des différences apparaissent : si 52 % des personnes âgées vivant en Suisse depuis leur naissance ont bénéficié d'une aide de la part de personnes extérieures à leur foyer, ce taux est légèrement plus bas chez les personnes vivant en Suisse depuis plus de cinq ans, mais pas depuis leur naissance (45 %). Les personnes domiciliées en Suisse depuis moins de cinq ans ont quant à elles reçu nettement moins de soutien (21 %)³⁶.

L'évaluation des conséquences de la pandémie sur les relations intergénérationnelles varie selon les personnes interrogées : un bon tiers (37%) sont (plutôt) d'accord avec l'affirmation selon laquelle les rapports entre les générations se sont détériorés en raison de la pandémie. La génération la plus jeune (15-24 ans) est celle qui partage le plus ce constat (46 %). Le taux d'approbation a ensuite tendance à légèrement diminuer avec l'âge³⁷. Par ailleurs, le baromètre des générations 2021 met en évidence un « fossé coronavirus » : 77 % des personnes interrogées considèrent que la divergence d'opinions entre les personnes favorables aux mesures et celles les critiquant constituait la ligne de fracture la plus importante en Suisse. Après avoir suscité de nombreuses discussions au début de la pandémie, l'opposition entre les jeunes et les personnes âgées a perdu de son intensité.

Dans une enquête représentative menée auprès des 50 ans et plus sur mandat de Pro Senectute, 73 % des personnes interrogées sont d'avis que la population jeune a fait preuve d'une solidarité accrue pendant la pandémie de COVID-19. Une bonne moitié (53 %) estime que la crise a eu des effets (très) positifs sur les relations intergénérationnelles. À noter que les personnes qui ont bénéficié d'un soutien sont nettement plus nombreuses à considérer que la pandémie a eu une influence positive sur l'image qu'elles avaient de la jeune génération que celles qui n'ont pas reçu d'aide³⁸.

³⁴ Kirchschrager S. et al. (2021), p 10.

³⁵ Infras (2021), p. 39.

³⁶ Ibid., p. 39.

³⁷ Ibid., p. 41.

³⁸ Pro Senectute, GFS Zürich (2020).

2.4 Synthèse

Les « personnes âgées » ne constituent pas un groupe homogène. Elles diffèrent considérablement du point de vue de leur état de santé et de leur besoin de soutien, de leur intégration sociale, de leurs ressources psychosociales et de leur situation socioéconomique. De surcroît, un grand nombre de personnes âgées fournissent un travail bénévole, de manière formelle ou informelle : prendre soin de leurs parents âgés ou de leur conjoint, garder leurs petits-enfants ou encore s'investir dans des associations ou d'autres organisations. Elles constituent donc un pilier important de notre système social et sanitaire.

Il n'a guère été possible de tenir compte de cette hétérogénéité, du moins au début de la pandémie : les études montrent clairement que les personnes âgées ont été davantage atteintes dans leur santé par le COVID-19 que d'autres classes d'âge. Il est démontré que les personnes âgées ont plus souvent développé des formes sévères de COVID-19 et sont plus souvent décédées de la maladie que les personnes plus jeunes. L'évaluation de la gestion de la crise montre que la protection des groupes de population vulnérables a toujours revêtu une haute priorité dans les processus de décision. La Confédération a rapidement pris des mesures pour protéger la santé de ces groupes et communiqué clairement qu'ils constituaient une priorité. Elle a aussi priorisé les personnes vulnérables au moment de la campagne de vaccination³⁹.

La majorité des personnes âgées n'ont pas constaté de détérioration de leur santé physique et psychique pendant la pandémie. Que ce soit sur le plan physique ou psychique, les effets négatifs de la pandémie ont été nettement moins importants dans la population âgée que dans la population jeune. Les personnes qui ont mal vécu cette période ont principalement souffert de la solitude, du manque de contacts avec leur famille, leurs connaissances et leurs petits-enfants ainsi que du manque d'activité physique. Beaucoup de personnes âgées ont reçu de l'aide de la part d'autres personnes pendant la pandémie, ce qui a eu des effets positifs sur les relations intergénérationnelles.

Pour gérer la pandémie, Confédération et cantons ont dû constamment peser les différents intérêts en jeu. Il s'agissait de trouver un équilibre entre l'impératif de protection de la santé et les conséquences négatives des mesures de protection sur les plans sanitaire et économique, ainsi que les restrictions des droits de la personnalité. Dans sa prise de position relative à l'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 jusqu'à l'été 2021, l'OFSP relève que si la pandémie de COVID-19 a constitué avant tout un défi de santé publique, elle a toutefois clairement montré que les effets directs et indirects des mesures (sanitaires) ont touché la société de différentes façons⁴⁰.

Cette situation a reçu toute l'attention qu'elle méritait. En témoigne la composition de la task force scientifique de la Confédération, qui réunissait non seulement des milieux médicaux et épidémiologiques, mais aussi des spécialistes de l'économie, de l'éthique et de la sociologie. Les mesures de lutte contre la pandémie ont été élaborées avec le concours d'une grande diversité de spécialistes, y compris du domaine de la vieillesse, et les réflexions ont intégré non seulement les conséquences des mesures pour le système de santé, mais aussi leur impact social et économique. Des campagnes visant à renforcer la santé psychique ont ainsi été lancées en collaboration avec des sociétés de médecine. En outre, une des conclusions importantes de l'OFSP est que la santé devrait être définie de manière plus large. Les aspects « extérieurs » à la lutte contre une maladie transmissible – comme la santé psychique – sont tout aussi essentiels et devront être davantage pris en compte à l'avenir⁴¹.

³⁹ Balthasar et al. (2022), p. 96.

⁴⁰ OFSP (2022) : Prise de position du groupe de pilotage chargé de l'évaluation, p. 7.

⁴¹ Ibid.

3 Conséquences de la pandémie sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées à domicile

Le présent chapitre se concentre sur la situation des personnes âgées ayant besoin de soins et d'accompagnement à domicile. Il détaille les conséquences de la pandémie et des mesures sur l'accompagnement et les traitements, sur la situation des proches aidants et sur celle du personnel soignant et encadrant. Il se fonde sur une enquête auprès de proches de personnes tributaires d'un accompagnement et de soins professionnels réguliers et auprès du personnel exerçant dans le domaine des soins à domicile (cf. chap. 1.3).

3.1 Situation des personnes nécessitant des soins et un accompagnement à domicile

Dans le cadre de l'étude d'Infras (2021), des personnes ont été interrogées au sujet des conséquences de la pandémie de COVID-19 et des mesures de protection sur la santé de leurs proches nécessitant des soins et un accompagnement à domicile. Près de la moitié considèrent que la pandémie a entraîné une dégradation de l'état physique de leurs proches et une augmentation des troubles psychiques. Une minorité fait état d'une augmentation des troubles physiques (28 %) et d'une détérioration des capacités intellectuelles (24 %). L'enquête auprès du personnel soignant aboutit sensiblement aux mêmes résultats. Dans le cas des personnes atteintes de démence, un tableau plus clair se dessine : une bonne moitié des personnes interrogées (50-60 %) ont observé une plus grande confusion et une accélération du déclin cognitif chez leurs proches ayant besoin de soins et d'accompagnement à domicile⁴².

Environ 80 % des proches ont indiqué que la limitation des contacts pendant la pandémie avait été l'élément le plus difficile à supporter pour les personnes tributaires de soins et d'accompagnement. Selon le personnel soignant, un tiers des personnes auraient préféré recevoir davantage de visites malgré le risque d'infection (cf. fig. 10)⁴³.

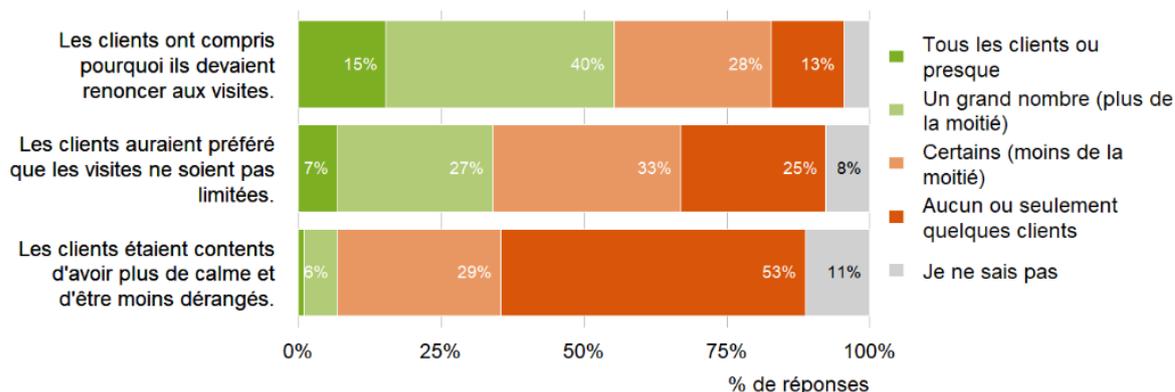


Fig. 10 : Les personnes âgées et les personnes à risque doivent renoncer aux visites. Comment vos clients ont-ils réagi à cette recommandation ? (n=505). Source : Infras (2021c), enquête auprès du personnel soignant et encadrant

S'agissant de la recommandation de rester à la maison et de respecter les règles de distance et d'hygiène, la grande majorité du personnel soignant (70-80 %) indique que la plupart des personnes nécessitant des soins et un accompagnement à domicile ont accepté et respecté les règles⁴⁴.

⁴² Infras (2021), p. 48 s.

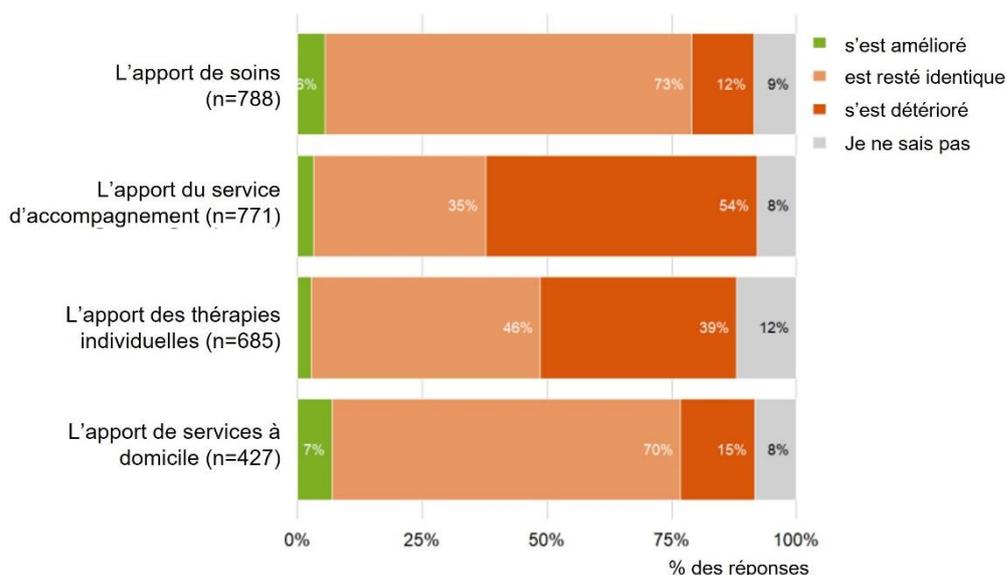
⁴³ Ibid., p. 44.

⁴⁴ Ibid., p. 44.

Près de deux tiers des personnes interrogées (64 %) jugeaient plus important de bien protéger leurs proches plutôt que de limiter les restrictions qui leur étaient imposées : 43 % privilégiaient clairement la protection et 21 % la limitation des restrictions (dans la mesure du possible). L'enquête auprès du personnel soignant brosse un tableau similaire : une nette majorité considère qu'un grand nombre de personnes tributaires de soins et d'accompagnement n'étaient pas prêtes à risquer l'infection pour sortir (66 %) ou recevoir des visites (58 %)⁴⁵.

3.2 Offre et qualité des prestations

Un grand nombre de personnes vivant à la maison et ayant besoin de soins et d'accompagnement ont recours à des prestations à domicile, notamment à celles fournies par des organisations d'aide et de soins à domicile. Sur ce point, il importe d'opérer une distinction entre les soins, les services à domicile, l'accompagnement et les thérapies individuelles. Une grande majorité des personnes interrogées ont eu le sentiment que l'accès aux soins (73 %) et aux services à domicile (70 %) était resté inchangé après le début de la pandémie, voire que la situation s'était améliorée (6 à 7 %). Leur évaluation diffère en ce qui concerne l'accompagnement et les thérapies individuelles : une majorité des proches (54 %) ont constaté une nette détérioration de l'accompagnement à domicile (p. ex. diminution des promenades). Selon 40 % d'entre eux, il en va de même pour les traitements individuels (cf. fig. 11). Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'accompagnement est souvent assuré par des proches et des bénévoles eux aussi retraités. Or ces personnes ont été soumises à des restrictions importantes en raison des mesures de protection en place, en particulier pendant la première vague, ce qui a empêché ou limité leur engagement bénévole (cf. chap. 2.3.1).⁴⁶



Question : Pour autant que vous puissiez en juger : en quoi les soins apportés à votre proche ont-ils changé depuis le début de la pandémie ?

Fig 11 : Évolution de la qualité de l'aide et des soins à domicile au cours de la pandémie (point de vue des proches). Source : Infras (2021a), enquête auprès des proches

L'enquête auprès du personnel des organisations d'aide et des soins à domicile a produit des résultats similaires : 35 % des personnes interrogées estiment avoir eu trop peu de temps à consacrer aux soins et à l'accompagnement ; environ 45 % avaient le sentiment de ne pas pouvoir répondre suffisamment aux besoins de leurs clients.

⁴⁵ Ibid., p. 45 s.

⁴⁶ Ibid., p. 46 s.

Dans l'ensemble, la grande majorité (près de 80 %) des proches interrogés étaient satisfaits tant de la gestion de la pandémie par les organisations d'aide et de soins à domicile et de la prise en compte des souhaits de leurs proches vivant à la maison que de la manière dont ils avaient été informés des mesures de protection⁴⁷.

L'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 met en évidence une situation hétérogène s'agissant de la médecine de premier recours. L'ordonnance du Conseil fédéral du 16 mars 2020 a entraîné l'interdiction, du moins la forte limitation, des interventions non urgentes⁴⁸. Cette décision a conduit certains médecins de famille à fermer leurs cabinets, tandis que d'autres les ont gardés ouverts et ont maintenu le contact en priorité avec leurs patients âgés vulnérables. Les soins ordinaires étant du ressort des cantons, les médecins de premier recours n'ont longtemps pas été intégrés dans l'organisation de crise nationale. Selon plusieurs personnes interrogées, l'OFSP a peu pris la mesure de l'importance des médecins de famille dans les soins généraux et de leur rôle possible dans les soins spécifiques au COVID-19 ; leur concours a peu été sollicité, notamment pour administrer les vaccinations ou assurer la prise en charge ultérieure des personnes guéries⁴⁹.

3.3 Situation des proches

Même dans des circonstances normales, les proches aidants sont mis à rude épreuve, sur le plan tant physique que psychique. Durant la pandémie, ils ont été encore plus sollicités en raison de l'interruption, en tout cas dans un premier temps, de nombreuses offres de soutien et de décharge⁵⁰. Les femmes ont été plus touchées par cette tendance négative, car elles fournissaient plus souvent des prestations informelles de soutien et de soins⁵¹. Lors de l'enquête auprès des proches de personnes ayant besoin de soins d'accompagnement dans le cadre de l'étude Infrac (2021), près de la moitié des proches interrogés (41 %) ont indiqué s'être sentis très accablés, dépassés ou stressés. Ce sentiment était légèrement plus fréquent chez les proches de personnes vivant à la maison que de personnes résidant dans une institution. L'enquête propose les explications possibles suivantes : pendant la pandémie, ce sont en particulier les proches de personnes vivant à la maison qui ont dû fournir un surcroît de travail d'accompagnement (57 %) et de tâches administratives, notamment pour trouver des solutions de prise en charge (64 %). La pandémie a entraîné des conséquences financières pour près d'un dixième (9 %) des personnes interrogées, en particulier les proches de personnes ayant besoin d'assistance à domicile (18 %). Quelque 17 % de ces proches ont dû suspendre leur activité professionnelle. Près de la moitié des personnes interrogées (46 %) ont réduit leurs contacts sociaux pour protéger leurs proches du virus. Là encore, les proches de personnes tributaires d'assistance à domicile ont été davantage affectés (64 %) ; nombre d'entre eux ont déploré le manque d'offres de décharge et la diminution des aides extérieures après le premier semi-confinement, notamment pour ce qui est de l'entraide de voisinage⁵².

3.3.1 Proches de personnes atteintes de démence

Il apparaît que les proches de personnes atteintes de démence ont tendance à avoir davantage souffert de la pandémie que d'autres proches aidants. Une partie des offres de décharge et de soutien ayant été interrompues pendant la pandémie, les proches qui devaient assumer des tâches de soins et d'accompagnement pour les personnes atteintes de démence vivant dans leur foyer ont sans doute été encore plus fortement mis à contribution. C'est ce que confirme une enquête menée par Alzheimer Valais : 43 % des proches de personnes atteintes de démence interrogés rapportent des expériences

⁴⁷ Ibid., p. 47.

⁴⁸ [Coronavirus : le Conseil fédéral qualifie la situation de « situation extraordinaire » et renforce les mesures \(admin.ch\)](#)

⁴⁹ Balthasar et al. (2022), p. 77.

⁵⁰ Kessler und Guggenbühl (2021), p. 20.

⁵¹ Ibid., p. 21.

⁵² Infrac (2021), p. 75 s.

difficiles. Pour la grande majorité d'entre eux (89 %), la crise a causé plusieurs difficultés, la plus importante étant le manque de contacts ; 38 % font en outre état d'une nette détérioration de l'état de santé de leurs proches. Près de la moitié auraient par ailleurs souhaité un soutien supplémentaire. L'arrêt (temporaire) des offres habituelles d'assistance à domicile a entraîné une surcharge des proches aidants, tant sur le plan physique que psychique, parfois jusqu'à leurs limites – voire au-delà⁵³.

3.4 Conséquences de la pandémie sur le personnel

Dans le cadre de l'étude d'Infras (2021), 542 personnes travaillant dans les organisations d'aide et de soins à domicile (y c. indépendants) ont été interrogées. Plus de 90 % indiquent s'être senties bien ou plutôt bien préparées à la pandémie au début de la première vague en mars 2020. Elles savent comment se propageait le COVID-19, comment protéger leurs clients et où trouver des informations sur la façon de gérer la pandémie. Elles évaluent en revanche moins positivement la gestion du matériel de protection : 55 % déclarent ne pas avoir eu suffisamment de matériel de protection à disposition au début de la première vague⁵⁴.

Selon leurs propres déclarations, la plupart des personnes interrogées ont bien ou plutôt bien (82 %) pu composer avec la charge de travail pendant la pandémie. Beaucoup indiquent toutefois avoir dû effectuer des tâches supplémentaires : un tiers des personnes travaillant dans des organisations d'aide et de soins à domicile étaient « tout à fait » ou « en partie » d'accord avec cet item. Un grand nombre ont vu la qualité de leur travail affectée par cette situation et n'ont pas pu répondre suffisamment aux besoins individuels de leurs clients (44 %). À cela s'ajoutait la peur de contaminer d'autres personnes (54 %). De plus, 44 % ont fait part de leur difficulté à supporter les craintes, les agressions ou la solitude de leurs clients⁵⁵. Quant à la question de savoir s'ils avaient bénéficié d'un soutien suffisant pendant cette période, 58 % ont répondu « s'applique tout à fait » et 40 % « ne s'applique plutôt pas » ou « ne s'applique pas ». En revanche, la grande majorité des personnes interrogées relèvent avoir pu discuter des situations compliquées en équipe et avec la direction et 90 % font état d'un bon esprit d'équipe et d'entraide au sein du personnel⁵⁶.

3.5 Synthèse

Il ressort des études analysées que la première vague de la pandémie a eu des conséquences inégales sur la situation des personnes nécessitant des soins et un accompagnement à domicile. Les proches interrogés se sont déclarés majoritairement satisfaits des prestations des organisations d'aide et de soins à domicile. La plupart d'entre eux n'ont pas constaté de baisse la qualité des soins, lesquels sont, pour l'essentiel, dispensés par ces organisations. En revanche, une majorité des proches estiment que la pandémie a conduit à une dégradation de l'offre d'accompagnement (p. ex. tâches ménagères, soutien administratif, aide pour les courses et la cuisine, contacts sociaux, accompagnement, etc.) et des possibilités de thérapies. Dans le domaine de l'accompagnement, cette situation tient probablement, entre autres, au fait qu'une grande partie de ces prestations sont fournies par des bénévoles eux-mêmes retraités, et donc appartenant aux groupes à risque.

La pandémie a entraîné une augmentation du travail d'accompagnement et une charge supplémentaire pour les proches de personnes tributaires d'assistance à domicile du fait de l'arrêt de certaines offres d'aide et de décharge⁵⁷.

⁵³ Coppex et al. (2021), p. 5.

⁵⁴ Infras (2021c), p. 20 s.

⁵⁵ Ibid., p. 25 ss.

⁵⁶ Ibid., p. 38.

⁵⁷ Coppex et al. (2021), p. 5.

Les mesures de protection et la modification de l'offre ont aussi eu un impact sur l'état de santé des personnes concernées, en particulier celles atteintes de démence : les proches interrogés ont constaté une plus grande confusion ou un déclin cognitif plus marqué⁵⁸.

Par ailleurs, les organisations d'aide et de soins à domicile ont déploré la pénurie de matériel de protection et l'absence de formation quant à leur utilisation⁵⁹. L'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 conclut à la nécessité de mieux intégrer les fournisseurs de soins ambulatoires de premier recours, en particulier les médecins, les organisations d'aide et de soins à domicile et les pharmacies, dans la préparation aux pandémies. Enfin, la mise en œuvre de mesures différenciées, dans le respect des mesures de protection, devrait permettre de garantir l'accès aux prestations dans le domaine ambulatoire également⁶⁰.

⁵⁸ Infras (2021), p. 50.

⁵⁹ Ibid., p. 14.

⁶⁰ Balthasar et al. (2022), p. 85.

4 Conséquences de la pandémie sur les résidents d'EMS

Le chap. 4.1 ci-après revient sur l'état des données probantes et le déroulement de la pandémie pour les personnes en EMS. Le chap. 4.2 décrit l'état de préparation des institutions à la pandémie de COVID-19, et le chap. 4.3 les mesures mises en œuvre. Le chap. 4.4 expose les conséquences sur la situation en matière de soins, le chap. 4.5. les conséquences sur les résidents et leurs proches. Le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** s'intéresse aux conséquences de la pandémie sur le personnel soignant et encadrant et sur les bénévoles en EMS. Enfin, le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** étudie les aspects structurels de la pandémie, et le chap. 4.8 dresse un bilan de la gestion de la crise.

4.1 État des données probantes et déroulement

Au début de la pandémie, les personnes âgées ayant besoin de soins ont été identifiées comme groupe à risque, pour lequel des mesures de protection spécifiques, pour la plupart ordonnées par les cantons, étaient nécessaires (cf. chap. 1.2). Les résidents d'EMS, en particulier, ont été considérés comme un groupe à haut risque de développer une forme sévère de COVID-19 ou de décéder. Leur vulnérabilité tenait à différents facteurs, tels que la fragilité, la faiblesse immunitaire ou les comorbidités, en particulier les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou la démence. S'ajoutaient d'autres facteurs augmentant le risque de transmission, comme la vie et le travail en collectivité dans un espace restreint, les locaux partagés, les activités communes, les interactions et les contacts rapprochés⁶¹.

Dans l'ensemble, les EMS ont enregistré une mortalité élevée pendant les années de la pandémie de COVID-19. En 2020, 34 603 personnes sont décédées en EMS, soit environ 5000 de plus qu'en 2019 (+ 16 %)⁶². Le nombre de décès était resté stable entre 2017 et 2019⁶³. En 2021, il était de 30 598⁶⁴. L'OFS a identifié trois périodes de surmortalité chez les personnes à partir de 65 ans : avril 2020 (+ 28 %), novembre 2020 (+ 75 %) et décembre 2020 (+ 69 %) ; janvier 2021 (+ 22 %), novembre 2021 (+ 19 %) et décembre 2021 (+ 30 %) ; juillet 2022 (+ 20 %) et décembre 2022 (+ 28 %). Ces trois périodes ont enregistré des écarts importants par rapport à la moyenne des années 2015 à 2019. La surmortalité observée en 2020 a été particulièrement élevée dans la région lémanique et au Tessin⁶⁵.

Le début de la vaccination contre le COVID-19 a amélioré la situation. Le 16 décembre 2020, l'OFSP et la CFV ont publié la stratégie de vaccination contre le COVID-19⁶⁶, dont l'objectif premier était de protéger les personnes vulnérables et de réduire le nombre de formes graves et de décès. La stratégie accordait une importance particulière à la vaccination des résidents d'EMS et, dans la mesure du possible, à la vaccination simultanée du personnel de ces institutions⁶⁷. Du fait de cette priorisation, la classe d'âge des 65 ans et plus a été la première à atteindre un taux élevé de vaccination (91 % avec une immunisation de base complète, 63 % avec une vaccination de rappel au début de la vague d'Omicron de l'hiver 2021-2022 ; cf. chap. 2.1)⁶⁸.

⁶¹ Said et al. (2023), p. 248.

⁶² [Statistique des institutions médico-sociales 2020 – Tableaux standard – 2020 | Tableaux | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

⁶³ OFS (2021), p. 10.

⁶⁴ [En 2021, le personnel des EMS n'a pas augmenté : une première depuis 2006 – Prise en charge médico-sociale en institution et à domicile en 2021 | Communiqué de presse | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#)

⁶⁵ OFS (2023), p. 2 s.

⁶⁶ [Stratégie de vaccination contre le COVID-19 : les personnes vulnérables sont prévues en priorité \(admin.ch\)](#)

⁶⁷ OFSP et CFV (2020), COVID-19 : stratégie de vaccination (état 16.12.2020), p. 12

⁶⁸ OFSP et CFV (2022) : Fardeau de la maladie COVID-19 (état des données 20.12.2021) [COVID-19 : informations pour les professionnels de la santé \(admin.ch\)](#)

4.2 Préparation des EMS à la pandémie

Les mesures préventives prévues dans les EMS en cas de pandémie se sont révélées insuffisantes dans de nombreux domaines. L'étude d'Infras (2021) a ainsi mis en évidence le manque de matériel de protection dans les EMS, notamment de masques d'hygiène, en particulier au début de la pandémie. Selon l'enquête quantitative menée dans ce cadre, quelque 34 % des directions d'EMS interrogées indiquent ne pas avoir disposé de suffisamment de matériel de protection pour le personnel comme pour les résidents⁶⁹. Cette situation s'explique sans doute aussi par le fait qu'au début de la pandémie, les EMS recevaient moins de matériel de protection que p. ex. les hôpitaux^{70,71}. Une grande majorité des directions interrogées (79 %) ont reconnu que leur personnel était insuffisamment formé à une gestion sûre du matériel de protection. Au début de la pandémie, la plupart des EMS ont désigné une instance responsable des questions d'hygiène (88 %), prévu des solutions pour assurer les mesures d'isolement ou de quarantaine (74 %), réuni les coordonnées nécessaires pour informer les proches (95 %), réussi à mobiliser le savoir-faire requis pour prévenir et gérer une flambée épidémique (82 %), défini des procédures pour le transfert des malades dans un hôpital de soins aigus (75 %) et désigné un médecin à qui s'adresser pour les questions relatives aux mesures de protection (84 %)⁷².

4.3 Mise en œuvre des mesures de protection dans les EMS

Outre les mesures de protection générales, les EMS ont édicté une série de prescriptions supplémentaires pour protéger les résidents. La Confédération et les cantons ont aussi formulé des recommandations à l'intention des EMS (cf. chap. 1.2.2). Les 531 EMS interrogés dans l'étude d'Ortoleva Bucher et al. (2023) ont soit limité, soit interdit les visites, du moins à certaines périodes⁷³. L'étendue des restrictions variait toutefois selon les établissements, les régions et la phase de la pandémie. Un peu plus de 60 % des EMS ayant participé à l'étude ont instauré une interdiction générale des visites, avec exceptions, à une période de la pandémie et presque la moitié (47 %) ont totalement interdit les visites à un moment ou à un autre. Parfois, les restrictions des visites étaient mises en œuvre sur la base de conditions ou de recommandations des autorités, ce qui laissait souvent, selon l'étude, une marge d'interprétation considérable⁷⁴.

Selon une comparaison cantonale, le Tessin est le canton qui a, pendant la pandémie, le plus souvent ordonné des mesures visant les EMS, suivi par la Suisse romande et enfin la Suisse alémanique. Il apparaît en outre que les EMS ont adapté leurs stratégies relatives à l'interdiction des visites au fur et à mesure de la pandémie et mis en place des mesures moins strictes lors des vagues ultérieures. Les raisons principales étaient la vaccination, l'amélioration des connaissances sur les modes de transmission du virus, mais aussi l'observation des conséquences psychosociales de ces interdictions sur les résidents⁷⁵.

La visiophonie a fourni une solution pour compenser les visites sur place, mais elle n'a pas été possible partout en raison du défi technique posé : seul un quart des résidents ont eu accès à cette possibilité⁷⁶.

⁶⁹ Infras (2021), p. 80.

⁷⁰ Bally et al. (2023), p. 2.

⁷¹ L'[ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus \(COVID-19\) \(ordonnance 2 COVID-19\)](#) prévoit que, pour soutenir l'approvisionnement des cantons et de leurs établissements de santé, d'organisations d'utilité publique (p. ex. Croix-Rouge suisse) et de tiers (p. ex. laboratoires, pharmacies), des biens médicaux importants peuvent être acquis si les canaux d'acquisition habituels ne permettent pas de couvrir les besoins. Étaient considérés comme des biens médicaux importants les médicaments, les dispositifs médicaux et les équipements de protection importants et nécessaires de toute urgence. La Pharmacie de l'armée était compétente en ce qui concerne les dispositifs médicaux et les équipements de protection. L'attribution se basait continuellement sur l'état d'approvisionnement et le nombre de cas actuels dans chaque canton. Les cantons veillaient à la redistribution en temps utile sur leur territoire.

⁷² Infras (2021b), p. 29-31.

⁷³ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 23.

⁷⁴ Ibid., p. 23.

⁷⁵ Ibid., p. 24 ; Infras (2021), p. 57.

⁷⁶ Infras (2021), p. 58.

Outre la limitation des visites, en particulier pendant la première vague de la pandémie, une majorité des EMS ont aussi restreint les possibilités pour les résidents de *sortir de l'établissement* et plus de la moitié ont instauré, du moins à certaines périodes, une interdiction totale de sortie⁷⁷. De plus, de nombreux EMS ont enjoint à leurs résidents de rester aux alentours de l'institution ; près de la moitié ont permis les sorties au cas par cas⁷⁸. Il est difficile de déterminer de manière définitive dans quelle mesure les interdictions strictes de recevoir des visites ou de sortir ont contribué à diminuer le nombre de cas⁷⁹. Des résultats des cantons de Saint-Gall et de Vaud ne mettent en évidence aucune corrélation claire entre l'interdiction stricte des visites et le nombre de décès parmi les résidents. En revanche, la réglementation des visites – limitation du nombre de visiteurs et inscription préalable – a eu un certain effet sur le taux de mortalité des résidents, du moins au début de la pandémie⁸⁰.

Parallèlement à la limitation des contacts sociaux par le biais des interdictions de visite et de sortie, les EMS ont essayé de prévenir les infections par le biais du *dépistage*, de l'*isolement* et de la *quarantaine*. La majorité des EMS effectuaient des tests en cas de symptômes et moins d'un quart ont mis en place un dépistage de masse régulier – principalement pendant la deuxième vague de la pandémie. Comme partout ailleurs, les EMS ont surtout dû composer avec le manque de tests et le long délai d'attente des résultats pendant la première vague de la pandémie⁸¹. Près de la moitié des établissements interrogés ont en outre procédé à un contrôle quotidien des symptômes. En cas de suspicion, la majorité optait pour le placement en quarantaine et, en cas de diagnostic confirmé en laboratoire, plus de 90 % pour le placement en isolement. Environ un tiers des EMS ont ordonné des quarantaines générales durant lesquelles les résidents n'étaient pas autorisés à quitter leur chambre (y c. en l'absence de suspicion d'infection, cf. fig. 12)⁸².

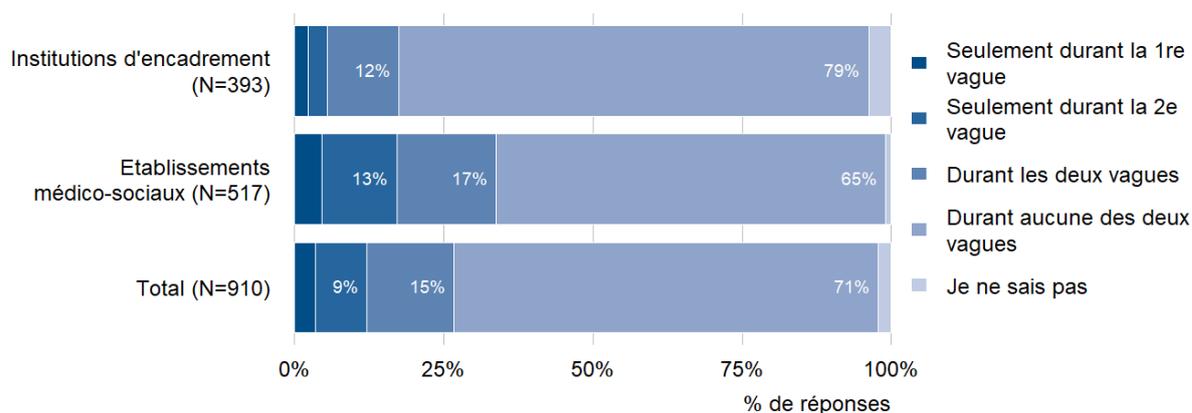


Fig. 12. : Institutions ayant, au cours de la pandémie, ordonné des quarantaines en chambre en l'absence de suspicion. Source : Infras 2021b, enquête auprès des directions d'institutions

Les masques d'hygiène ont été utilisés dans presque tous les EMS interrogés (98 %), en particulier pour les visiteurs et le personnel⁸³. Les institutions ont en outre limité les activités de groupe et la venue des professionnels externes⁸⁴.

Les EMS ont essayé de diverses manières d'atténuer les conséquences négatives des mesures de protection sur la santé psychique des résidents. Selon l'enquête quantitative auprès des EMS réalisée par Ortoleva Bucher et al. (2023), plus de 90 % des établissements ont demandé à leur personnel d'accorder une attention particulière à la santé psychique des résidents. Près de 80 % ont organisé des activités en groupes restreints et 60 % des animations spéciales, p. ex. des concerts en plein air,

⁷⁷ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 24.

⁷⁸ Ibid., p. 24.

⁷⁹ Infras (2021), p. 62.

⁸⁰ Flury et al. (2022), p. 18.

⁸¹ Infras (2021), p. 62.

⁸² Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 24.

⁸³ Ibid., p. 24 ; Infras (2021), p. 63-64.

⁸⁴ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 24.

pour les résidents qui ne pouvaient pas quitter l'établissement, et un peu plus de 75 % indiquent que les résidents étaient autorisés à se retrouver en petits groupes⁸⁵.

Dans l'ensemble, les EMS ont, à certaines périodes, fortement réduit, voire totalement interdit, aussi bien l'accès des personnes extérieures – en particulier les visiteurs – que la sortie des résidents. Ils ont par ailleurs essayé de réduire le nombre d'infections au moyen de dépistages, de mesures de protection ainsi que du placement en isolement ou en quarantaine en cas de suspicion d'infection ou de diagnostic confirmé en laboratoire. Ils ont aussi essayé de permettre les contacts sociaux grâce à des activités en petits groupes ou à l'air libre⁸⁶.

4.4 Conséquences sur la prise en charge

Pendant la pandémie de COVID-19, les EMS ont nettement diminué leur offre de soins, d'accompagnement et de thérapies, ce qui a eu des conséquences sur la santé et le bien-être des résidents. Les EMS interrogés ont significativement réduit leurs services d'accompagnement pendant la crise : environ un cinquième des directions d'institutions font état d'une détérioration de l'offre⁸⁷. Environ la moitié des proches interrogés partagent ce sentiment⁸⁸. Une des explications pourrait être le fait que les deux tiers des EMS aient interdit l'accès de leur établissement aux bénévoles (services de visite)⁸⁹. Plus de 70 % du personnel interrogé considère qu'il n'était pas ou plus possible de répondre de manière suffisante aux besoins des résidents. Selon 25 % d'entre eux, cette situation a parfois entraîné une hausse des conflits avec les résidents⁹⁰.

Les directions d'institutions interrogées ont aussi fait part d'une certaine baisse de la qualité des prestations de soins. Elles sont un cinquième à dresser un tel constat. De leur côté, une majorité des proches estiment que les soins ont pu être en grande partie maintenus pendant la pandémie : seuls 13 % ont observé une détérioration⁹¹. Enfin, de l'avis du personnel soignant et encadrant interrogé, la crise a eu un impact négatif à plusieurs niveaux sur l'accompagnement et les soins des résidents : dans l'enquête quantitative, environ 65 % indiquent ne pas avoir disposé de suffisamment de temps pour les soins et l'accompagnement, ce qui s'explique avant tout par le manque de personnel⁹².

Les EMS ont par ailleurs restreint l'offre de thérapies à titre de mesure de protection. Une grande majorité des directions d'institutions interrogées (93 %) déclarent ainsi avoir été contraintes de réduire l'offre pendant au moins une des vagues de la pandémie. Selon l'enquête quantitative d'Ortoleva Bucher et al. (2023), quelque 85 % des EMS ont limité l'accès aux professionnels externes (physiothérapeutes, ergothérapeutes, ostéopathes, etc.).

Le fait que certains médecins de famille, dont une partie appartenait aussi aux groupes à risque, n'aient pas pu assurer leurs visites habituelles dans les EMS a constitué un défi supplémentaire. En Suisse, les médecins de famille assurent parfois les soins médicaux des résidents. Dans certains cantons, le médecin-répondant de l'institution est chargé de la prévention et du contrôle des infections ainsi que des soins d'urgence. De plus, dans de nombreuses parties du pays, en particulier en Suisse alémanique, il n'existe pas de recommandations ni de règles contraignantes ou de critères de qualité pour la prise en charge médicale des résidents. Ces conditions ont compliqué les soins médicaux dans les EMS pendant la pandémie de COVID-19⁹³.

⁸⁵ Ibid., p. 24-25. Cf. aussi Infras (2021), p. 58.

⁸⁶ Ibid., p. 14.

⁸⁷ Infras (2021b), p. 84 ; Infras (2021), p. 66.

⁸⁸ Infras (2021), p. 65.

⁸⁹ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 24

⁹⁰ Infras (2021c), p. 30-31.

⁹¹ Infras (2021), p. 65.

⁹² Ibid., p. 66

⁹³ Camenzind (2023), p. 11.

4.5 Conséquences des mesures sur les résidents et leurs proches

La pandémie a eu des conséquences majeures sur les résidents d'EMS, avec des effets tant sur leur santé physique et psychique que sur leurs capacités cognitives. L'enquête qualitative menée auprès des résidents d'EMS montre qu'une majorité d'entre eux ont ressenti une dégradation de leur qualité de vie. Le manque de contacts avec les proches en raison de la réglementation stricte des visites est le facteur qui a eu l'impact le plus négatif sur leur bien-être⁹⁴. Trois quarts des proches interrogés ont eux aussi observé les conséquences négatives de l'interdiction des visites sur l'état émotionnel de leur proche en EMS : un peu plus de 40 % estiment que l'interdiction des visites a nui à la santé de leur proche⁹⁵ et 55 % indiquent que les restrictions de sortie ont été difficiles sur le plan émotionnel et/ou ont affecté la santé de leur proche⁹⁶.

Un peu plus de 60 % des 2300 proches de résidents d'EMS interrogés témoignent d'une dégradation de l'état physique de leur proche pendant la pandémie. Près de 40 % d'entre eux ont constaté des troubles physiques accrus et environ 55 % une augmentation des troubles psychiques. Enfin, presque la moitié ont aussi observé un effet négatif des mesures de protection sur la santé cognitive de leurs proches. Plusieurs facteurs peuvent être en cause. Sont notamment citées la réduction de l'offre de prestations, les mesures de lutte contre la propagation des infections et, de fait, la restriction des contacts sociaux avec les personnes de l'établissement ou de l'extérieur⁹⁷.

D'après les réponses des proches, la majorité des résidents ont accepté des mesures drastiques telles que la réglementation des visites ou l'interdiction de sortir de l'établissement. Selon eux, près d'un quart étaient toutefois contrariés d'être soumis à des restrictions plus strictes que le reste de la population. Un peu moins de 40 % des directions d'institutions font état d'une acceptation des mesures plus élevée pendant la deuxième vague de la pandémie que pendant la première. Ce constat pourrait s'expliquer par l'assouplissement des mesures pendant la deuxième vague ou par le fait que les résidents s'étaient en partie habitués à la nouvelle situation⁹⁸.

L'enquête qualitative menée auprès des résidents montre que les mesures de protection ont aussi affecté les routines de soins et de vie⁹⁹. Comme différentes activités n'étaient plus proposées, il n'a pas été possible de maintenir le rythme habituel des journées des résidents à certaines périodes de la pandémie. Selon les résidents interrogés, ces changements ont eu un effet délétère sur la convivialité de l'établissement : la tristesse et la frustration ont dégradé l'ambiance. Certains EMS ont en outre limité les contacts entre les résidents (cf. chap. 4.2). L'isolement a affecté l'autonomie des personnes, induisant des troubles physiques, psychiques et cognitifs¹⁰⁰. L'enquête auprès des résidents montre néanmoins que le contact avec les proches ou d'autres résidents a pu être maintenu grâce aux courriels et aux appels téléphoniques et vidéo¹⁰¹. Près de 90 % des EMS déclarent avoir prévu des possibilités d'utiliser la visiophonie¹⁰². L'utilisation des nouvelles technologies a cependant posé des difficultés, en particulier pour les personnes présentant des troubles cognitifs. Si les résidents interrogés apprécient d'avoir pu garder contact avec leurs proches grâce aux diverses solutions mises en place, le contact physique leur a souvent manqué. Ils déplorent en outre le manque d'intimité des visites, perturbées par la présence d'un membre du personnel. Parfois, les conditions imposées, comme le fait de devoir parler à travers une vitre ou depuis un balcon, ont compliqué la communication. Enfin, il était difficile pour les résidents dont les proches vivaient loin de maintenir le contact compte tenu de la durée limitée des visites¹⁰³.

⁹⁴ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 35.

⁹⁵ Infras (2021a), p. 29-30 ; Infras (2021), p. 66.

⁹⁶ Infras (2021a), p. 28, 43.

⁹⁷ Infras (2021), p. 69.

⁹⁸ Ibid., p. 64.

⁹⁹ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 35.

¹⁰⁰ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 45, Infras (2021), p. 65

¹⁰¹ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 45.

¹⁰² Ibid., p. 24.

¹⁰³ Ibid., p. 45-46.

4.5.1 Situation des personnes atteintes de démence

Les personnes atteintes de démence représentent un groupe particulièrement vulnérable. La crise du COVID-19 a entraîné une détérioration de leur état de santé physique et psychique ainsi que de leurs capacités cognitives. Le manque de stimulation dû à l'arrêt des visites, au manque de contacts physiques et à la diminution des services d'accompagnement a en particulier eu des effets négatifs sur l'état physique et cognitif des personnes souffrant de démence¹⁰⁴. Près de deux tiers des proches interrogés dans l'étude d'Infras déclarent avoir observé une confusion accrue et un déclin cognitif chez leurs proches atteints de démence. Deux tiers soulignent que le port du masque et le maintien des distances pendant les visites ont perturbé un grand nombre de résidents atteints de démence. Environ la moitié ont constaté une détérioration de l'état physique de leurs proches et 40 % indiquent que ceux-ci étaient en proie à des angoisses. Près de 17 % ont en outre plus souvent remarqué des comportements agressifs de la part de leurs proches¹⁰⁵.

L'enquête auprès des EMS dépeint un tableau similaire : sur plus de 400 directions interrogées, 40 % estiment que les mesures de protection ont aggravé l'état de confusion des résidents ; près d'un tiers font état d'angoisses et quasiment 60 % soulignent la difficulté de la majorité des résidents à respecter les mesures. Les directions d'institutions se montrent un peu plus mesurées sur la question de l'accélération du déclin cognitif et physique : 8 % des personnes interrogées rapportent une nette diminution des capacités cognitives et 6 % une nette diminution des forces physiques chez tous les résidents ; 19 et 16 % chez la majorité des résidents¹⁰⁶.

L'impact de l'interdiction des visites sur les personnes atteintes de démence est évalué de manière variable. S'il a été avancé que les personnes atteintes de démence avaient moins souffert de ces interdictions que d'autres résidents en raison de leur conscience limitée de la situation¹⁰⁷, une enquête réalisée auprès de 69 proches de résidents d'EMS atteints de démence montre toutefois que l'interdiction des visites a été la mesure la plus problématique. Les personnes interrogées mettent en avant leurs difficultés à maintenir le contact avec leur proche en EMS, l'utilisation du téléphone ou d'autres médias audiovisuels s'avérant souvent compliquée ou inadaptée pour les personnes atteintes de démence en raison de leurs capacités de compréhension et d'expression verbales limitées¹⁰⁸. Selon les proches, la reprise ultérieure des visites, à distance et avec des masques, n'a pas résolu le problème car, pour les personnes atteintes de démence, le toucher et l'odorat constituent une part essentielle des interactions¹⁰⁹.

4.5.2 Situations palliatives et personnes en fin de vie

Pour 77 % des 545 directions d'EMS interrogées, les soins et l'accompagnement des personnes en situation palliative (avec ou sans COVID-19) n'ont pas posé de problèmes majeurs¹¹⁰. En revanche, l'interprétation de la réglementation des visites pour les personnes en fin de vie a été donnée lieu à des discussions et divergeait d'un établissement à l'autre¹¹¹. La grande majorité des directions (91 %) déclarent avoir autorisé les visites pour les résidents en fin de vie en dépit des interdictions. Seuls 9 % les ont autorisées sans restriction ; 57 % les ont permises au cas par cas, 37 % sur présentation d'un certificat COVID-19. Durant les visites, 90 % des EMS ont imposé le port du masque aux proches de personnes en fin de vie, et 43 % ont demandé le respect des distances, ce qui impliquait l'interdiction des contacts physiques. Une majorité des EMS ont fixé un nombre maximal de visiteurs autorisés par jour pour les personnes en fin de vie (64 %), tandis que certains ont limité la durée des visites (34 %).

¹⁰⁴ Infras (2021), p. 69.

¹⁰⁵ Ibid., p. 69.

¹⁰⁶ Infras (2021b), p. 76.

¹⁰⁷ Infras (2021), p. 69.

¹⁰⁸ Ammann (2021), p. 46.

¹⁰⁹ Ibid., p. 46.

¹¹⁰ Infras (2021b), p. 35.

¹¹¹ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 24 s.

Enfin, 13 % des EMS ont instauré une interdiction stricte des visites, y compris pour les personnes en fin de vie. Cela a été principalement le cas au Tessin, suivi par la Suisse romande et la Suisse allemande¹¹².

L'enquête qualitative menée auprès de proches de résidents décédés en EMS met en évidence un vécu différent selon la période de la pandémie durant laquelle personne est décédée et les mesures alors en vigueur¹¹³. Les restrictions les plus strictes ont été instaurées lors de la première et de la deuxième vague. Les visites, lorsqu'elles étaient autorisées, étaient alors généralement limitées à un petit nombre de personnes. De plus, les proches devaient respecter la durée de visite prévue (en général ½ heure) ainsi que des mesures d'hygiène strictes, telles que le port de vêtements de protection. Bien que conscientes de l'importance des mesures de protection, les personnes qui ont perdu un proche à une période où les mesures étaient particulièrement strictes n'ont pas compris pourquoi elles n'ont pas pu accompagner l'être cher pendant ses derniers instants¹¹⁴.

Le fait de ne pas avoir pu dire adieu suffisamment, voire pas du tout, a aussi entraîné des conséquences à long terme sur les proches, p. ex. en affectant le processus de deuil. Certains font part de troubles psychiques, allant parfois jusqu'à la dépression¹¹⁵. En revanche, les personnes qui ont pu rendre visite sans restriction à leur proche en fin de vie considèrent que les choses sont passées au mieux au vu des circonstances¹¹⁶.

La pandémie a mis en évidence l'importance de discuter de sa volonté et de ses préférences en matière de soins médicaux pour la fin de vie et de les indiquer par écrit, p. ex. sous forme de directives anticipées, au cas où l'on ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Dans l'éventualité d'une seconde vague de la pandémie, des mesures ciblées ont été prises à l'échelle nationale pour augmenter le nombre de directives anticipées dans les EMS. Des spécialistes de gériatrie et de médecine palliative ont élaboré des formulaires spécifiques, adaptés à la situation des patients atteints de COVID-19, qui ont été distribués dans tout le pays via différents réseaux. Selon une enquête auprès de directions d'EMS, de nombreux résidents ont rédigé des directives anticipées pendant la pandémie pour communiquer leurs préférences s'agissant d'un possible transfert à l'hôpital ou de leur maintien dans l'EMS¹¹⁷.

4.6 Répercussions de la pandémie sur le personnel et les bénévoles

La situation dans les EMS et la mise en œuvre des mesures de protection pendant la pandémie de COVID-19 ont aussi eu des répercussions notables sur le personnel concerné. Déjà avant la pandémie, le personnel des EMS était soumis à une forte charge de travail, et la crise a considérablement aggravé la situation¹¹⁸. Les EMS ont en particulier dû composer avec les absences et le manque de personnel en découlant¹¹⁹. Étant donné que les femmes représentent 80 % du personnel, elles ont été particulièrement touchées par ces évolutions¹²⁰.

Néanmoins, la majorité du personnel interrogé s'est senti suffisamment formé aux mesures de protection ; 20 % environ ont jugé la formation insuffisante¹²¹. Cette appréciation rejoint celle des directions d'EMS¹²². Une étude d'observation menée dans les cantons de Saint-Gall et de Vaud met en lumière

¹¹² Ibid., p. 25.

¹¹³ Ibid., p. 46.

¹¹⁴ Ibid., p. 42.

¹¹⁵ Ibid., p. 46.

¹¹⁶ Ibid., p. 46.

¹¹⁷ Gurtner Vontobel & Theile (2021), p. 14.

¹¹⁸ Bally et al. (2023), p. 2.

¹¹⁹ Infras (2021), p. 90.

¹²⁰ Office fédéral de la statistique OFS : Établissements médico-sociaux ([Établissements médico-sociaux | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](https://www.sfs.admin.ch/fr/statistiques/1000000000000000000)).

¹²¹ Ibid., p. 94.

¹²² Ibid., p. 80.

des différences cantonales importantes en matière de formation : plus de 90 % des directions d'institutions du canton de Vaud ont jugé les directives et les formations suffisantes, contre 30 % seulement à Saint-Gall¹²³.

En 2020, les EMS ont enregistré une augmentation du personnel de 1,3 %, une valeur en baisse par rapport aux années 2018 et 2019, durant lesquelles les effectifs avaient connu une hausse de 2,3 %. Cette année-là, quelque 25 000 soignants ont été recrutés dans toute la Suisse. Le nombre de nouveaux engagements dans le domaine des soins a été surtout élevé pendant les vagues de mars à avril et de novembre 2020 : + 30 % environ par rapport à 2019. Rapportée à l'année, cette augmentation est toutefois moins importante que les années précédentes (1,7 % contre 2,8 % en 2018 et 2019)¹²⁴. Plus des trois quarts des 1989 soignants interrogés déclarent avoir effectué du travail supplémentaire pendant la pandémie, principalement des tâches de soins et d'accompagnement du fait de la suppression d'une partie des prestations externes. D'autres tâches, qui ne relevaient pas du cahier des charges habituel du personnel soignant et encadrant de l'EMS, se sont en outre ajoutées. Dans l'ensemble, environ 40 % des soignants se sont sentis surmenés en raison de la forte de charge de travail. Ils ont en outre souffert de l'augmentation des conflits avec les proches et regretté que ces derniers n'aient pas pu accompagner les résidents en fin de vie¹²⁵. En parallèle, ils estiment avoir bénéficié d'un grand soutien de la part de l'équipe et des responsables hiérarchiques¹²⁶.

4.7 Aspects structurels

La majorité des EMS se déclarent (plutôt) satisfaits des recommandations et mesures décidées par la Confédération, les cantons et les associations¹²⁷. Cette satisfaction globale laisse néanmoins apparaître un besoin d'optimisation à différents niveaux s'agissant du soutien apporté par les autorités. Selon l'enquête auprès des directions d'EMS, 78 % des personnes interrogées aimeraient à l'avenir une meilleure coordination des prescriptions entre la Confédération et les cantons : 63 % souhaiteraient une stratégie nationale, 43 % un soutien juridique et 37 % un conseil pour les questions éthiques. De plus, 32 % auraient besoin de directives concernant les réserves de matériel de protection et 35 % de soutien dans l'acquisition du matériel de dépistage. Enfin, 57 % mettent en avant la nécessité de disposer de personnel de réserve afin de pouvoir réagir de manière plus flexible à de futurs défis. Pour 60 % des directions d'institutions, un délai plus long pour l'application des mesures et davantage de soutien pour l'aménagement de locaux pour l'isolement et la quarantaine seraient par ailleurs bienvenus¹²⁸. De l'avis des responsables interrogés, il est particulièrement important que les autorités informent les EMS de manière suffisante et en temps utile afin d'organiser les processus logistiques avant l'entrée en vigueur des nouvelles réglementations.

Selon 80 % des directions interrogées, la situation financière de leur établissement s'est (plutôt) détériorée en raison de la pandémie de COVID-19¹²⁹. Cela correspond aux chiffres officiels de l'OFS, qui font état d'une perte de 383,4 millions de francs pour les EMS en 2020. En 2021, le financement des EMS a été assuré principalement par les bénéficiaires des prestations (61 %), suivis par les assureurs-maladie (20 %) et les pouvoirs publics (19 %). Les subventions publiques (y c. d'éventuelles couvertures de déficit) versées au EMS ont été particulièrement élevées pendant la première année de la pandémie (525,3 millions de francs, soit + 11 % par rapport à 2019), mais ont baissé en 2021 pour atteindre 412,2 millions de francs (- 27 % par rapport à 2020)¹³⁰.

¹²³ Flury et al. (2022), p. 17.

¹²⁴ OFS (2021), p. 11.

¹²⁵ Infras (2021), p. 90.

¹²⁶ Ibid., p. 90-91.

¹²⁷ Infras (2021b), fig. 143.

¹²⁸ Ibid., fig. 145.

¹²⁹ Ibid., fig. 133.

¹³⁰ OFS (2023), p. 5.

4.8 Synthèse

Les expériences acquises et diverses études montrent que la pandémie de COVID-19 a pris au dépourvu les institutions à de nombreux niveaux. Dans l'ensemble, les principales lacunes constatées au début de la pandémie étaient le matériel de protection insuffisant et le manque de connaissances des institutions et du personnel concernant la gestion de la pandémie, en particulier les mesures d'isolement. Par ailleurs, le manque de personnel, la baisse du taux d'occupation des lits et le faible nombre de nouvelles admissions liés à la pandémie ont eu des répercussions financières sur les institutions¹³¹. Les EMS ont parfois été contraints de réduire fortement leur offre : les proches interrogés ont surtout constaté une diminution de la prise en charge dans le domaine de l'accompagnement et des thérapies individuelles. En revanche, seul un petit nombre (13 %) ont constaté une dégradation au niveau des soins¹³².

Les mesures de protection mises en œuvre pendant la pandémie ont considérablement affecté la santé et le bien-être des personnes en EMS¹³³. Le manque de contact avec les proches en raison de la réglementation stricte des visites a eu l'impact le plus négatif¹³⁴. Dans sa prise de position du 8 mai 2020, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) insiste sur la « protection des droits de la personnalité (comme le droit à l'information, à la liberté et à l'intégrité individuelles, à l'autodétermination et à la dignité) des personnes vivant en institution, même en période d'épidémie »¹³⁵. Il était donc impératif de lever l'interdiction des visites. Curaviva, l'association de branche des prestataires au service des personnes âgées, a critiqué le fait que la santé ait été considérée uniquement sous l'angle de la santé physique et que l'on ait accordé trop peu d'attention au respect des droits à l'autodétermination des résidents, en particulier lors de la première vague de la pandémie¹³⁶.

La grande majorité des proches ont fait preuve de compréhension pour les mesures de protection. Selon eux, l'interdiction des visites et l'isolement en chambre ont été les restrictions les plus difficiles à supporter pour les résidents d'EMS, leur causant des souffrances émotionnelles. Ils ont en outre souvent observé une aggravation du déclin physique ou cognitif de leur proche en raison de la pandémie. Par ailleurs, les proches de personnes atteintes de démence relèvent que celles-ci étaient de plus en plus perturbées ou déstabilisées¹³⁷.

L'accompagnement de résidents en fin de vie a parfois constitué un grand défi. Bien que conscientes de l'importance des mesures de protection, les personnes qui ont perdu des proches pendant les phases de la pandémie où des mesures particulièrement strictes s'appliquaient ne comprennent pas pourquoi elles n'ont pas pu accompagner la personne aimée dans ses derniers instants¹³⁸. La pandémie a ainsi mis en exergue l'importance de discuter de ses volontés et de ses préférences en matière de soins médicaux pour la fin de sa vie et de les indiquer par écrit, p. ex. sous forme de directives anticipées. Il est indispensable de considérer avec attention la question de savoir si une hospitalisation est souhaitée ou indiquée¹³⁹.

La majorité des institutions se sont déclarées satisfaites des recommandations émises par les autorités (Confédération, cantons) et les associations s'agissant des mesures de protection. Elles auraient cependant souhaité une meilleure coordination de la part des autorités, des mesures plus uniformes,

¹³¹ Infras (2021), p. 14.

¹³² Ibid., p. 13.

¹³³ Ortoleva Bucher et al. (2023) ; Infras (2021).

¹³⁴ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 35.

¹³⁵ CNE (2020), p. 10.

¹³⁶ INSOS & Curaviva (s. d.), p. 3.

¹³⁷ Infras (2021), p. 13.

¹³⁸ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 42.

¹³⁹ Kunz/Minder (2020), p. 1.

une information plus précoce, une plus grande implication dans l'élaboration des mesures et davantage de soutien pour le matériel de protection, le personnel et les services mobiles. En cas de dilemme entre la protection contre l'infection et la restriction des libertés – notamment l'interdiction des visites et des sorties –, la majorité des institutions disposaient de prescriptions claires de la part des autorités concernant les mesures de protection. Lorsque tel n'était pas le cas, elles prenaient une décision en fonction de la situation¹⁴⁰. Cela a parfois entraîné une surcharge pour les directions d'institutions et une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre des mesures de protection¹⁴¹.

De nombreux EMS ont opté, principalement pendant la première vague, pour une interdiction stricte des visites et des sorties en raison, d'une part, des recommandations édictées par les cantons en la matière et, d'autre part, de la grande incertitude qui régnait alors concernant les chaînes épidémiologiques. Les données d'études disponibles ne permettent pas de déterminer statistiquement l'efficacité des mesures de protection strictes¹⁴². Avec le recul, les directions d'institutions interrogées jugent ces dispositions peu pertinentes, préconisant à l'avenir des mesures basées sur les risques et davantage d'exceptions pour certaines situations, notamment pour les personnes en fin de vie et les personnes atteintes de démence ou d'autres troubles cognitifs ou psychiques. Dès la deuxième vague, la plupart des institutions ont ainsi renoncé à l'interdiction stricte des visites et des sorties ainsi qu'à la fermeture des structures d'accueil de jour. Cet assouplissement a été facilité par le dépistage, impossible au début de la pandémie faute de capacités suffisantes¹⁴³.

¹⁴⁰ Infras (2021), p. 14.

¹⁴¹ Balthasar et al. (2022), p. 32.

¹⁴² Infras (2021), p. 12 s.

¹⁴³ Ibid.

5 Conséquences de la pandémie sur les foyers pour personnes handicapées

Des études internationales montrent que les résidents de foyers pour personnes handicapées ont été affectés de manière disproportionnée par les conséquences de la pandémie de COVID-19 en raison des multiples vulnérabilités auxquelles ils étaient exposés : hébergement collectif, risques d'infection et risques pour la santé parfois accrus et, dans certains cas, possibilités de communication restreintes¹⁴⁴. En Suisse, les résidents de foyers pour personnes handicapées ont été bien protégés. Ils n'ont que rarement contracté la maladie, du moins au début (8 % jusqu'au 31.12.2021) ; les directions d'institutions interrogées font en outre état d'une très faible mortalité due au COVID-19 (0,3 % jusqu'au 31.12.2021).

Durant la pandémie, la Confédération a formulé des recommandations pour les institutions médico-sociales. Dans un premier temps, aucune distinction n'a été faite entre les différents types d'organisations et de fournisseurs de prestations, p. ex. entre les EMS et les foyers pour personnes handicapées. À l'instar des résidents d'EMS, les personnes en situation de handicap vivant dans des foyers ont donc été soumises à des mesures de protection plus strictes que le reste de la population. Si les résidents d'EMS appartenaient en règle générale aux groupes à risque du fait de leur âge et/ou de leur état de santé, il n'en était qu'en partie de même pour les personnes handicapées résidant dans un foyer. Le mode d'hébergement collectif explique toutefois, jusqu'à un certain point, l'application de mesures comparativement strictes dans ces institutions.

Le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** décrit l'état de préparation des institutions à la pandémie de COVID-19, et le chap. 5.2 les mesures mises en œuvre. Le chap. 5.3 détaille les conséquences des mesures sur les résidents, le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** les conséquences sur les proches. Le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** traite de l'impact de la pandémie sur le personnel soignant et encadrant. Le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** met en lumière les aspects structurels de la pandémie en ce qui concerne les foyers pour personnes handicapées, et le chap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** propose une synthèse.

5.1 Préparation des foyers à la pandémie

Comme les EMS, les foyers pour personnes handicapées ont l'obligation d'élaborer des plans de protection en cas de pandémie¹⁴⁵. Pourtant, l'enquête menée auprès de 417 directions montre que ces institutions n'étaient pas suffisamment préparées à une pandémie d'une telle ampleur. Près de la moitié (44 %) des directions interrogées déclarent ne pas avoir disposé de suffisamment de matériel de protection pour le personnel et les résidents (contre 34 % dans les EMS). Plus d'un tiers (39 %) estiment de surcroît que le personnel n'a pas été assez formé à une gestion sûre du matériel de protection et des résidents (contre 21 % dans les EMS). Il apparaît que 35 % des directions manquaient de solutions pour assurer l'isolement et la quarantaine au sein de l'institution (contre 25 % dans les EMS) et que 47 % n'avaient pas défini de procédures pour le transfert des malades dans un hôpital de soins aigus (contre 23 % dans les EMS)¹⁴⁶. Dans l'ensemble, il est à noter que les directions de foyers pour personnes handicapées interrogées évaluent leur préparation à la pandémie un peu plus défavorablement que les directions d'EMS¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Büsschi et al. (2023).

¹⁴⁵ Infras (2021), p. 80.

¹⁴⁶ Ibid., p. 27-29.

¹⁴⁷ Ibid., p. 80.

Les directions de foyers pour personnes handicapées considèrent cependant avoir été bien préparées dans certains domaines : 83 % indiquent avoir désigné une instance responsable des mesures d'hygiène (contre 88 % dans les EMS) et 95 % avoir réuni les coordonnées des proches afin de pouvoir les informer le plus rapidement possible (même chiffre pour les EMS)¹⁴⁸.

5.2 Mise en œuvre des mesures de protection dans les foyers

Durant la pandémie, la Confédération a formulé de nombreuses recommandations à l'intention des institutions médico-sociales, terme qui recouvre différents types d'organisations et de fournisseurs de prestations tels que les EMS, les institutions pour enfants et adolescents ou les foyers pour personnes handicapées. Selon l'étude de Büschi et al. (2023), ces recommandations se concentraient toutefois en priorité sur les EMS. Certains documents contenant des recommandations sur la vaccination, la procédure de dépistage, les règles d'hygiène et de comportement, la réglementation de l'isolement et des visites étaient ainsi explicitement adressés aux EMS. Il revenait par conséquent aux autres institutions de décider elles-mêmes des recommandations à appliquer pour protéger leurs résidents¹⁴⁹.

Selon l'enquête menée auprès des directions, plus de la moitié des foyers ont instauré une *interdiction stricte des visites*, sans aucune exception, au cours de la première vague de la pandémie (cf. fig. 13)¹⁵⁰. Ils ont donc appliqué cette mesure plus souvent que les EMS. Les résidents interrogés rapportent en outre que les contacts entre les différents groupes d'habitation au sein d'un même foyer n'étaient parfois plus possibles¹⁵¹. Il est à noter que les foyers pour personnes handicapées ont assoupli ces mesures pendant la deuxième vague de la pandémie¹⁵².

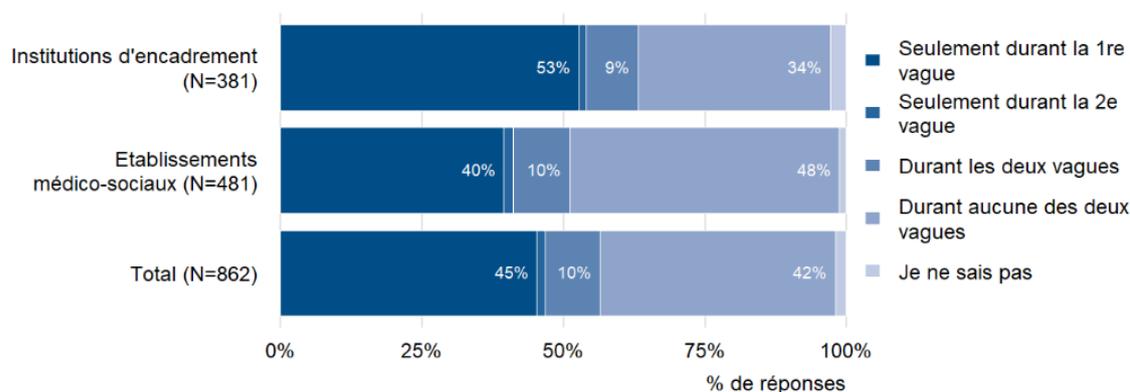


Fig. 13 : Institutions qui ont appliqué une interdiction stricte des visites pendant la pandémie, sans aucune exception. Source : Infrac 2021b, enquête auprès des directions d'institutions

S'agissant de la mise en œuvre d'une *interdiction généralisée de sortir*, sans aucune exception, la tendance était inverse : environ la moitié des directions de foyers interrogées ont instauré une telle interdiction pendant la première vague de la pandémie, contre environ 60 % des directions d'EMS (cf. fig. 14)¹⁵³. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des résidents de foyers pour personnes handicapées, en raison de leur âge, n'appartenaient pas au groupe à risque et avaient souvent une activité en dehors du foyer (p. ex. travail, formation ou ateliers)¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Infrac (2021b), p. 29-31.

¹⁴⁹ Büschi et al. (2023), p. 19-20.

¹⁵⁰ Infrac (2021b), p. 36-38.

¹⁵¹ Büschi et al. (2023), p. 71.

¹⁵² Infrac (2021b), p. 36-38.

¹⁵³ Ibid., p. 48.

¹⁵⁴ Infrac (2021), p. 60.

Un tiers des directions de foyers pour personnes handicapées interrogées indiquent avoir permis aux résidents de se rendre sur leur lieu de travail ou de formation pendant les deux vagues de la pandémie, 38 % l'ont autorisé uniquement pendant la deuxième vague et une institution sur cinq pendant aucune des vagues¹⁵⁵.

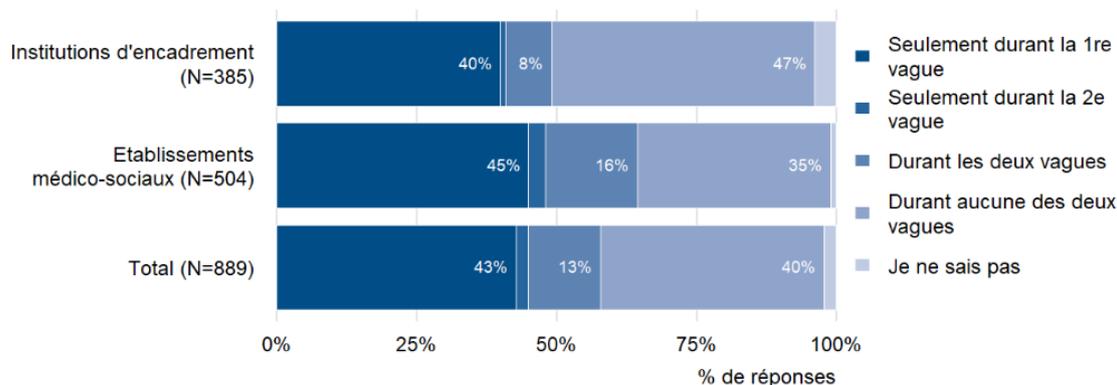


Fig. 14 : Institutions qui ont appliqué une interdiction généralisée de sortir pendant la pandémie, sans aucune exception. Source : Infras 2021b, enquête auprès des directions d'institutions

Les foyers pour personnes handicapées ont parfois aussi fermé leurs *structures d'accueil de jour* internes, avec toutefois de grandes différences d'une institution à l'autre¹⁵⁶. Environ la moitié des directions interrogées indiquent que leurs structures d'accueil de jour et centres de formation internes sont restés ouverts pendant toute la durée de la pandémie. Un tiers déclarent que ces structures ont été fermées pendant la première vague uniquement et 8 % qu'elles l'ont été pendant les deux vagues de la pandémie¹⁵⁷.

Au début du semi-confinement, les personnes en situation de handicap ont dû décider, de concert avec leurs proches, si elles souhaitaient rester ou non dans l'institution durant cette période, une décision difficile compte tenu de l'incertitude générale qui régnait quant à l'évolution de la pandémie. Au vu des interdictions des visites et des sorties mentionnées, ce choix s'est en outre révélé lourd de conséquences sur les possibilités de contact avec les proches. 41 % des directions interrogées indiquent avoir autorisé les résidents à séjourner quelque temps chez des proches dès la première vague, 45 % ont permis ces séjours seulement durant la deuxième vague et 10 % durant aucune des deux vagues¹⁵⁸. Pour permettre aux résidents d'avoir tout de même des contacts avec leurs proches, la moitié des foyers interrogés ont eu recours à la visiophonie. Cet outil a été plus souvent utilisé dans les foyers pour personnes handicapées que dans les EMS, où seul un quart des établissements interrogés proposaient cette possibilité. Les trois quarts des 684 proches de personnes en situation de handicap interrogés considèrent que la visiophonie a été d'une utilité précieuse¹⁵⁹. Enfin, bien qu'aucune rencontre n'ait été organisée en dehors des foyers selon les résidents interrogés¹⁶⁰, les contacts avec les visiteurs ont été autorisés au fil du temps, sous réserve de conditions spéciales, p. ex. à travers une vitre de plexiglas¹⁶¹.

Par ailleurs, les foyers pour personnes handicapées ont mis en œuvre des *mesures d'hygiène* telles que le port du masque ou le respect des distances pour protéger les résidents : selon 57 % des res-

¹⁵⁵ Infras (2021b), p. 48.

¹⁵⁶ Büschi et al. (2023), p. 71.

¹⁵⁷ Infras (2021b), p. 61.

¹⁵⁸ Ibid., p. 49.

¹⁵⁹ Infras (2021), p. 58.

¹⁶⁰ Büschi et al. (2023), p. 71

¹⁶¹ Ibid., p. 71.

ponsables interrogés, le personnel était tenu de porter un masque pendant les deux vagues de la pandémie¹⁶². Ces chiffres, qui diffèrent considérablement des données des directions d'EMS (cf. fig. 15), pourraient être liés au manque de masques de protection dans les foyers pour personnes handicapées pendant la première vague de COVID-19¹⁶³.

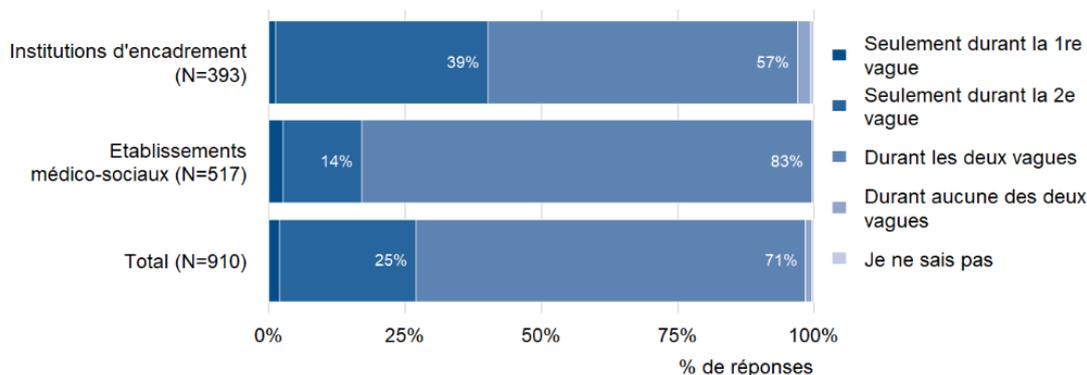


Fig. 15 : Institutions qui ont instauré le port du masque obligatoire pour le personnel (sauf p. ex. avec les personnes atteintes de démence). Source : Infrac 2021b, enquête auprès des directions d'institutions

Les foyers pour personnes handicapées ont encore plus rarement instauré le port du masque obligatoire : 20 % des foyers interrogés l'ont fait pendant la première vague, près de 60 % pendant la deuxième vague¹⁶⁴. La plupart (plus de 79 %) ont en outre renoncé à imposer une quarantaine générale (interdiction de quitter sa chambre) en l'absence de suspicion de COVID-19. Les résidents de la majorité des foyers (72 %) ont cependant dû respecter les distances pendant les deux vagues.

Par ailleurs, environ la moitié des proches interrogés relèvent que les contacts physiques avec leurs proches étaient interdits. Le contrôle quotidien des symptômes comptait également parmi les mesures de protection : un peu plus de la moitié des foyers (54 %) ont mis en place des contrôles quotidiens des symptômes pendant les deux vagues de la pandémie, et 10 % pendant la deuxième vague uniquement. Ces contrôles étaient toutefois beaucoup moins fréquents pour le personnel (38 % pendant les deux vagues)¹⁶⁵.

Une grande majorité des directions de foyers interrogées indiquent que les résidents devaient être testés pour le COVID-19 en cas de symptômes légers (73 %), de symptômes graves (85 %) ou sur prescription médicale (77 %), et ce pendant les deux vagues. Les stratégies de dépistage appliquées dépendaient sans doute avant tout des dispositions fédérales ou cantonales alors en vigueur et du matériel de test disponible¹⁶⁶. En règle générale, les foyers pour personnes handicapées ont suivi une stratégie de dépistage similaire à celle des EMS, sauf en ce qui concerne les nouveaux résidents : les EMS interrogés étaient nettement plus nombreux (plus de 50 %) à réaliser un dépistage généralisé de ces personnes que les foyers pour personnes handicapées (15 %)¹⁶⁷.

5.3 Conséquences des mesures sur les résidents

Les résidents de foyers pour personnes handicapées ont souffert de la mise en œuvre des mesures de lutte contre le COVID-19, en particulier de la fermeture des structures d'accueil de jour et de la restriction des contacts sociaux en dehors de l'institution. Les résidents interrogés se montrent surtout critiques envers les règles supplémentaires imposées par les institutions : séparation, interdiction des visites, limitation des sorties, suppression des possibilités de travail et modification de la routine. Ils

¹⁶² Infrac (2021b), p. 57-61.

¹⁶³ Infrac (2021), p. 63-64.

¹⁶⁴ Infrac (2021b), p. 57-61.

¹⁶⁵ Ibid., p. 57-61 ; Infrac (2021), p. 63-64.

¹⁶⁶ Infrac (2021), p. 62.

¹⁶⁷ Ibid., p. 62-63.

déclarent avoir dû lutter contre l'ennui, bien que les foyers aient pu en partie remédier à la situation en organisant d'autres activités¹⁶⁸.

Certains des résidents interrogés rapportent avoir eu des difficultés à communiquer et à respirer à cause du port du masque obligatoire et les proches interrogés font état des difficultés de leurs proches à respecter cette obligation. Les résidents ont jugé les mesures d'hygiène acceptables, à l'exception du lavage des mains qui, lorsqu'il était effectué de manière trop stricte, leur occasionnait des désagréments physiques. Les résidents ont évalué de manière majoritairement négative les règles de respect des distances, la quarantaine et l'isolement, en particulier en raison du manque de proximité physique et d'intimité qui en découlait¹⁶⁹. Les résidents ont parfois eu l'interdiction d'avoir des contacts avec leur partenaire de vie pendant des semaines ou des mois, ce qui leur a causé de grandes souffrances¹⁷⁰. Les proches interrogés dans le cadre de l'étude de Büsschi et al. (2023) rapportent en outre une pénurie de personnel et un manque de soutien des résidents, p. ex. pour l'utilisation de la visiophonie. Ils mentionnent en revanche l'encouragement de la cohésion et l'amélioration de l'hygiène comme effets secondaires positifs des mesures sanitaires¹⁷¹. Plus de trois quarts des proches interrogés (79 %) ont eu le sentiment que le foyer avait suffisamment pris en compte les souhaits de leur proche. Dans l'ensemble, les proches de résidents de foyers pour personnes handicapées apparaissent plus satisfaits que les proches de résidents d'EMS¹⁷².

Sur le plan des conséquences sanitaires, 36 % des proches estiment que l'état physique de leur proche s'est dégradé en raison de la pandémie ; 20 % ont constaté davantage de problèmes physiques et 37 % rapportent aussi une augmentation des souffrances psychiques par rapport à avant la pandémie¹⁷³.

Les résidents interrogés se sont sentis soutenus en premier lieu par leurs parents, mais aussi par les curateurs et le personnel encadrant. Le fait que le personnel encadrant soit chargé d'appliquer les mesures de protection a toutefois créé des tensions et suscité des attitudes négatives chez certains résidents, qui se sont sentis pris au piège et contrôlés. Cela s'est exprimé par de l'insatisfaction, de la contrariété et de la colère, parfois au grand détriment des relations entre le personnel et les résidents¹⁷⁴. Selon les résidents, des conflits du quotidien, liés aux conditions de vie difficiles en raison de la pandémie de COVID-19 ont en outre éclaté dans les groupes d'habitation. Sans oublier que les résidents ont, de manière générale, eu le sentiment de ne plus être maîtres de leur existence pendant la pandémie. Les personnes autonomes au quotidien, en particulier, ont eu du mal à supporter les restrictions et les contrôles stricts imposés par les institutions¹⁷⁵. Ce sont précisément les résidents bien intégrés socialement, peu à risque de développer une forme grave de COVID-19, qui ont critiqué la restriction de leur liberté sans justification médicale¹⁷⁶.

Deux tiers du personnel soignant et encadrant interrogé indiquent que la majorité des résidents ont souffert émotionnellement des possibilités limitées de recevoir des visites ou de sortir. Près d'un tiers estiment que la plupart des personnes vivant dans le foyer ont eu du mal à comprendre les règles relatives aux visites et aux sorties¹⁷⁷. Un tiers également rapportent que la majorité des résidents étaient énervés d'être soumis à des règles différentes de celles en vigueur pour le reste de la population¹⁷⁸.

¹⁶⁸ Büsschi et al. (2023), p. 52.

¹⁶⁹ Ibid., p. 52.

¹⁷⁰ Ibid., p. 60.

¹⁷¹ Ibid., p. 52.

¹⁷² Infrac (2021a), p. 46-48.

¹⁷³ Infrac (2021), p. 67-69.

¹⁷⁴ Büsschi et al. (2023), p. 60 s.

¹⁷⁵ Ibid., p. 61.

¹⁷⁶ Ibid., p. 24.

¹⁷⁷ Infrac (2021b), p. 39 et 51.

¹⁷⁸ Infrac (2021c), p. 46 et 48.

Un quart des proches de résidents interrogés déclarent que leurs proches auraient préféré que les visites ne soient pas limitées, un cinquième que leurs proches auraient préféré sortir et assumer le risque d'infection¹⁷⁹. Pour atténuer les conséquences sanitaires négatives des mesures de lutte contre la pandémie, 80 % des directions de foyers interrogées ont veillé à ce que le personnel accorde davantage d'attention aux résidents et 58 % ont intensifié le programme d'animation interne¹⁸⁰.

5.4 Conséquences des mesures sur les proches

Durant la pandémie, les proches ont eux aussi mal vécu la restriction des contacts avec leurs proches vivant dans un foyer pour personnes handicapées découlant de la mise en œuvre des mesures de protection. La plupart des personnes interrogées (73 %) témoignent avoir beaucoup souffert du manque de contacts avec leurs proches. La grande majorité (86 %) comprend toutefois l'interdiction des visites et accepte les mesures de protection imposées aux visiteurs (plus de 90 %)¹⁸¹. Cette attitude très compréhensive de la part des proches concorde avec les impressions du personnel soignant et encadrant¹⁸². Dans le même temps, les proches ont beaucoup souffert de l'interdiction des contacts physiques (64 %) et de la courte durée des visites (69 %)¹⁸³. Cependant, peu d'entre eux ont cherché d'autres solutions de prise en charge, sont intervenus auprès de l'institution ou ont opposé de la résistance¹⁸⁴.

La quasi-totalité des proches interrogés estime que l'institution les a bien informés des mesures de protection (89 %)¹⁸⁵. Pour un grand nombre de proches, le début de la pandémie et des mesures de protection a été un moment traumatisant, car ils ont dû prendre une décision difficile en peu de temps : soit s'occuper de leurs proches à la maison, soit risquer d'être séparés d'eux pendant une durée indéterminée. Selon Büschi et al. (2023), le soutien financier alloué par l'aide sociale a par ailleurs été insuffisant, alors qu'il aurait notamment été utile aux proches qui ont dû temporairement réduire ou suspendre leur activité professionnelle¹⁸⁶.

5.5 Conséquences de la pandémie sur le personnel et les bénévoles

Comme dans les EMS, la pandémie en elle-même et la mise en œuvre des mesures de protection ont affecté le personnel des foyers pour personnes handicapées : 60 % font part d'une augmentation de la charge de travail. Les membres du personnel soignant et encadrant ont notamment dû assumer davantage de tâches de soins (38 %) et d'accompagnement (29 %), mais aussi accomplir des tâches supplémentaires telles que la coordination ou la conduite (48 %) ou diverses autres tâches (40 %). La majorité déclare avoir bien pu composer avec la (sur)charge de travail (79 %), un tiers se sont sentis surmenés (30 %) et la moitié ont eu le sentiment que la situation avait affecté la qualité de leur travail¹⁸⁷.

Du côté des directions interrogées, le constat est encore plus net : presque toutes (94 %) ont observé une augmentation de la charge de travail de leur personnel. Cette hausse s'explique par un manque de personnel, rapporté par 81 % des directions, et par des absences de salariés, dont 72 % font état¹⁸⁸. La pandémie a conduit 85 % des directions interrogées à remanier les effectifs pour pallier le manque de personnel, 29 % à engager du nouveau personnel et un quart à faire appel à de la main-

¹⁷⁹ Infras (2021a), p. 28-31 et 43-45.

¹⁸⁰ Infras (2021b), p. 81.

¹⁸¹ Infras (2021a), p. 27.

¹⁸² Infras (2021c), p. 52.

¹⁸³ Infras (2021a), p. 34-35.

¹⁸⁴ Infras (2021b), p. 40 ; Infras (2021c), p. 52.

¹⁸⁵ Infras (2021a), p. 46.

¹⁸⁶ Büschi et al. (2023), p. 24.

¹⁸⁷ Infras (2021c), p. 25-29.

¹⁸⁸ Infras (2021b), p. 82.

d'œuvre externe. Les foyers pour personnes handicapées ont donc beaucoup plus rarement embauché de nouveaux collaborateurs que les EMS, où 49 % des directions interrogées indiquent avoir engagé du nouveau personnel et 44 % avoir compensé le manque de personnel par de la main-d'œuvre externe¹⁸⁹.

Parallèlement, 82 % du personnel soignant et encadrant salue un bon esprit d'équipe et une entraide mutuelle au sein de l'institution¹⁹⁰. L'évaluation des autres formes de soutien est plus inégale : tandis que 62 % du personnel interrogé considèrent avoir reçu suffisamment de coaching, 35 % en auraient souhaité davantage. Les possibilités d'échange ont été jugées suffisantes par 69 %, mais insuffisantes par près d'un tiers (30 %) ¹⁹¹.

5.6 Aspects structurels

À l'instar des directions d'EMS, les directions de foyers pour personnes handicapées ont été plutôt ou en majorité satisfaites des recommandations et des mesures édictées par la Confédération, les cantons et les associations¹⁹². Les responsables interrogés identifient un potentiel d'amélioration en particulier s'agissant de la coordination des prescriptions entre la Confédération et les cantons, de l'adoption de mesures uniformes dans toute la Suisse et de l'intégration des institutions dans l'élaboration des mesures. Les institutions souhaiteraient par ailleurs disposer de personnel de réserve, de locaux mieux adaptés au placement en isolement ou en quarantaine et d'un délai plus long pour l'application des mesures. Les souhaits des directions de foyers pour personnes handicapées rejoignent ainsi ceux des directions d'EMS¹⁹³. La pandémie a par ailleurs eu des répercussions financières négatives sur les institutions accueillant des personnes en situation de handicap (56 %). Les conséquences ont toutefois été moins sévères que dans les EMS, dont 80 % ont constaté une dégradation de leur situation financière en raison de la pandémie de COVID-19¹⁹⁴.

5.7 Synthèse

Le niveau de préparation des foyers pour personnes handicapées à une situation de pandémie s'est avéré en partie insuffisant. Dans l'ensemble, les lacunes principales constatées au début de la pandémie étaient, comme pour les EMS, le matériel de protection insuffisant et le manque de connaissances des institutions et du personnel concernant la gestion d'une pandémie, en particulier s'agissant des mesures d'isolement¹⁹⁵.

Les libertés des résidents de foyers pour personnes handicapées ont été restreintes par des mesures visant à protéger leur santé. Selon Balthasar et al. (2022), il n'y a pas eu de différenciation suffisante en fonction de la vulnérabilité réelle des groupes concernés. En conséquence, dans les foyers pour personnes handicapées, les personnes peu à risque de développer une forme grave de COVID-19 ont été soumises aux mêmes mesures de protection et restrictions que celles appartenant aux groupes à haut risque¹⁹⁶.

La mise en œuvre des mesures de lutte contre le COVID-19 a pesé sur les résidents de foyers pour personnes handicapées. La fermeture des structures d'accueil de jour et la restriction des contacts, en particulier la séparation, l'interdiction des visites, la limitation des sorties, la suppression des possibilités de travail et la modification de la routine, ont constitué autant de défis importants¹⁹⁷. Or, les con-

¹⁸⁹ Ibid., p. 87.

¹⁹⁰ Infras (2021c), p. 38.

¹⁹¹ Ibid., p. 32-37.

¹⁹² Infras (2021b), p. 88.

¹⁹³ Ibid., p. 93-94.

¹⁹⁴ Ibid., p. 83-85.

¹⁹⁵ Infras (2021), p. 14.

¹⁹⁶ Balthasar et al. (2022), p. 69.

¹⁹⁷ Büsschi et al. (2023), p. 52.

tacts sociaux sont essentiels pour éviter les carences affectives et les risques pour la santé qui en découlent. Il importe également de maintenir les échanges entre les groupes d'habitation d'une même institution. Des mesures telles que l'interdiction d'aller à l'extérieur instaurée par certaines institutions ont fortement nui à la qualité de vie¹⁹⁸.

Pendant la pandémie, il a été nécessaire de trouver des réponses à plusieurs questions spécifiques, telles que l'application des mesures de protection pour les personnes présentant des troubles auditifs, respiratoires ou de la communication et/ou des handicaps sévères ou la communication d'informations sur la pandémie, de manière accessible et adaptée au groupe cible, y compris en langage simplifié. Elle a en outre mis en exergue l'importance des ateliers et autres structures de jour, qui contribuent au maintien de la santé des personnes en situation de handicap. Enfin, la crise a posé la question de la décharge des proches aidants, qui ont dû s'occuper de leur proche à domicile en raison de la fermeture des offres stationnaires^{199,200}.

Dans un tel contexte, il aurait été important de considérer les proches comme parties intégrantes du système. Il faut en outre souligner la nécessité de sensibiliser aux conséquences majeures qu'impliquait le maintien ou non dans l'institution. Pendant la pandémie, les proches ont parfois dû prendre cette décision sur la base d'informations insuffisantes. Il serait donc opportun de prévoir des possibilités de réexamen, de dérogations ou des mesures similaires dans ce type de situation²⁰¹.

¹⁹⁸ Ibid., p. 83.

¹⁹⁹ Ibid., p. 30

²⁰⁰ Ibid., p. 85.

²⁰¹ Ibid., p. 82.

6 Synthèse du Conseil fédéral

La pandémie de COVID-19 a posé de grands défis à la société dans son ensemble et au système de santé en particulier. Le présent rapport détaille les conséquences de la crise sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales. Il apparaît que les personnes âgées ont davantage été atteintes dans leur santé que les autres groupes d'âge : elles ont plus souvent contracté des formes sévères de COVID-19 et sont plus souvent décédées que les personnes jeunes. L'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 mandatée par l'OFSP montre que la protection des groupes de population vulnérables, à savoir les personnes âgées, les personnes en EMS et les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, a toujours revêtu une haute priorité dans les processus de décision. La Confédération a rapidement pris des mesures pour protéger la santé de ces groupes et communiqué clairement qu'ils constituaient une priorité. Elle a aussi priorisé les personnes vulnérables au moment de la campagne de vaccination, ce qui a permis d'atteindre une couverture vaccinale élevée et de faire baisser le taux d'incidence au sein de la population âgée (cf. chap. 2.1).

Le Conseil fédéral reconnaît que la pandémie et les mesures de protection ont aussi été source de souffrances, notamment pour les personnes vivant dans des institutions médico-sociales. En particulier pendant la première phase de la pandémie, il n'a pas toujours été possible, du point de vue des droits à la liberté et à l'autodétermination, de concevoir des mesures suffisamment proportionnées pour protéger la santé des résidents et du personnel. Les mesures prises pour protéger les résidents d'EMS contre l'infection au COVID-19 ont eu des effets négatifs considérables sur la santé physique et psychique des personnes concernées – et de leurs proches. En conséquence, les résidents interrogés ont déclaré qu'ils ne souhaitaient pas être protégés contre leur volonté et que leur droit à l'autodétermination devait être respecté dans tous les domaines.

Par ailleurs, les libertés des résidents de foyers pour personnes handicapées ont été fortement restreintes. Au début de la pandémie, il n'y a pas eu de différenciation suffisante entre les mesures de protection dans le domaine des soins de longue durée pour les personnes âgées et celles relevant de la prise en charge sociale de personnes handicapées, souvent plus jeunes. De ce fait, les personnes handicapées vivant dans des foyers, qui étaient peu à risque de développer une forme grave de COVID-19, ont été soumises aux mêmes mesures de protection et restrictions que les personnes appartenant aux groupes à haut risque.

Il ressort de l'évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 que le Conseil fédéral n'a pas fait usage de la possibilité prévue à l'art. 19 LEp d'enjoindre aux institutions publiques ou privées investies de devoirs particuliers en matière de protection de la santé des personnes dont elles ont la charge de prendre des mesures de prévention appropriées (cf. chap. 1.2.2.). Tout au plus a-t-il formulé des recommandations. Dans les faits, le Conseil fédéral s'est soustrait à sa responsabilité d'édicter des normes contraignantes. Cela a entraîné des risques d'inégalité de traitement, de règlements intérieurs arbitraires et d'isolement inutile pour les personnes dont les institutions avaient la charge ou, à l'inverse, d'attitude de « laisser-faire » susceptible de favoriser la transmission de la maladie. Quoi qu'il en soit, la position de la Confédération a mené, dans de nombreux cas, à une surcharge des directions d'institutions, qui se sont retrouvées prises en tenailles entre, d'une part, le respect des droits fondamentaux des résidents et de leurs proches et, d'autre part, la responsabilité de leur protection²⁰².

Toutefois, en complément à ce qui vient d'être évoqué, il y a lieu de mentionner la nécessité, maintes fois exprimée par les associations de branche et les autorités cantonales, de prendre elles-mêmes des mesures spécifiques et différenciées tenant compte des situations épidémiologiques différentes d'un territoire à l'autre. Pour en tenir compte, la Confédération a élaboré des recommandations, après

²⁰² Balthasar et al. (2022), p. 32.

consultation des associations et des cantons. De leur côté, les cantons ont parfois arrêté des mesures contraignantes en fonction de leurs situations épidémiologiques respectives. Comme le montre l'évaluation de la gestion de la crise, la majorité des institutions auraient souhaité des mesures uniformes. Il y avait donc un difficile équilibre à trouver entre les différents besoins et l'hétérogénéité des situations des différents cantons. Il convient en outre de rappeler que la pandémie s'est déroulée en plusieurs phases, pendant lesquelles le nombre d'infections a évolué de manière variable. Il importait donc de prendre en considération les différents besoins qui en découlaient. Pendant ce processus, l'OFSP a entretenu des échanges constants avec les associations et les acteurs pertinents via différents canaux.

En cas de nouvelle pandémie, la protection de la population continuera de revêtir la plus grande priorité en début de crise et pendant les périodes de grande incertitude, de manque de connaissances et d'expérience. Définir des mesures aussi uniformes que possible tout en considérant les différents environnements de vie des personnes concernées demeurera un grand défi.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les points faibles du système sanitaire et social. Aussi, le Conseil fédéral insiste sur la nécessité impérieuse d'apprendre des expériences engrangées et de tirer parti des connaissances acquises pour améliorer notre système sanitaire et social de grande qualité et le rendre encore plus résistant face aux crises.

6.1 Enseignements-clés et mesures de la Confédération

Les enseignements-clés identifiés par le Conseil fédéral pour gérer de futures crises sanitaires, en particulier les maladies contagieuses, sont énoncés ci-après. L'accent a été mis sur les leçons importantes à *l'heure actuelle, en situation normale*, pour mieux gérer de futures crises affectant en particulier les personnes âgées et les personnes vivant dans des institutions médico-sociales²⁰³. Les enseignements formulés et les mesures qui en découlent se fondent sur les recommandations mises en évidence dans les études qui sont à l'origine du présent rapport. Ils ont été validés avec les spécialistes et les associations impliqués.

6.1.1 Prendre en considération la perspective des personnes concernées et encourager l'autodétermination

Force est de constater que, durant la pandémie de COVID-19, la perspective et les besoins des personnes vivant dans des institutions médico-sociales ont été peu pris en considération dans l'élaboration de mesures les concernant. À cet égard, des spécialistes en éthique médicale ont lancé un appel, rappelant que les résidents d'institutions de soins de longue durée vivent dans des espaces à usage privé et que leur droit à l'autodétermination dans la sphère privée doit également être respecté en situation extraordinaire. Dans le cas d'une incapacité de discernement, l'accès des représentants légaux et curateurs doit leur être garanti en tout temps^{204,205}.

Il faut cependant tenir compte du fait qu'une institution médico-sociale, en tant qu'hébergement collectif, doit prendre en considération la collectivité : il lui incombe d'assurer non seulement la protection individuelle, mais aussi la protection des autres résidents et du personnel. Il est donc nécessaire de trouver un compromis et, pour ce faire, de disposer de structures garantissant l'implication active des personnes concernées et des proches dans l'élaboration des mesures. Il en va de même pour l'évaluation de ces mesures et la recherche.

²⁰³ Lors du traitement de ces résultats, il faut tenir compte du fait que la situation pourra être très différente en cas de nouvelle pandémie ou crise, p. ex. sur le plan des institutions concernées, des groupes à risque ou des possibilités de protection, de dépistage et de traitements. Cf. *Infras* (2021), p. 96.

²⁰⁴ Ackermann et al. (2020).

²⁰⁵ Cf. Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE ; 2020), p. 6 s.

Mise en œuvre des connaissances au niveau fédéral :

- En sa qualité de commission extraparlamentaire indépendante, la CFQ soutient le Conseil fédéral dans le développement de la qualité des prestations médicales dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. En 2024, elle a mandaté l'élaboration de recommandations pour l'implication systématique des patients, des proches et du public dans les processus décisionnels des autorités, des fournisseurs de prestations et des assureurs dans le système de santé²⁰⁶.
- Des bases relatives à la participation ont été élaborées dans le cadre de la stratégie Prévention des maladies non transmissibles. Elles soulignent l'importance de la participation et de l'intégration des personnes âgées dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de projets²⁰⁷.
- Le Fonds national suisse (FNS) soutient des projets de recherche qui contribuent à améliorer la participation dans les soins de longue durée. Ainsi, un projet de l'Université de Bâle élabore des instruments visant à promouvoir la participation et l'égalité des chances des personnes qui recourent à des soins professionnels de longue durée ; ces instruments font l'objet d'un suivi scientifique et sont mis en œuvre de manière durable²⁰⁸. Dans le cadre du programme national de recherche « Covid-19 et société » (PNR 80), adopté par le Conseil fédéral le 28 avril 2021, un projet de l'Université de Zurich étudie les conséquences des mesures d'isolement social en tenant compte de la perspective des résidents et de leurs proches²⁰⁹.

Recommandations aux institutions et aux cantons :

- Il est recommandé aux EMS et aux foyers pour personnes handicapées de constituer un conseil composé de résidents et de leurs proches. Il importe de tenir compte de leur avis et de leurs besoins en situation de pandémie²¹⁰. Il en va de même pour les personnes particulièrement vulnérables telles que les personnes atteintes de démence. Les bases fournies par des projets de recherche peuvent constituer une aide à cet égard (voir ci-dessus).

6.1.2 Mieux reconnaître l'hétérogénéité des situations de prise en charge et des environnements de vie des personnes âgées en intégrant les acteurs pertinents

Les « personnes âgées » ne constituent pas un groupe homogène, mais diffèrent considérablement du point de vue de leur état de santé, de leur besoin de soutien, de leur intégration sociale, de leurs ressources psychosociales et de leur situation socioéconomique. De surcroît, un grand nombre de personnes âgées fournissent un travail bénévole, de manière formelle ou informelle : prendre soin de leurs parents âgés ou de leur conjoint, garder leurs petits-enfants ou encore s'investir dans des associations ou d'autres organisations. Elles constituent donc un pilier important de notre système social et sanitaire. Les situations de prise en charge sont elles aussi très hétérogènes : un grand nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et d'assistance vivent à la maison, soutenues par leurs proches, des voisins, des services de décharge et/ou d'aide et de soins à domicile. On trouve également des offres intermédiaires, telles que les structures d'accueil de jour et les appartements pour personnes âgées (avec prestations de services), et des hébergements collectifs, les EMS. Garder à l'esprit cette pluralité des situations de vie et de prise en charge des personnes âgées est essentiel pour élaborer des mesures de protection adéquates et évaluer leurs conséquences.

Ce constat nécessite aussi de différencier les mesures de protection selon qu'elles relèvent des soins de longue durée pour les personnes âgées ou de la prise en charge sociale de personnes jeunes en situation de handicap. Toutes les personnes handicapées n'ont pas besoin de soins et n'appartiennent pas forcément à un groupe à risque. Il existe, là aussi, une grande diversité de situations de prise en charge et de vie, dont il y a lieu de tenir compte. Les structures d'accueil de jour et les ateliers pour personnes handicapées aident à maintenir la santé et permettent la participation et l'inclusion.

²⁰⁶ [Commission fédérale pour la qualité \(CFQ\) \(admin.ch\)](#)

²⁰⁷ [Promotion de la santé et prévention axées sur les aînés \(admin.ch\)](#)

²⁰⁸ [Who has a say in nursing homes? An Ethnography on Participation of people living in long-term residential care \(EPICENTRE\) \(snf.ch\)](#)

²⁰⁹ [Le dilemme des interventions non pharmaceutiques dans les établissements de soins \(nfp80.ch\)](#)

²¹⁰ Ortoleva Bucher et al. (2023), p. 71.

Pour de nombreux proches de personnes ayant besoin de soins à domicile, en particulier les personnes atteintes de démence, la pandémie a engendré une augmentation des tâches d'accompagnement. Dans l'optique de crises futures, il importe de garantir autant que faire se peut la disponibilité des services d'aide et de décharge (y c. fournis bénévolement) afin d'éviter une surcharge des proches aidants et les risques qui en découlent pour la santé de ces derniers. Cette mesure implique de considérer la conciliation de la vie professionnelle et personnelle au sens large, en incluant la prise en charge tant des enfants que de l'ensemble des proches ayant besoin d'assistance et de soutien.

Dans la perspective de futures pandémies, il faut donc que tous les acteurs soient davantage conscients de l'hétérogénéité des situations de prise en charge et des environnements de vie pendant la vieillesse. Pour y parvenir, il est indispensable d'établir une bonne collaboration entre les différents acteurs en période « normale », sur laquelle on peut s'appuyer en cas de crise.

Mise en œuvre des connaissances au niveau fédéral :

- Pendant la crise, des progrès ont déjà été accomplis et des enseignements acquis en ce qui concerne l'implication des parties prenantes. La collaboration avec la task force scientifique, les différentes conférences cantonales, les associations concernées a notamment été standardisée et intégrée dans la structure et les processus de crise de l'office²¹¹.
- Par ailleurs, le Conseil fédéral a élu une spécialiste des questions de la vieillesse et du soutien aux personnes handicapées au sein de la CFP pour la législature 2024-2027²¹². La CFP conseille l'administration fédérale sur la préparation aux pandémies. Cette tâche comprend notamment la mise à jour régulière du plan national de pandémie et la participation à l'élaboration de recommandations²¹³.
- Le plan suisse de pandémie Influenza est en cours de remaniement en vue d'intégrer les enseignements de la pandémie de COVID-19. Le nouveau plan tiendra compte des répercussions sociales et des formes de logement collectif. Les parties prenantes sont intégrées au processus de révision. La version remaniée sera disponible vers la fin 2024 et constituera la base pour la mise à jour régulière du plan²¹⁴.

Recommandations aux cantons :

Il est recommandé aux cantons d'établir une vue d'ensemble des institutions, des prestations de soins et d'accompagnement, y compris des services bénévoles et des offres intermédiaires (y c. ateliers) du domaine sanitaire et social et de réfléchir, dans l'optique de la préparation aux pandémies, à la manière d'intégrer et de maintenir ces services en cas de nouvelle crise afin de garantir la qualité de vie et l'autodétermination des personnes concernées et de leurs proches.

6.1.3 Améliorer la préparation aux pandémies dans les EMS et les foyers pour personnes handicapées

L'expérience faite et les études montrent que la pandémie de COVID-19 a pris au dépourvu les institutions à différents niveaux. Dans l'ensemble, les principales défaillances constatées au début de la pandémie étaient le manque de matériel de protection et de connaissances des institutions et du personnel concernant la gestion d'une pandémie. Il existe en particulier un besoin d'optimisation dans la prévention et le contrôle des infections. Dans l'optique de futures pandémies, il est crucial d'apprendre des expériences engrangées et de développer les compétences nécessaires au sein des institutions et des services d'aide et de soins à domicile.

À l'avenir, il faudra davantage tenir compte du fait que les crises peuvent durer longtemps et que leur gestion nécessite de disposer d'un effectif suffisant de professionnels de la santé qualifiés, tant dans

²¹¹ OFSP (2022) : prise de position du groupe de pilotage de l'évaluation, p. 6.

²¹² [News - News - POLITIQUES PUBLIQUES | Élection d'une experte des soins de longue durée au sein de la Commission fédérale pour la préparation et la gestion en cas de pandémie \(curaviva.ch\)](#)

²¹³ [Commission fédérale pour la préparation en cas de pandémie \(CFP\) \(admin.ch\)](#)

²¹⁴ [Plan suisse de pandémie \(admin.ch\)](#)

le domaine stationnaire qu'ambulatoire. Outre l'encouragement de la relève et l'amélioration des conditions de travail en général, il s'agit aussi de prendre des dispositions spécifiques pour que les professionnels de la santé des différents secteurs (hôpitaux, EMS et institutions d'encadrement, cabinets médicaux, organisations d'aide et de soins à domicile) puissent travailler de la manière la plus flexible possible en situation de crise.

En ce qui concerne la préparation à de futures pandémies, il est de surcroît essentiel que les EMS et les foyers pour personnes handicapées réfléchissent à la manière dont les mesures visant à protéger la santé des résidents et du personnel peuvent être conçues de manière proportionnée, dans le respect du droit à l'autodétermination des individus. Il importe en particulier d'élaborer des plans prenant en compte la situation des personnes particulièrement vulnérables, p. ex. les personnes atteintes de démence, et décrivant comment assurer l'accompagnement et la prise en charge adéquate des personnes en fin de vie. Il est notamment essentiel de permettre aux proches de rendre visite à la personne mourante, de l'accompagner et de faire leurs adieux.

Mise en œuvre des connaissances au niveau fédéral :

Prévention des maladies virales respiratoires dans les institutions et renforcement du contrôle des infections

- L'OFSP a élaboré, en intégrant des acteurs externes pertinents, la stratégie Endémie COVID-19 +, adoptée par le chef du DFI à l'automne 2023. L'objectif de la stratégie est de réduire l'impact du SARS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires sur la santé de la population, en particulier des personnes vulnérables. Le troisième champ d'action « Contrôle des infections » présente des mesures qui contribueront à prévenir les infections virales respiratoires dans les EMS et à renforcer le contrôle des infections.
- Dans le cadre de la stratégie NOSO, l'OFSP élabore également, en collaboration avec les parties prenantes, un plan d'action pour les EMS, qui sera disponible d'ici fin 2024. L'objectif est de définir des mesures prioritaires pour la prévention et le contrôle des infections et de les mettre en œuvre au cours des années à venir.
- En outre, à l'automne 2023, Santé publique Suisse et le groupe d'experts Prévention des infections dans les réseaux médico-sociaux ont publié, avec le soutien de l'OFSP, des recommandations mises à jour pour la prévention et le contrôle en cas d'infections respiratoires aiguës pour les institutions médico-sociales, en particulier les EMS et les soins à domicile²¹⁵. Les recommandations abordent aussi la question de la mise en œuvre appropriée de la prévention et du contrôle de l'infection entre protection et qualité de vie. Leur mise en œuvre incombe aux établissements.
- Dans le cadre de la stratégie NOSO, l'OFSP soutient les projets en cours qui visent à prévenir et à contrôler les infections, comme celui du réseau de compétences de Suisse orientale pour la prévention des infections dans les maisons de retraite et les EMS. Les projets de ce type fournissent des connaissances importantes, en particulier sur les conditions structurelles, les défis et les ressources nécessaires pour contrôler les infections. Les expériences qui en découlent peuvent être prises en compte dans l'application des recommandations sur le contrôle des infections dans les EMS²¹⁶.

Révision de la loi sur les épidémies et remaniement du plan suisse de pandémie Influenza

- Lorsqu'il s'agit de prévenir et de combattre l'apparition et la propagation de maladies transmissibles, la révision partielle de la LEp et en particulier le remaniement du plan suisse de pandémie Influenza doivent utiliser une définition plus large de la santé. En ce sens, il importe de

²¹⁵ [Recommandations du groupe d'expert-e-s « Prévention des infections dans les réseaux médico-sociaux » - Santé publique Suisse \(public-health.ch\)](#)

²¹⁶ OFSP (2023) : [Stratégie Endémie COVID-19 + \(admin.ch\)](#), p. 22.

prendre également en considération la santé psychique et la situation dans les institutions médico-sociales. Outre les soins hospitaliers, il faut aussi tenir compte du secteur des soins ambulatoires et d'autres secteurs, comme les laboratoires et les pharmacies. Enfin, la disponibilité des biens médicaux critiques et la sécurité de leur approvisionnement constituent indéniablement des facteurs importants de l'approvisionnement en soins.

- En ce qui concerne la sécurité de l'approvisionnement, plusieurs mandats ont été attribués à la suite de l'évaluation de la gestion de crise menée par la Chancellerie fédérale fin 2020. L'OFSP est responsable du mandat « Amélioration de l'approvisionnement en biens et produits médicaux ». D'autres mandats concernant la sécurité de l'approvisionnement ont été attribués à d'autres offices (p. ex. Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays)²¹⁷.
- La révision partielle doit en outre permettre d'examiner s'il convient de conférer, et sous quelle forme, un caractère plus contraignant au plan de pandémie.

Recommandations aux institutions, cantons et communes

- Il est recommandé aux institutions, cantons et communes d'investir dès à présent dans la préparation aux pandémies. Il importe de garantir que les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile et les institutions pour personnes handicapées disposent de suffisamment de matériel de protection.
- En outre, il y a lieu d'élaborer des plans indiquant comment assurer une dotation suffisante en personnel qualifié lors de futures crises.
- Avec le concours des personnes concernées, il convient également d'élaborer des plans aidant à trouver un équilibre entre protection et autodétermination. Dans les cas d'incapacité de discernement, il faut garantir l'accès en tout temps des responsables légaux et des curateurs. Il importe aussi de tenir compte des besoins des proches²¹⁸.
- Les cantons et les communes jouent un rôle important à cet égard. Ils peuvent exiger des institutions une préparation aux crises ou l'élaboration et l'optimisation des plans de protection en lien avec les épidémies et les pandémies. Ils peuvent également apporter un soutien technique aux EMS et aux foyers pour personnes handicapées et assurer la coordination cantonale ou régionale.
- S'agissant des foyers pour personnes handicapées, il apparaît pertinent, dans l'éventualité d'une nouvelle pandémie, de mettre en place des formations continues et des coachings pour le personnel encadrant, en accordant un intérêt particulier aux aspects suivants : angoisses et problèmes des résidents pendant la pandémie, encouragement de l'autodétermination, approche créative des tâches pendant la pandémie avec l'implication et la participation des résidents, information neutre sur la pandémie, sensibilisation du personnel au sujet du possible transfert de leurs inquiétudes sur les résidents et réflexion sur les émotions suscitées pendant la pandémie²¹⁹.

6.1.4 Investir dans la qualité des soins de longue durée

La pandémie de COVID-19 a rendu manifestes les défis – pour la plupart déjà présents – dans le domaine des soins stationnaires de longue durée. C'est pourquoi le Conseil fédéral juge impératif de développer les services de santé pour les personnes âgées dans les EMS afin d'améliorer la qualité des soins et de mieux préparer les institutions à de futures pandémies²²⁰.

Il s'agit en particulier de renforcer les EMS en tant qu'institutions de soins médicaux. D'une part, les EMS offrent un foyer, sous forme d'hébergement collectif, aux personnes âgées. D'autre part, ils assurent des soins médicaux toujours plus complexes, notamment les soins post-aigus après un séjour à l'hôpital ainsi que des tâches dans les domaines de la pharmacologie, de l'épidémiologie et de la

²¹⁷ OFSP (2022) : prise de position du groupe de pilotage de l'évaluation, p. 4.

²¹⁸ Ortoleva Bucher et al. (2023) ont élaboré des recommandations concrètes pour limiter l'isolement des résidents et permettre les contacts sociaux (p. 64-65).

²¹⁹ Büschi et al. (2023), p. 84.

²²⁰ Bally et al. (2023).

prévention et du contrôle des infections, de la réadaptation, de la psychogériatrie, des soins palliatifs pluridimensionnels ou du projet de soins anticipé. Ces tâches requièrent non seulement des compétences spécifiques et une collaboration interprofessionnelle efficace au sein des institutions, mais aussi une collaboration interinstitutionnelle avec les fournisseurs de prestations des secteurs ambulatoire et stationnaire²²¹.

De nombreux EMS sont confrontés au défi de devoir recruter suffisamment de personnel qualifié disposant d'un savoir-faire spécialisé dans les domaines de la gériatrie, de la psychogériatrie et des soins palliatifs. De manière générale, les EMS manquent de personnel infirmier diplômé ES / HES. Dans de nombreux EMS, le ratio entre personnel soignant et résidents ne répond pas aux besoins de l'institution et des résidents, ce qui engendre une charge de travail excessive pour le personnel. Cette situation s'est aggravée pendant la pandémie. De plus, la dotation en personnel ne se fonde souvent pas sur les besoins de soutien et de soins des résidents. Le niveau de formation des assistants en soins et santé communautaire CFC, des assistants socio-éducatifs CFC et du personnel auxiliaire, qui accompagnent les résidents au quotidien, n'est pas adapté aux situations de soins complexes. Pour soutenir ces derniers, il est donc nécessaire de disposer de suffisamment personnel infirmier diplômé ES / HES.

Pour renforcer les EMS en tant qu'institutions de soins médicaux, il importe aussi de garantir une prise en charge médicale adéquate des résidents. Dans de nombreux endroits en Suisse, il n'existe aucune réglementation contraignante ni aucune recommandation quant à la prise en charge médicale des personnes en EMS²²². À la différence des hôpitaux, la plupart des EMS ne disposent d'aucune réglementation concernant la garantie de la présence d'un médecin, ses qualifications et sa disponibilité, la compétence d'édicter des directives ou la responsabilité générale pour les questions médicales au sein de l'établissement²²³. Ces conditions-cadres ont compliqué la prise en charge médicale en EMS pendant la pandémie de COVID-19²²⁴. Il convient en outre d'examiner dans quelle mesure le personnel infirmier en pratique avancée (*advanced practice nurse*, APN) pourrait être inclus dans le suivi médical des résidents.

Mise en œuvre des connaissances au niveau fédéral :

Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers

- Par la mise en œuvre sans délai de l'initiative « Pour des soins infirmiers forts (initiatives sur les soins infirmiers) », le Conseil fédéral entend répondre aux besoins croissants dans le domaine des soins²²⁵. La première étape comprend une vaste offensive de formation : pendant huit ans, la Confédération et les cantons soutiendront la formation en soins infirmiers à hauteur d'un milliard de francs. L'offensive de formation oblige les cantons à mettre en œuvre des mesures d'encouragement dans trois domaines. Il est prévu que les établissements de santé comme les hôpitaux, les EMS ou les organisations d'aide et de soins à domicile reçoivent des contributions servant à compenser les coûts non couverts dans la formation pratique du personnel soignant diplômé. Elles permettront également de soutenir des mesures novatrices prises par les établissements de santé pour créer davantage de places de formation pratique, par exemple grâce au regroupement de plusieurs d'entre eux pour former des communautés de formation ou à la mise en place de services de formation. Les hautes écoles et les hautes écoles spécialisées recevront également des contributions pour augmenter le nombre de diplômés. Enfin, les futurs membres du personnel soignant bénéficieront d'un soutien financier durant leur formation s'ils ne parviennent pas à assurer leurs moyens d'existence. Les cantons devront créer les bases

²²¹ Ibid., p. 3 s.

²²² Il existe ici des différences nettes selon la région linguistique : de nombreux cantons de Suisse romande ont édicté de telles prescriptions, mais cela est rarement le cas en Suisse alémanique.

²²³ Bally et al. (2023), p. 4.

²²⁴ Camenzind (2023), p. 11.

²²⁵ [Le Conseil fédéral souhaite lancer l'offensive de formation en soins infirmiers en été 2024 \(admin.ch\)](#)

légales pour la mise en œuvre des mesures d'encouragement. Adoptée par le Parlement en décembre 2022, la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

- De plus, en vertu des art. 29 et 30 de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan ; RS 811.21) et des art. 54a et 54b de la loi sur les professions médicales (LPMéd ; RS 811.11), la Confédération soutient, par le biais d'un programme d'encouragement, des projets visant à promouvoir l'efficacité dans les soins médicaux de base (ESMB) et, en particulier, l'interprofessionnalité. Une enveloppe de près de huit millions de francs est disponible à cet effet. Les projets, qui concernent la formation et l'exercice de la profession, contribuent à améliorer et à rendre plus efficaces les soins médicaux de base administrés aux patients de longue durée²²⁶.
- Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a défini les grandes lignes de la deuxième étape de la mise en œuvre, qui répondra au reste des demandes émises dans l'initiative, à savoir des conditions de travail adaptées aux exigences et de meilleures possibilités de développement professionnel. À cet effet, le 8 mai 2024, il a mis en consultation une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans les soins et une modification de la LPSan. La nouvelle loi prévoit des dispositions un peu plus strictes concernant l'établissement des plans de service, les augmentations salariales pour les missions de travail à court terme et l'obligation pour les partenaires sociaux de négocier une convention collective de travail (CCT). La modification proposée de la LPSan vise à réglementer au niveau fédéral le master en soins infirmiers et le profil de « personnel infirmier en pratique avancée » (*advanced practice nurse* [APN]). Ces professionnels hautement qualifiés peuvent assumer des tâches essentielles dans les soins de base et décharger ainsi non seulement les équipes de soins, mais également le corps médical. Ils contribuent aussi grandement à renforcer les soins de longue durée²²⁷.

Amélioration de la qualité des soins de longue durée

- La CFQ a confié aux associations Artiset, à l'association sectorielle Curaviva et à Senesuisse la concrétisation du programme national « Qualité des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux ». L'objectif de ce programme est d'améliorer la qualité des prestations médicales dans les établissements stationnaires de soins de longue durée en se fondant sur des données. Ce travail implique tout d'abord de vérifier la qualité et d'améliorer les données utilisées pour les indicateurs existants. Des mesures qualitatives seront ensuite développées et appliquées au niveau national. Il faudra en outre déterminer les actions nécessaires pour améliorer la qualité dans les EMS et identifier les possibles transferts vers d'autres domaines de prestations. Enfin, il est prévu de soutenir les exploitations dans la mesure des indicateurs de qualité nouvellement développés et dans l'implantation des mesures qualitatives qui en découlent. Un budget de plus de six millions de francs a été alloué à ce programme lancé en 2022 et qui s'achèvera en 2026²²⁸.

Activités dans le domaine de la démence, des soins palliatifs et du projet de soins anticipé

- Depuis 2010, l'OFSP met en œuvre conjointement avec les cantons et les acteurs pertinents des activités pour promouvoir les soins palliatifs²²⁹. Parallèlement, il coordonne la Stratégie nationale en matière de démence et la Plateforme nationale démence depuis 2014²³⁰, dans le cadre desquelles des mesures dans le domaine des soins stationnaires de longue durée continueront d'être concrétisées. Sous la houlette d'Alzheimer Suisse, des recommandations ont ainsi été élaborées pour les soins de longue durée pour les résidents d'EMS atteints de démence. Curaviva et Senesuisse ont développé une « box démence » et une « palliative care

²²⁶ [Programme d'encouragement « Efficacité dans le domaine des soins médicaux de base » \(admin.ch\)](#)

²²⁷ [Initiative sur les soins infirmiers : mise en œuvre \(art. 117b Cst.\) \(admin.ch\)](#)

²²⁸ [Programmes mandatés \(admin.ch\)](#)

²²⁹ www.bag.admin.ch/soinspalliatifs

²³⁰ www.bag.admin.ch/demence

box », des boîtes à outils qui fournissent des informations sur ces thèmes et présentent des exemples de bonnes pratiques²³¹.

- Dans son rapport en réponse au postulat 18.3384 « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie », le Conseil fédéral a de surcroît chargé l'OFSP et l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) de promouvoir le projet de soins anticipé. Un sous-projet a été lancé dans ce cadre pour mettre en œuvre ce projet dans les EMS²³².
- Des questions ayant trait au financement ont par ailleurs fait l'objet d'interventions parlementaires et sont traitées conjointement avec les acteurs compétents. Il s'agit notamment de la mise en œuvre de la motion 21.4264 CRESS-E « Pour un financement adéquat des soins palliatifs » et du postulat 22.3867 CRESS-N « Prise en charge des personnes atteintes de démence. Améliorer le financement ».

Recommandations aux institutions, aux cantons et aux communes :

Pour que les institutions puissent facturer leurs prestations à l'AOS, les cantons doivent veiller à ce que les exigences de qualité visées à l'art. 58d OAMal soient satisfaites lors de la planification²³³. Dans le cadre des autorisations d'exploiter une institution, les cantons et les communes peuvent édicter des dispositions obligeant chaque institution à désigner une personne chargée d'assurer et de développer la qualité des soins et de garantir une prise en charge médicale de qualité par le médecin-répondant. Il peut aussi être attendu des institutions qu'elles élaborent des plans dans des domaines spécifiques tels que la prévention et le contrôle des infections, la psychogériatrie, les soins palliatifs, la démence et le projet de soins anticipé.

²³¹ « Palliative Care Box » (curaviva.ch) (en allemand uniquement) et « box démence » (curaviva.ch)

²³² www.samw.ch > Ethique > Aperçu des thèmes > Projet de soins anticipé

²³³ [RS 832.102 - Ordonnance du 2 juin 1995 sur... | Fedlex \(admin.ch\)](#)

7 Bibliographie

- Ackermann, Sibylle; Baumann-Hölzle, Ruth; Biller Andorno, Nicola; Krones, Tanja; Meier-Allmendinger Diana; Monteverde, Settimio; Rohr, Susanne; Schaffert-Witvliet, Bianca; Stocker, Reto; Weidmann-Hügler, Tatjana (2020): Pandemie : protection et qualité de vie des personnes en EMS. Appel aux responsables de la politique, du management, des soins et de la prise en charge. In: Bulletin des médecins suisses 2020/101(2728); 843-845 [Pandémie: protection et qualité de vie des personnes en EMS \(swisshealthweb.ch\)](#)
- Ammann, Robert (2021): Autonomie von Menschen mit Demenz in Alterspflegeheimen während der COVID-19-Pandemie, p. 45-49.
- Bally, Klaus; Bieri-Brünig, Gabriela; Häsli, Thomas; Marti, Silvia; Streit, Sven; von Wartburg, Lea; Zúñiga, Franziska (2023): Umgang mit aktuellen Herausforderungen für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz: Lessons Learned aus der Corona-Pandemie. [Article de la Société suisse d'éthique biomédicale \(bioethics.ch\)](#)
- Balthasar, Andreas; Essig, Stefan; von Stokar, Thomas; Vettori, Anna; von Dach, Andrea; Trageser, Judith; Trein, Philipp; Rubinelli, Sara; Zenger, Christoph; Perrotta, Maria; Weiss, Günter (2022): Evaluation der Krisenbewältigung Covid-19 bis Sommer 2021. Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), Luzern, Zürich, Bern
- Büschi, Eva; Bachmann, Nicole; Bayer-Oglesby, Lucy; Hess, Nadja; Hug, Sonja; Knobel, Christina; Lichtenauer, Annette & Moramano, Nadja (2023): Lebensqualität versus Lebensschutz bei Menschen mit Beeinträchtigungen während der Covid-19-Pandemie, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Olten.
- Camenzind, Martina. (2023): Stationäre Langzeitpflege: Die Probleme sind nicht neu. In: Revue Soins infirmiers 04/2023, p. 20-22.
- Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE (2020): Protection de la personnalité dans les établissements de soins de longue durée. Considérations éthiques dans le contexte de la pandémie de coronavirus. Prise de position n°34/2020 du 8 mai 2020, Berne.
- Coppex Pia, Baader Elsa, Pfammatter Tobias, Albrecht-Grichting Marie-Therese (2021): Des proches aidants au bord de l'épuisement. In: GERONTOLOGIE CH 1/2021, p. 4-5 [Publications & produits : Alzheimer Valais \(alzheimer-schweiz.ch\)](#)
- Flury, Domenica; Héquet, Delphine; Kessler, Simone; Kohler, Philipp; Kuster, Stefan; Graf, Nicole; Scanferla, Giulia; Schlegel Matthias (2022): COVID-19-bedingte Krankheitslast, Auswirkungen und Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen der Kantone Waadt und St. Gallen, St. Gallen und Lausanne.
- Gurtner Vontobel, Renate und Theile, Gudrun (2021): Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie – Fokussierung, Umsetzung, Weiterentwicklung, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern.
- Heiniger, Sarah / Meier, Flurina / Schmelzer, Sarah / Höglinger, Marc (2021): Ausgewählte Ergebnisse des Covid-19 Social Monitors: Lebensqualität, psychische Befindlichkeit und Adhärenz an Schutzmassnahmen im Verlauf der Corona-Pandemie von März 2020 bis Juni 2021. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Winterthur [COVID-19 Social Monitor : sélection de résultats \(admin.ch\)](#)
- Hermann, Michael/Wenger, Virginia (2021): Generationenbarometer 2021. Im Auftrag des Berner Generationenhaus, Bern [Generationen-Barometer 2021-Sperrfrist 5.11. 15 Uhr.pdf \(begh.ch\)](#)
- Infras (2021): Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen. Schussbericht, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Zürich
- Infras (2021a): Situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des établissements médico-sociaux et des institutions d'encadrement. Graphiques des résultats de l'enquête auprès des proches, Zurich.
- Infras (2021b): Situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des établissements médico-sociaux et des institutions d'encadrement. Graphiques des résultats de l'enquête auprès des directions d'institutions, Zurich.
- Infras (2021c): Situation des personnes âgées et des personnes résidant dans des établissements médico-sociaux et des institutions d'encadrement. Graphiques des résultats de l'enquête auprès du personnel soignant et encadrant, Zürich.
- INSOS et Curaviva (s. d.): Evaluation der Krisenbewältigung COVID-19.

Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées et les personnes résidant dans des institutions médico-sociales

- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022): Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. Aktualisierte Übersichtsstudie. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kessler, C. & Guggenbühl, L. (2021): Répercussions de la pandémie de coronavirus sur la santé de la population en termes de vulnérabilité et de ressources. Sélection de résultats de recherches de 2020 pour la Suisse. Document de travail 52. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Kirchschlager, Stephan/Müller, Meike/Störkle, Mario (2021): Engagement trotz Risiko(gruppe)? Abschlussbericht zum Projekt «Folgen der Corona-Pandemie für ältere Freiwillige und ihr Engagement». Hochschule Luzern – Soziale Arbeit: Luzern [Folgen der Corona-Pandemie für ältere Freiwillige und ihr Engagement | Hochschule Luzern \(hslu.ch\)](https://www.hslu.ch/de/forschung/soziale-arbeit/engagement-trotz-risiko-gruppe)
- Kunz, Roland & Minder, Markus (2020): Covid-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. In: Swiss Medical Weekly 2020/150 <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20235>
- Lamprecht Markus, Fischer Adrian, Stamm Hanspeter (2020). Observatoire du bénévolat en Suisse 2020. Züüich [Observatoire du bénévolat - SSUP \(sgg-ssup.ch\)](https://www.sgg-ssup.ch/observatoire-du-benevolat-2020)
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2022): Évaluation de la gestion de la crise COVID-19 jusqu'à l'été 2021. Avis du groupe de pilotage de l'évaluation. [Évaluation de la gestion de la crise du COVID-19 : recommandations à l'Office fédéral de la santé publique \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/document/ADM_73223) (page consultée le 13.12.2023)
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2023): Stratégie Endémique COVID-19 +. Stratégie de prévention et de lutte contre le COVID-19 et d'autres maladies respiratoires d'origine virale. [Stratégie Endémique COVID-19 + \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/document/ADM_73223)
- Office fédéral de la santé publique OFSP et Commission fédérale pour les vaccinations CFV (2020): Covid-19-Impfstrategie (état au 16.12.2020). [Stratégie de vaccination contre le COVID-19 : les personnes vulnérables sont prévues en priorité \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/document/ADM_73223)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations CFV: Fardeau de la maladie COVID-19 (état juin 2022). [COVID-19 : informations pour les professionnels de la santé \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/document/ADM_73223) (page consultée le 05.12.2023)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2021): Impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé en 2020, Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2023): Indicateurs des établissements médico-sociaux, Neuchâtel. [Indicateurs des établissements médico-sociaux, 2019-2021 | Publications | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/document/ADM_73223)
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2023): Effets de la pandémie de COVID-19 sur le mouvement naturel de la population. Démos 2/2023. Neuchâtel, décembre 2023
- Ortoleva Bucher, Claudia; Zumstein-Shaha, Maya; Corna, Laurie; Abt, Maryline; Cohen, Christine; Levati, Sara (2023): Impact de la pandémie COVID-19 sur le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en EMS et de leurs proches, Berne.
- Pro Senectute, GFS Zürich (2020): Repräsentative Bevölkerungsbefragung 50plus zum Generationendialog vor dem Hintergrund der Corona-Krise. Quantitative Befragung im Auftrag von Pro Senectute Schweiz. Zürich [Dialogue intergénérationnel dans la crise de coronavirus \(prosenectute.ch\)](https://www.prosenectute.ch/di-alogue-intergenerationnel-dans-la-crise-de-coronavirus)
- Said Dunja, Abu Sin Muna, Zanzdana Arina, Schweickert Brigitta, Eckmanns Tim (2023): Alten- und Pflegeheime – die COVID-19-Pandemie als Mahnung: Infektionshygienische Massnahmen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bewohnenden. In: Bundesgesundheitsblatt 2023/66, p. 248-255
- Schmid, Lukas; Neuenschwander, Céline & Kalbermatter, Nina (2021): Die Pandemie als föderale Lernkurve – Eine Zwischenbilanz zum kantonalen Umgang mit der Covid-19-Krise, Avenir Suisse, Zürich.
- Stocker, Désirée; Jäggi, Jolanda; Liechti, Lena; Schläpfer, Dawa; Németh, Philipp; Künzi, Kilian (2021): Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, Bern.