

Faculté de santé publique

**L'influence de la pandémie de la COVID-19 sur
l'entraide dans une Maison de Repos et de
Soins (MRS) bruxelloise.**

Expérience vécue par les résidents et le personnel

Mémoire réalisé par
Céline Hacon

Promoteur
Sophie Thunus

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**L'influence de la pandémie de la COVID-19 sur
l'entraide dans une Maison de Repos et de
Soins (MRS) bruxelloise.**

Expérience vécue par les résidents et le personnel

Mémoire réalisé par
Céline Hacon

Promoteur
Sophie Thunus

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice, Madame Sophie Thunus, pour son implication, sa disponibilité et les conseils qu'elle m'a procurés tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je tiens à remercier tout particulièrement le personnel ainsi que les résidents de la Maison de Repos et de Soins Malibran, pour le temps et les expériences transmises.

Mes remerciements vont aussi à ma maman pour son investissement, ses relectures et le soutien qu'elle m'a apporté tout au long de ce travail.

Je souhaite également adresser un merci à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire par leurs conseils, leurs connaissances et leur participation. Leur implication a permis la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie ma famille et mes ami(e)s de m'avoir supportée, soutenue et écoutée de façon inconditionnelle, tout au long de ces deux années d'étude.

*« Le monde vivant grouille de toutes ces interactions,
qui se créent, s'inventent, se transforment, se renforcent,
se délitent ou s'effacent sans cesse (...) »
(Servigne & Chapelle, 2019, p.52)*

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

CADRE THEORIQUE.....	2
-----------------------------	----------

1. La maladie de la COVID-19	2
1.1. La définition et l'histoire de la maladie.....	2
1.2. Son mode de fonctionnement.....	3
1.3. Mesures pour les personnes âgées	4
1.4. Les personnes âgées : population à risque	5
2. La MRS.....	6
2.1. La définition et le public	6
2.2. Démographie des MRS	6
2.3. Fonctionnement d'une MRS.....	7
3. L'entraide.....	8
3.1. La définition et les dimensions de l'entraide	8
3.2. Les types d'aides et de relations d'aides.....	10
3.3. Le contexte.....	12
4. L'impact de la pandémie et question de recherche.....	14

METHODOLOGIE.....	16
--------------------------	-----------

1. Revue de la littérature du cadre théorique	16
2. Méthode de collecte des données	17
2.1. Objectif de la recherche.....	17
2.2. Choix de la méthode	17
2.3. Sélection des participants.....	18
2.4. Contexte de la collecte des données	19
2.5. Éthique et anonymat	20
2.6. Méthode de participation et de recrutement (Échantillonnage)	20
2.7. Préparation et organisation des focus group et de l'entretien	20
2.8. Déroulement des focus groups.....	22
3. Méthode d'analyse des données	23

RESULTATS.....	25
-----------------------	-----------

1. Description de l'échantillon.....	25
2. Description des résultats	25
2.1. Éléments présents lors de la COVID-19 et influençant l'entraide	26
2.2. Impact de la COVID-19 sur l'entraide.....	29
2.2.1. Entre les résidents.....	29
2.2.2. Entre les membres du personnel.....	31
2.2.3. Entre les résidents et le personnel	37

DISCUSSION	45
-------------------------	-----------

1. Interprétation des résultats	45
1.1. Éléments influençant l'entraide	45

1.2.	L'influence de la COVID-19	47
1.2.1.	Entre les résidents.....	47
1.2.2.	Entre les membres du personnel.....	49
1.2.3.	Entre les résidents et le personnel	52
2.	Analyse transversale	55
3.	Limites et forces de l'étude	56
4.	Recommandations et perspectives d'avenir	58
CONCLUSION		59
BIBLIOGRAPHIE.....		61

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien focus groups

Annexe 2 : Information aux participants

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé au participant

Annexe 4 : Tableau d'analyse récapitulatif

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Mots clés et descripteurs	16
Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion.....	18
Tableau 3 : Tableau d'analyse des focus groups et de l'entretien	24
Tableau 4 : Échantillon (n = 22).....	25
Figure 1 : Les trois obligations (Mauss, 1924).....	8
Figure 2 : Liens d'entraide.....	13
Figure 3 : Représentation géographique des cas confirmés sur 1000 habitants depuis le début de l'épidémie (Sciensano, 2021, p.17).....	19
Figure 4 : Étapes, durée et participants des focus groups et de l'entretien	22

LISTE DES ABREVIATIONS

Cocom	Commission Communautaire Commune
CoV	Coronavirus
CSJ	Centre de Soins de Jour
CST	Covid Safe Ticket
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
E	Entretien
FG	Focus Group
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
MR	Maison de Repos
MRS	Maison de Repos et de Soins
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WHO	World Health Organization

INTRODUCTION

Début 2020, un nouveau type de Coronavirus baptisé « SARS-CoV2 », provoquant la maladie de la « COVID-19 », vient toucher de plein fouet la population. Ce virus, particulièrement dangereux pour les personnes âgées, se répand sur tout le globe et devient une urgence de santé publique jusqu'à être qualifié de pandémie par le directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], le 11 mars 2020 (OMS, s.d.). Cette pandémie va considérablement impacter bien des domaines de la santé et notamment le secteur de la gériatrie. Les personnes âgées qui risquent tout particulièrement de développer les formes graves de la maladie mais aussi les institutions et leur personnel ont dû s'adapter afin de poursuivre au mieux leurs activités. Ils ont été contraints de suivre certaines mesures sanitaires radicales pour maîtriser le taux de contamination des personnes âgées telles que la distanciation sociale, l'isolement, la quarantaine, etc. Ces mesures ont obligé tout un chacun à travailler, interagir et communiquer différemment.

Aujourd'hui, il semble dès lors pertinent de s'intéresser aux enseignements qui peuvent déjà être tirés de la crise vécue au sein d'une Maison de Repos et de Soins bruxelloise. Durant cette période particulièrement difficile, on a pu constater que, pour faire face à la crise, le personnel et les résidents des MRS ont souvent fait preuve d'entraide.

Ce mémoire a dès lors pour objectif de déterminer comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise sur base de l'expérience vécue par les résidents et le personnel. Il compare l'entraide « d'avant la crise » avec celle perçue « pendant », « entre les vagues » et « après la crise » et ce afin d'analyser comment elle a évolué.

Cette étude se compose de plusieurs parties. Premièrement, le cadre théorique qui permet de présenter la situation sur base de la littérature scientifique que ce soit les données épidémiologiques, les définitions, l'impact sociologique, etc. La seconde partie porte sur la méthodologie poursuivie dans le cadre de ce mémoire, c'est-à-dire une recherche qualitative de type prospective interventionnelle par le biais de focus groups et d'un entretien. Ceux-ci ont permis de récolter le témoignage, le ressenti et l'expérience d'individus appartenant au personnel ou aux résidents d'une MRS. S'en suit la partie résultats avec les informations obtenus grâce à l'étude. Quant à la partie discussion, elle porte sur l'analyse critique des résultats, la mise en évidence des limites de l'étude, les recommandations, etc.

CADRE THEORIQUE

Étant donné l'impact important de la pandémie sur les MRS belges, il est intéressant de se pencher dès à présent sur : « *Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise ?* » par le biais de l'expérience vécue par les résidents et le personnel. Pour ce faire et afin de les mettre en lien, il s'agira dans un premier temps de délimiter les concepts clés de la question de recherche c'est-à-dire : la maladie de la COVID-19, les Maisons de Repos et de Soins mais aussi l'entraide. Ce mémoire s'intéressera plus particulièrement à l'entraide perçue à quatre moments : avant la crise, pendant, entre les vagues de contamination et après la crise. Il abordera donc un sujet brûlant car toujours d'actualité dans nos vies quotidiennes.

1. La maladie de la COVID-19

1.1. La définition et l'histoire de la maladie

Lorsque le terme de COVID-19 est utilisé, celui-ci fait référence à la maladie provoquée par le virus SARS-CoV2 qui fait partie de la famille des Coronavirus (Sciensano, s.d. a). Les Coronavirus (CoV) font eux-mêmes partie de la famille des Orthocoronavirinae qui est divisée en quatre sous-genres. Les virus SARS-CoV font partie du genre Betacoronavirus et ont été signalés pour la première fois en 2002 avec la première forme de ce virus (Li et al., 2020). Ce nouveau type de Coronavirus (SARS-CoV2) qui provoque la maladie de la « COVID-19 » apparaît pour la première fois début 2020. Son origine se situerait au sein du marché aux fruits de mer de Huanan à Wuhan. Il se serait ensuite propagé dans de nombreux pays et cette expansion devient rapidement une urgence de santé publique internationale jusqu'à être qualifiée de pandémie le 11 mars 2020 (OMS, s.d.).

Le 2 avril, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe déclare que la région européenne est devenue l'épicentre de la pandémie (avec l'Amérique du Nord) avec 464.859 cas positifs et 30.098 décès dont 95% sont des personnes âgées de plus de 60 ans. Les pays tels que la France, l'Espagne, l'Italie, l'Allemagne signalent un nombre important de cas positifs (OMS, 2020).

En Belgique, la première vague s'est déroulée dès le 1^{er} mars 2020 et a pris fin le 22 juin avec 9591 décès liés au virus. Ce nombre de morts n'a jamais été aussi élevé depuis la seconde guerre mondiale ou des épisodes de grippes sévères (Bustos Sierra et al., 2020). La seconde vague a débuté le 31 août 2020 et a été directement suivie par une troisième le 15 février 2021 jusqu'au 27 juin (Callies et al., 2021). Concernant la quatrième vague, elle s'est étendue du 4 octobre 2021 au 27 décembre, date à laquelle la cinquième vague a débuté. Il n'y a pas eu de période

« inter-vague » entre la deuxième et la troisième vague ainsi qu'entre la quatrième et la cinquième. A ce jour, cinq vagues du virus ont déjà touché la Belgique avec un total de 29.563 décès le 9 février 2022 (Sciensano, 2022).¹

On observe un pic de surmortalité (excès de décès) lié à la COVID-19 au cours de la quinzième semaine de l'année 2020. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, la mortalité s'élève à 120.6%² et à 104,8% pour le reste de la population (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021). Pour interpréter ces chiffres, il faut savoir qu'en Belgique, la population générale comprend environ 19,26% de personnes âgées en 2020 et que c'est principalement ces dernières qui influencent le nombre de décès attendus (OECD, s.d.). Depuis lors, le nombre de décès excédents a toujours été inférieur à cette quinzième semaine de 2020 jusqu'à atteindre -20,7% à la neuvième semaine de 2021.

1.2.Son mode de fonctionnement

Cette maladie se manifeste par plusieurs symptômes, par exemple : de la fatigue, de la fièvre, des maux de gorge, ... et dans les cas les plus graves, par une dyspnée ou une hypoxémie (Li et al., 2020). Le SARS-CoV2 se transmet entre humains par le biais de gouttelettes transportées dans l'air et qui entrent dans les voies respiratoires par les muqueuses des yeux, de la bouche ou du nez. Le virus pénètre dans les cellules pulmonaires en se liant à l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) responsable du système rénine-angiotensine-aldostérone. Dès que le virus atteint les cellules épithéliales alvéolaires, il se réplique rapidement en déclenchant en même temps une forte réponse du système immunitaire (Li et al., 2020). Celui-ci entraîne une hypercytokinémie et des lésions des tissus pulmonaires qui sont l'une des causes importantes du syndrome de détresse respiratoire aiguë. Il peut s'en suivre une détérioration importante de nombreux organes dans le cas de patients atteints d'une forme sévère de la COVID-19. Certaines personnes qui s'avèrent asymptomatiques peuvent néanmoins transmettre le SARS-CoV2 au cours de l'incubation qui a une durée moyenne de trois à sept jours et implique donc une longue période de transmission possible (Li et al., 2020).

¹ Le nombre de décès liés à la COVID-19 varie de jour en jour il peut donc ne pas être le même entre le début et la fin de cette étude.

² Ce chiffre se calcule en comparant le nombre de décès enregistrés sur une semaine au nombre de décès attendus sur la même semaine. Ce dernier étant lui-même basé sur le nombre moyen de décès pour la même semaine au cours des dernières années (OECD, 2021).

En un premier temps, au vu de son mode de transmission, les seuls moyens d'entraver la propagation du SARS-CoV2 étaient d'adopter des mesures préventives non-pharmaceutiques. Au niveau individuel, il était conseillé de porter un masque, des gants, une visière, d'améliorer l'hygiène respiratoire et des mains et de maintenir une distanciation sociale. Quant à l'environnement il était recommandé de ventiler les espaces intérieurs et de les laver au détergent, désinfectant, etc. (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2020). En plus de ces mesures préventives, il était surtout important réduire au maximum les contacts étroits entre les personnes que ce soit lors de rassemblements de masse ou dans un environnement intérieur mal ventilé (World Health Organization [WHO], 2021).

Les groupes à risque tels que les personnes-âgées qui vivent dans les MRS se retrouvent alors contraints de s'isoler en chambre afin de limiter les contacts avec les autres résidents et le personnel mais aussi de réduire leurs déplacements non essentiels. Il leur est conseillé de respecter une distanciation sociale d'au moins un mètre avec les personnes infectées car cet espace permet de réduire de cinq fois le risque de transmission (WHO, 2021). Il était également question de s'isoler des autres personnes quand on était positif ou « cas contact ». Selon Sciensano (s.d. b), encore aujourd'hui, les résidents des MRS doivent s'isoler dix jours après l'apparition des premiers symptômes. Si leur état s'améliore, ils peuvent sortir d'isolement sauf en cas de fièvre qui les contraint à s'isoler trois jours de plus. Cette pandémie a donc obligé de nombreux résidents à s'isoler seuls en chambre et au personnel à ne pas venir travailler pendant de longues périodes ce qui a engendré un sérieux manque de personnel au sein des MRS. Malgré le souhait pour les MRS de maintenir un équilibre entre le bien-être et la sécurité des résidents, la majorité des activités ont dû y être annulées car considérées comme trop risquées. En effet, étant donné les recommandations de maintenir une distanciation sociale de plus d'un mètre, il n'était pas possible d'organiser les activités autrement qu'en individuel et donc, en chambre. Cet isolement et ce changement d'organisation ont directement influencé les relations sociales et les interactions entre les personnes présentes dans la MRS et donc l'entraide. Les mesures ont renforcé l'isolement qui préexistait dans les institutions en ne permettant plus aucune visite, sortie ou activité. Ces mesures représentent une restriction des libertés individuelles des résidents ce qui a poussé le personnel à reconsidérer leur éthique (Unia, 2021).

1.3.Mesures pour les personnes âgées

Étant donné le risque élevé pour les personnes âgées, les MRS ont toutes fermé leurs portes pendant le mois de mars et ont seulement ré-autorisé les visites fin avril en Wallonie et à

Bruxelles et mi-mai en Flandre (Amnesty International Belgique, 2020). Le 10 avril 2020, Alain Maron déclare que parmi les 146 maisons de repos bruxelloises, 116 étaient touchées par la pandémie engendrant pas moins de 444 décès confirmés ou suspectés (La Libre, 2020).

A partir du 15 février 2021, la Cocom assouplit les mesures pour les MRS agréées et subventionnées qui atteignent un seuil de vaccination de 90% auprès des résidents ayant eu les deux doses de vaccin depuis plus de 7 jours. Les MRS sont alors au « stade 2 » ce qui signifie qu'il peut y avoir maximum deux cas positif en 1 semaine dans l'institution avant d'être considéré comme un cluster. Cette nouvelle mesure permet de réorganiser des activités de groupe de cinq personnes maximums ainsi que les visites. Les résidents sont alors autorisés à recevoir une heure de visite de deux personnes maximums autant de fois qu'ils le souhaitent dans la semaine (Dekens, 2021 b). A partir du 15 octobre, les visiteurs extérieurs à ces mêmes institutions sont contraints de présenter un Covid Safe Ticket (CST) lors de chaque entrée dans la MRS et ce, jusqu'au 8 mars 2022 (Dekens, 2021 a). A l'heure actuelle, les Maisons de Repos et de Soins agréées et subventionnées par la Cocom testent et mettent uniquement en quarantaine les cas symptomatiques. Les testings généralisés ainsi que le testing des personnes asymptomatiques sont à restreindre (Dekens, 2022).

1.4. Les personnes âgées : population à risque

La maladie provoquée par la COVID-19 peut toucher n'importe quel être humain mais elle est particulièrement dangereuse pour les personnes âgées qui, avec un système immunitaire faible ou des infections secondaires, sont plus à risque de développer une forme sévère nécessitant une hospitalisation (Catteau et al., 2021). En effet, une grande partie des décès liés à la maladie de la COVID-19 réside dans la tranche d'âge de 65 ans et plus alors que la majorité des cas confirmés ont entre 30 et 49 ans (Sciensano, 2021). Cela signifie que le taux de mortalité des personnes âgées est nettement supérieur à celui des autres tranches de la population qui décèdent bien moins de la maladie. Le pic de l'épidémie au sein des MRS Bruxelloise a été atteint le 29 avril en comptant pas moins de 122 cas pour 1000 habitants alors qu'en Wallonie, le pic a été observé le 25 avril (Amnesty International Belgique, 2020).

Par conséquent, les patients âgés sont à considérer comme prioritaires dans les actions de prévention de l'infection (Li et al., 2020). La Belgique a ainsi décidé de commencer la campagne de vaccination en ciblant les résidents et le personnel des MRS/MR afin de limiter le plus possible l'impact du virus sur cette tranche de la population. La campagne de vaccination

pour lutter contre le virus SARS-CoV2 a débuté le 28 décembre 2020 en mettant à disposition quatre vaccins différents. A ce jour (28 novembre 2021), 8.687.099 personnes ont été entièrement vaccinées contre ce virus.

Étant donné le risque élevé pour les personnes âgées de développer une forme grave de la maladie, les MRS doivent encore et toujours faire preuve d'une grande prudence quant à l'organisation des soins, des activités, des repas, etc. Les résidents et le personnel sont donc contraints, en plus des règles d'isolement, d'éviter le plus possible les rassemblements de groupes même si aucune personne n'est positive. Les personnes-âgées ont donc eu l'occasion de vivre l'entraide avant la crise, pendant, entre les vagues et après.

2. La MRS

2.1.La définition et le public

Sur base de l'ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées (2008), le terme de « personnes âgées » désigne dans cette étude des individus ayant plus de soixante ans. Selon cette même ordonnance (2008), l'institution qu'on nomme « Maison de Repos et de Soins » ou MRS se définit comme une résidence collective accueillant des personnes âgées de façon permanente en leur procurant des aides et des soins. L'INAMI, indique de son côté qu'ils accueillent des personnes âgées de plus de soixante ans, dépendantes et nécessitant une aide permanente dans les activités de la vie quotidienne (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité [INAMI], 2017).

Actuellement, la plupart des MR sont reconnues comme des MRS (Belgium.be, s.d.). Elles disposent souvent d'un centre de court séjour et/ou d'un centre de soins de jour (CSJ) qui propose un accompagnement en journée pour des personnes habitant toujours à domicile (INAMI, 2019). On ne dénombre pas moins de 147.024 places disponibles en MR ou MRS en Belgique avec une majorité en Flandre (Amnesty International Belgique, 2020).

2.2.Démographie des MRS

En Belgique et dans bien d'autres pays, on observe un vieillissement général de la population. Celui-ci a des conséquences directes sur les dépenses publiques et privées dans les domaines de la santé, de l'éducation mais aussi sur la croissance économique et le bien-être.

En Belgique, en 1950, la population âgée représentait 11,05% de la population générale alors qu'en 2020, ce pourcentage s'élève à 19,26 (OECD, s.d.). Selon Femarbel, Fédération privée

des Maisons de Repos, en 2050, 25% de la population seront des personnes âgées (Wallonie Santé, 2020). Ceci implique un accroissement du nombre de lits dans des lieux pouvant les accueillir tels que les MRS, MR, CSJ, ... Le nombre de place d'accueil devra donc s'élever d'environ 90% d'ici 2050 (Wallonie Santé, 2020).

Les questions qui impliquent les personnes âgées et leur accompagnement sont donc d'actualité car cette catégorie de la population est en pleine croissance.

2.3.Fonctionnement d'une MRS

Dans une MRS, chaque résident paye un montant à la journée qui comprend la majorité des frais journaliers. Néanmoins, certains soins, tels que le coiffeur, le médecin, etc. nécessitent un apport financier supplémentaire (Belgium.be, s.d.). Le prix de journée inclut du personnel pour aider les résidents dans les activités de la vie quotidienne portant sur les trois sphères occupationnelles : les soins personnels, la productivité et les loisirs (Mynard, 2020). Avec la crise sanitaire, les activités de ces sphères ont été bouleversées. Dans la sphère de la productivité, les activités telles que débarrasser la table, distribuer le courrier aux résidents, aller faire des achats au magasin, etc. ont été fortement réduites avec la pandémie. Les soins personnels ont également été touchés que ce soit pour obtenir de l'aide quand on fait sa toilette, prendre ses médicaments, manger, se brosser les dents, se coiffer, ... Finalement, les loisirs comprenant des activités telles que le chant, le jardinage, les débats, les jeux de mots, la cuisine, etc. se sont également vus modifiés (Mynard, 2020). Alors que toutes ces activités font partie intégrante de la vie quotidienne de la MRS, celles-ci ont dû être fortement restreintes pendant la crise et entre les vagues car elles se déroulaient souvent en groupe ou nécessitaient du personnel soignant. Cela a engendré pour les résidents une perte de motivation, de relations sociales, d'activités physiques, etc.

En conséquence, les résidents ont dû trouver d'autres moyens de s'occuper pendant la journée. Pourtant, comme mentionné précédemment, les personnes qui habitent dans une MRS sont fortement dépendantes dans les activités de la vie quotidienne. Elles ont besoin des infirmières pour leurs médicaments, des aides-soignantes pour la douche, des ergothérapeutes pour le maintien de leur indépendance, etc. Mais, au vu du manque de personnel, du nombre de malades de la COVID-19, du risque de contamination, etc. les résidents semblent quand même avoir réussi à trouver d'autres manières de subvenir à leurs besoins quotidiens.

Il en est de même pour le personnel qui a dû faire face à l'absence de nombreux collègues, aux résidents isolés en chambre, aux distanciations sociales et à bien d'autres difficultés. Cette situation n'a pas seulement touché le personnel soignant mais également ceux travaillant en

cuisine, à la direction, les techniciennes de surface, etc. Les activités de la vie quotidienne du personnel au sein de la MRS ont donc également été modifiées dans deux sphères de l'occupation. Au niveau de la productivité, on retrouve un changement dans les heures de travail, un travail plus administratif, plus à distance et une gestion différente des tâches avec une surcharge supplémentaire (Amnesty International Belgique, 2020). Concernant les soins personnels, ils se sont également vus touchés que ce soit les moments de pause, les moments de partage, d'échanges, etc. (Mynard, 2020).

Tous, résidents et membres du personnel, ont dû trouver une manière de surmonter cette crise car le vivre ensemble s'exprime par la reconnaissance de notre interdépendance et la prise de conscience que l'autre c'est également nous (Guérin, 2010).

3. L'entraide

Dans la vie quotidienne, les trois sphères occupationnelles comprennent une multitude d'activités nécessitant de l'entraide que ce soit entre les résidents, entre le personnel ou entre les résidents et le personnel. Étant donné le changement organisationnel de la vie quotidienne engendré par la pandémie au sein de la MRS, l'entraide a également été fortement impactée tout au long de cette période : pendant la crise, entre les vagues et après.

3.1. La définition et les dimensions de l'entraide

Le terme d'entraide tire ses racines de deux termes latins : « *alter* » qui signifie « l'un, l'autre » et « *adjuvare* » qui signifie « aider, seconder » (Goelzer, 1960) (Gaffiot, 1936). Alors que le terme d'entraide peut être défini selon le Larousse (s.d.) comme « l'action de s'entraider » ou « l'aide qu'on se porte mutuellement », il est intéressant de réfléchir à l'aspect mutuel de l'aide qui fait référence aux concepts du « don » et du « contre-don » exposés par Mauss en 1924. En effet, bien qu'il soit dans nos habitudes de donner à l'autre, Mauss met en avant la nécessité de savoir recevoir et rendre à l'autre. La théorie se veut donc centrée sur ces 3 obligations fondamentales.

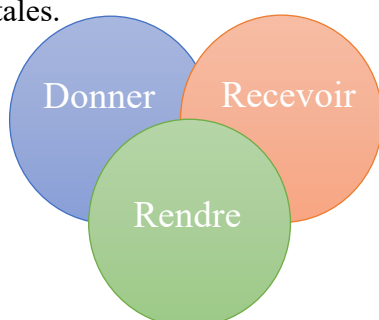


Figure 1 : Les trois obligations (Mauss, 1924)

Dans la présente étude il a été décidé de s'intéresser au concept d'entraide. Celui-ci comprend l'obligation recevoir et de donner qui font eux-mêmes référence au fait de donner ou de recevoir de l'aide de quelqu'un comme par exemple : un accueil, une écoute, un cadeau, ... Lorsqu'une personne fait un « don » à une autre personne, il est de convenance de rendre à celle-ci l'équivalent de ce qui a pu être donné, il est alors question de « contre-don » comme une forme de « dette d'aide » (Petite, 2009). Néanmoins, le fait de restituer immédiatement un « don » peut se ressentir comme un refus ou une obligation de recevoir et peut révéler une relation de subordination (Bourdieu, 1980 cité dans Petite, 2009). Ce « contre-don » peut être vécu comme un droit et une obligation par les personnes (Mauss, 1924). Il prend alors la forme d'obligation ouverte car il est contracté sans avoir été négocié ou établi préalablement (Blau, 1996 cité dans Petite, 2009). En effet, certains « dons » procurés par le personnel tels que donner à manger à un résident, aider le résident à se raser, se laver les cheveux, etc. ne sont pas toujours libres ou réellement désintéressés car ce sont parfois déjà des « contre-dons ». En effet, le personnel est payé pour aider le résident, il fait donc juste un retour du don (« contre-don »). En revanche, d'autres « dons » sont désintéressés et totalement volontaires tels qu'aller aider sa voisine de chambre, faire des heures supplémentaires sans « contre-don » à la clé, etc.

Prenons l'exemple du personnel au sein d'une MRS. Il fait « don » de son travail, de son labeur à la collectivité, l'état ou l'institution qui lui font, en échange, un « contre-don » en lui procurant un salaire et une sécurité contre la maladie, la mort, le handicap, etc. (Mauss, 1924). Le même principe s'applique aux personnes âgées qui font « don » à l'institution et au personnel d'un montant versé à la journée. Celles-ci perçoivent en « contre-don » des soins, des activités porteuses de sens, de l'écoute, etc.

Les personnes, que ce soit les résidents ou le personnel, appartiennent à différentes unités sociales que ce soit à une famille, à une MRS, à un groupe d'amis, etc. Elles ne disposent donc pas que d'un seul rôle au quotidien mais bien d'un répertoire de rôles qui s'influencent mutuellement. En fonction des situations, les personnes doivent composer avec leurs différents rôles afin d'adopter un comportement approprié et de hiérarchiser le type de rôle à utiliser dans chaque situation (Hannerz, 1983 cité dans Petite, 2009). Le type de rôle mobilisé lors d'une interaction peut donc influencer la relation d'entraide entre les personnes et donc, également le système de « don » et « contre-don ». De plus, si l'on considère les rôles comme une manière de légitimer des attentes comportementales, il est fréquent d'observer des liaisons plus importantes entre des personnes « voisines » (Freeman & Ruan, 1997 cité dans Petite, 2009).

En conclusion, le concept d'entraide repose principalement sur ce principe de « don » et « contre-don » entre différentes personnes présentant elles-mêmes une panoplie de rôles.

L'entraide consiste donc finalement en une relation de réciprocité entre un aidant et un aidé ou les deux parties peuvent changer de rôle (Dutoit, 2010) par un système de « don » et « contre-don ». La réciprocité se définissant ici comme le fait de rendre un service contre un autre, que celui-ci soit semblable ou non à celui reçu, afin d'atteindre un équilibre général entre les choses données, reçues et rendues (Reynaud, 1997 cité dans Petite, 2009). Sur base de ce principe de réciprocité, les dons procurés au passé peuvent influencer la légitimité des dons demandés au présent (Petite, 2009).

3.2. Les types d'aides et de relations d'aides

Afin de comprendre davantage en quoi consiste l'entraide, il est primordial d'expliquer les différents types d'aides et de relations d'aides qu'il est possible de rencontrer dans la vie quotidienne d'une MRS.

Dans le cadre de cette étude, trois formes d'aides ont été définies en fonction de leur nature. « L'aide informelle », qui peut se présenter sous forme de moments d'échanges, de discussions, d'écoute, etc. C'est le type d'aide qui peut se créer entre des personnes sans contrat ou obligation quelconque. Elle est la plupart du temps volontaire et non-intéressée.

« L'aide formelle » correspond quant à elle davantage à une aide liée à un contrat, une rémunération, etc. comme par exemple, procurer des soins à un résident.

Pour ce qui est de « l'aide mixte », qui est de nature formelle mais également informelle, c'est par exemple, accepter de faire des courses pour une résidente alors que ce n'est pas prévu dans le contrat de travail du soignant.

Quant aux « relations d'aides », elles se définissent en fonction des personnes qui les délivrent et donc de leurs relations. Dans Davin et al. (2008), le premier type exposé est la « relation d'aide informelle ». Elle est apportée par l'entourage, les autres résidents, les proches, ... C'est la relation la plus présente dans le quotidien des personnes âgées car elle n'est pas formalisée par un contrat mais pas des liens familiaux, amicaux, etc.

Le deuxième type est « la relation d'aide formelle ». Cette relation se crée principalement avec des professionnels (soignants, techniciens, assistantes sociales, ...) et équivaut à environ 16% du total des relations d'aides des personnes âgées. Cette « relation d'aide formelle » peut être motivée par l'attente d'une action retour au cours de laquelle les services sont donnés contre de

potentiels « dons » à recevoir ultérieurement (Blau, 1996 cité dans Petite, 2009). A noter que parallèlement, cette « relation d'aide formelle » peut également être un vecteur « d'aide informelle ou mixte ».

Une « relation d'aide mixte » peut également être créée entre personnes. C'est le cas lorsque la personne bénéficie à la fois d'une « relation d'aide informelle » et « formelle » comme par exemple dans le cas d'une infirmière qui travaille dans la MRS de son grand-père ou encore, d'une personne qui se lie d'amitié avec un résident.

Finalement, le fait de « ne pas recevoir d'aide du tout » correspond également à un type de relation d'aide. Bien que cela puisse porter à confusion, le fait de ne pas recevoir d'aide équivaut à un type car il représente une grande partie des relations d'aide procurées (ou pas). En effet, il équivaut à un tiers des types de relations d'aides proposés aux personnes âgées dépendantes comme celles présentes en MRS.

Ces différents types de relations d'aides évoluent en fonction du degré de dépendance de l'individu. En effet, une personne nécessitant peu d'aide va avoir un taux de relations d'« aucune aide » plus important que celle qui est très dépendante et qui en a grand besoin. Cette catégorie de personnes se verra ainsi octroyée davantage d'aides de relations formelles et mixtes (Davin et al., 2008). D'autres facteurs, comme le nombre d'enfants et leur sexe, viennent également influencer les relations d'aides. Le grand âge, quant à lui, favorise tout particulièrement les relations d'aides formelles car l'aide informelle ne suffit alors plus pour procurer un niveau de vie de qualité à l'individu (Davin et al., 2008). Le sexe peut également jouer un rôle dans les relations d'aides procurées car, en moyenne, dans un couple, l'homme étant généralement dépendant plus tôt que sa femme, celle-ci lui procure une relation d'aides informelle importante alors que, lorsqu'elle-même devient dépendante, elle ne sait souvent recourir qu'à une aide des professionnels (Davin et al., 2008). D'autre part, il s'avère qu'un résident avec un niveau d'instruction élevé perçoit davantage de relations d'aides formelles car le coût d'opportunité pour ses enfants est moins important que pour quelqu'un de peu instruit. En effet, les personnes avec des revenus plus élevés ont davantage recours à des relations d'aides formelles car elles ont plus de moyens pour les financer (Davin et al., 2008). Concernant les personnes âgées autonomes, elles sont plus à même de faire preuve de réciprocité quant aux dons obtenus vis à vis du personnel que ce soit par de petits présents, une aide au quotidien pour les repas, le jardin, etc. Cette réciprocité peut également exister entre résidents valides et moins valides que ce soit en aidant la voisine de chambre à se lever de son lit, à allumer la télévision, etc. (Doutreligne, 2006).

Le fait de demander de l'aide à une personne mobilise trois dimensions de la relation. Premièrement, le mode de conduite attaché au rôle incarné lors de la relation qui consiste en ce qui est attendu de la personne dans le rôle qu'il tient à un moment précis de la relation.

Ensuite, le développement de relations singulières basées sur des règles tacites en définissant ce qui est attendu de l'autre afin de créer un sentiment de confiance mutuel car on n'apporte pas d'aide sans avoir confiance. Ces différentes règles permettent de cadrer les relations interpersonnelles afin de faciliter les interactions.

Finalement, le dernier élément mis en jeu est l'insertion de ces relations dans un ensemble plus large de relations. En effet, les personnes n'ont pas seulement une relation mais bien un système de relations qui leur permet de comparer les attentes aux autres afin de déterminer si celles-ci sont adéquates (Petite, 2009).

3.3. Le contexte

Alors que la question de l'accompagnement de nos aînés devient de plus en plus importante, le type de relations qu'ils entretiennent avec le personnel (relations formelles ou mixtes) ou les autres résidents (relations informelles) l'est également. En effet, l'augmentation du nombre de personnes âgées accroît le nombre de personnes nécessitant une aide et donc davantage de mouvements d'entraide (« don' et « contre-don ») potentiels.

Si l'on considère la chambre de la personne comme son « nouveau domicile », cela signifie que le personnel intervient directement dans l'espace privé de la personne en poursuivant une logique de suppléance familiale. Ce relais de l'aide apportée aux personnes âgées peut être perçu comme une façon de transmettre l'autorité, le pouvoir des familles au personnel de l'institution de soins (Bonnet, 2008). Il y a un basculement d'un système de famille unique à un pluralisme familial (Guérin, 2010). Le professionnel peut alors adopter différentes attitudes face à cette relation d'entraide : une attitude plutôt maternante ou alors uniquement thérapeutique. Ces attitudes se distinguent principalement par le fait que l'une poursuit une démarche de participation active de la personne âgée dans son quotidien alors que l'autre non (Bonnet, 2008). Ces deux types de relations créent des tensions entre différents concepts cités dans Bonnet (2008, p.109) : « prise en charge versus accompagnement, secourir versus seconder, assistance versus réciprocité, (...) ».

Comme cité précédemment, l'humain doit respecter trois obligations : donner, recevoir et rendre (Mauss, 1924). Le fait de ne pas rendre c'est accepter une certaine servitude à l'autre ce qui peut développer une relation centrée sur la charité à l'autre. Néanmoins, la plupart des

relations créées par les personnes âgées envers le personnel peuvent être considérées comme équilibrées car elles permettent une affirmation de l'autonomie des résidents qui « payent » pour les soins prodigués (Bonnet, 2008).

Quant au personnel et à l'aide qu'il apporte, il est malheureusement souvent contraint de se centrer sur le « faire » du soin car chaque action est pensée en rapport au temps qui est lui-même mis en lien avec son coût monétaire. Ceci implique une minimisation de toute implication personnelle (aide informelle) alors que l'ajout du relationnel et de l'affectif permettrait de tendre vers une relation plus familiale entre les personnes (Bonnet, 2008). En effet, lors d'une demande de soins de la part du résident, celle-ci sous-tend souvent un besoin de présence, de contact physique, de toucher, etc. (Doutreligne, 2006).

La relation d'aide entre les membres du personnel et les résidents oscille alors entre deux directions : le dévouement volontaire et l'aide liée à une rémunération. La personne est alors libre de faire des « dons » ou des « contre-dons » de façon volontaire ou davantage intéressée.

Au vu de la situation sanitaire, les résidents ont été contraints de s'isoler et de ne recevoir presque aucune visite de leurs familles (relations d'aides informelles) ce qui a engendré un transfert de l'autorité encore plus important vers le personnel des MRS. Néanmoins, « Les catastrophes sont des occasions d'observer les comportements en grandeur nature, lorsque tout ce que l'on croyait « normal » s'effondre ou que l'ordre social disparaît brutalement. (...) Seuls comptent alors les comportements spontanés » (Servigne & Chapelle, 2019, p.83).

Étant donné l'impossibilité pour les familles de rendre visite à leurs parents, le personnel a été amené à être davantage le vecteur d'une aide informelle car celle qui est apportée par la famille, vecteur premier d'aides informelles, n'était pas autorisée. Il n'était alors plus possible pour le personnel de faire uniquement des « contre-dons » liés à un « don » monétaire de la part des résidents mais également d'être vecteurs de « dons » spontanés afin de surmonter cette situation par des aides formelles, informelles ou mixtes. Dès lors, dans le cadre de cette étude, il est question de remettre en perspective l'aide et l'entraide fournies à l'intérieur de l'institution, c'est-à-dire, entre les résidents, entre le personnel et entre le personnel et les résidents.

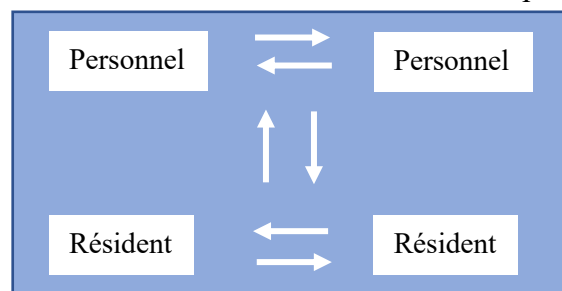


Figure 2 : Liens d'entraide

En effet, selon Servigne et Chapelle (2019, p.53), « Un être humain seul n'existe pas. Nous sommes le produit de plusieurs associations d'humains, ceux qui nous font vivre aujourd'hui ».

La situation particulière vécue au sein des MRS a également modifié le rapport au temps qu'avait le personnel car les attentes et obligations ont évolué. On a ainsi constaté une modification des relations et des interactions entre les personnes (les résidents et le personnel), ce qui a engendré une évolution de l'entraide basée sur ces mêmes interactions et relations. L'humain ne se définissant pas seulement dans la recherche de son propre intérêt mais également par son souhait de donner du sens à sa vie et de produire du lien (Guérin, 2010), il n'est pas juste question de répondre ici à un « don » par un « contre-don » mais également de faire des « dons » spontanés qu'ils soient formels, informels ou mixtes. A noter que les mouvements sociaux et populaires sont un atout important pour tisser des liens sociaux et des relations (Coler et al., 2021). Les mouvements d'entraide ou de solidarité démontrent bien que les relations sociales sont menées pour autre chose que la seule recherche d'intérêt personnel (Guérin, 2010). Ceux-ci permettent d'avancer sur notre propre chemin personnel en se connaissant davantage et en se sentant auteur de sa propre vie et ce, en la créant à travers l'autre (Guérin, 2010). Selon Servigne et Chapelle (2019, p.54), « Nous sommes l'entraide incarnée ».

Alors que tout au long du confinement et de cette pandémie les associations ont mené de nombreuses initiatives d'entraide dans les quartiers (Coler et al., 2021), qu'en est-il dans les MRS ? Peu d'études s'intéressent finalement à comment la pandémie a influencé l'entraide dans ces institutions alors que leur nombre est en pleine croissance et que « les organismes qui survivent le mieux aux conditions difficiles ne sont pas les plus forts, ce sont ceux qui arrivent à coopérer. » (Servigne & Chapelle, 2019, p.22). Ainsi, le fait que les résidents vivent ensemble dans la MRS génère de la solidarité et un maintien de leur autonomie par le biais de nombreuses activités qui développent une certaine entraide (Salandini, 2019). Dès lors, comment la COVID-19 a-t-elle influencé ces activités et ces interactions sociales ?

4. L'impact de la pandémie et question de recherche

Comme mentionné précédemment, la population belge, et en particulier les personnes âgées vivant en MRS, a été fortement touchée par la pandémie. En effet, pour interrompre la chaîne de transmission, les personnes âgées ont dû respecter une distanciation sociale et rester pour la plupart en chambre ce qui a entraîné plusieurs impacts.

Au niveau psychologique, un sentiment d'ennui et de lenteur a été fortement ressenti par les résidents. Une impression de ne plus rien faire et d'être enfermé dans sa chambre comme dans une « prison », de ne plus être libre de ses mouvements (Balard et al., 2021).

Quant aux impacts sociologiques, on retrouve un manque de ressources relationnelles et interactionnelles pour les personnes âgées que ce soit par les activités en groupe ou la visite de proches. Dans les MRS, ce sont particulièrement les aspects collectifs, sociaux et de relations qui ont été ressentis comme impactés par cette crise (Balard et al., 2021).

Néanmoins, dans Bianchi et al. (2021, p.10), il est dit : « il y avait plus de partages que par le passé (...) J'ai expérimenté la volonté de chacun d'aller plus loin par rapport à avant pour aplanir les aspects conflictuels et augmenter la collaboration globale ». Dans ce même article, on peut lire : « J'ai trouvé un groupe solidaire, un groupe qui se soutenait (...) on pouvait aussi demander de l'aide », « Le fait que nous devions nous soutenir, ensemble, et nous rendre forts. » (2021, p.12) et « Un bon soutien a été apporté par la relation entre pairs » (2021, p.14). Dans Sarabia-Cobo et al. (2021), on évoque le fait que le soutien de l'équipe a été apprécié positivement et a permis de poursuivre les efforts consentis. En outre, selon le rapport du Pôle senior Jolimont (2021), de nombreux gestes de soutien et d'entraide ont été perçus que ce soit extra ou intra-muros. Dans ce même rapport, Anne- Sophie Caudron (2021, p.22) évoque : « l'entraide et les capacités d'adaptation dont tout le personnel a su faire preuve. » et Nicole Georis avance également que : « L'entraide n'était pas que technique, mais aussi psychologique. Tout le personnel formait un groupe uni » (2021, p.28). Dans certaines structures, un système de pair-aidance et de « transmissions » d'informations entre le personnel et les « leaders » des résidents des lieux ont été pensés afin de savoir comment allaient les personnes (Fiatte, 2020). Le personnel n'est pas seulement « un service marchand » mais également un service vecteur d'une richesse et d'une diversité des initiatives de solidarité informelles, de soutien à l'autre et de services mutuels (Guérin, 2010).

C'est sur base de ces éléments que la question de recherche de cette étude a été pensée :

« Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise ? Expérience vécue par les résidents et le personnel »

A noter que l'interrogation spécifique à laquelle je vais tenter de répondre portera plus particulièrement sur l'aspect « entraide » qui consiste en une relation de réciprocité entre un aidant et un aidé ou les deux parties peuvent changer de rôle (Dutoit, 2010) par un système de « don » et « contre-don ».

METHODOLOGIE

1. Revue de la littérature du cadre théorique

Afin de rédiger la partie « revue de littérature » relative au cadre théorique, une collecte de d'ouvrages et d'articles a été réalisée dans différentes bases de données : BMC Medicine, CAIRN, OECD Health data, Pubmed et ScienceDirect.

Le livre « *L'entraide : L'autre loi de la jungle* » de P. Servigne et G. Chapelle (2019) ainsi que des informations tirées de Amnesty International Belgique, Belgium.be, ECDC, Guide d'Ergothérapie, INAMI, Iriscare, OMS Europe, Pôle Jolimont, Sciensano, Unia, Wallonie Santé, WHO ont également permis de compléter le cadre théorique.

Le Tableau 1, ci-dessous, reprend l'ensemble des mots-clés et des descripteurs trouvés. Les descripteurs ont pu être déterminés grâce aux recherches menées sur le thésaurus MeSH bilingue et le site HeTOP. Il n'existe pas réellement de traduction anglophone du terme « Maison de Repos et de Soins », ni du mot « Entraide » c'est pourquoi d'autres synonymes francophones ont été incorporés dans le MeSh Bilingue. De plus, le mot-clé « COVID-19 » n'était pas connu du MeSH Bilingue et a donc été recherché sur HeTOP.

Mots-clés (en français)	Synonymes (en français)	MeSH Bilingue (en anglais)	HeTOP (en anglais)
Maison de Repos et de Soins	Résidence pour personnes âgées Maison de retraite médicalisée Maison de repos	Housing for the Elderly Home for the Aged Old Age Homes Nursing Homes	
Entraide	Groupes d'entraide Soutien-social Aide sociale aux personnes âgées Comportement d'aide	Self-Help Groups Social Support Old Age Assistance Helping Behavior	
COVID-19	/	/	COVID-19

Tableau 1 : Mots clés et descripteurs

La première ligne du tableau fait référence aux lieux de l'étude c'est à-dire les Maisons de Repos et de Soins (MRS). La seconde ligne met en avant l'aspect spécifique que l'on souhaite étudier c'est à dire l'entraide. La dernière ligne évoque quant à elle le contexte dans lequel les deux autres mots-clés sont analysés. Les mots-clés ont été incorporés en français ou en anglais dans les différentes bases de données afin de trouver les articles les plus pertinents.

À partir de ces mots-clés, les opérateurs booléens AND (pour relier des concepts) et OR (pour unir les synonymes) ont été utilisés dans les bases de données sélectionnées. Les symboles de guillemets « " " » sont également utilisés pour que les recherches soient limitées à l'expression exacte des mots. Quant aux symboles d'astérisque « * », ils ont été utilisés pour élargir les recherches.

2. Méthode de collecte des données

2.1. Objectif de la recherche

Notre question de recherche porte sur :

« Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise ? Expérience vécue par les résidents et le personnel »

La pandémie a grandement impacté le secteur de la gériatrie (les personnes âgées, les institutions et le personnel) qui a dû s'adapter afin de poursuivre ses activités. Il est dès lors pertinent de se pencher sur les enseignements à tirer de la crise vécue au sein des Maisons de Repos et de Soins. Il sera ici question de s'intéresser tout particulièrement à l'évolution de l'entraide interne à l'institution et à l'expérience de cette solidarité par les résidents et le personnel de la MRS. En un premier temps, il s'agira de déterminer quels éléments influencent l'entraide et, par la suite, de comparer l'entraide d'avant crise à celle vécue pendant, entre les vagues et après la crise afin de déterminer si celle-ci a évolué et comment. Il sera également question d'identifier quelle forme a pris cette entraide.

2.2. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche de ce mémoire, une étude qualitative de type prospectif, par le biais de focus groups, a été effectuée. En effet, la mise en place d'une étude prospective interventionnelle permet d'aller directement interroger les personnes les plus concernées c'est-à-dire, le personnel et les résidents. Cette approche permet d'analyser en profondeur la diversité des expériences vécues par chaque participant de l'échantillon. Elle sera menée par le biais de plusieurs focus groups qui ne consistent pas seulement en des « entretiens de groupe » mais bien en une sélection précise de participants avec une volonté ferme de favoriser les interactions entre eux (Kohn & Christiaens, 2014). Ce type de méthode permet aux participants d'interagir et de rebondir sur ce que les autres disent. « Cette vision des données qualitatives en tant que mises en scène sociales souligne la nécessité d'inclure la dynamique des

interactions sociales dans l'analyse des données des focus groups. En effet, cette vision inclut une hypothèse théorique et méthodologique socioconstructiviste sur la manière dont les formes sociales parmi les participants (...) et le contenu des expressions dans les données qualitatives s'influencent mutuellement. » (Halkier, 2010, p.74). En plus des éléments cités précédemment, les focus groups s'avèrent intéressants car ils permettent une certaine synergie entre les participants en produisant davantage d'informations que le simple cumul des témoignages individuels (Stewart et al., 2007). Les focus groups engendrent également un « effet boule de neige » car lorsqu'une personne répond, une autre a généralement envie de réagir à ce qui a été dit. En outre, le fait de mener la recherche en groupe permet aux personnes de se sentir davantage soutenues dans leurs démarches en sachant ce que les autres pensent de leur côté (Stewart et al., 2007).

C'est pour toutes ces raisons que l'approche qualitative, et en particulier les focus groups qui permettent d'approfondir le sujet au départ de différentes expériences, semble pertinente pour comprendre et explorer le contexte global de cette évolution de l'entraide au sein d'une Maison de Repos et de Soins. Néanmoins, afin de rassembler les données les plus pertinentes et d'éviter les potentiels biais, le personnel occupant un rôle managérial au sein de l'institution avait la possibilité de répondre à l'étude via un entretien individuel semi-directif.

2.3.Sélection des participants

Les participants à cette enquête ont été sélectionnés sur base des différents critères d'inclusion et d'exclusion repris dans le Tableau 2, ci-dessous. En effet, ce procédé permet d'affiner la taille de l'échantillon afin d'interroger les personnes dont la participation est la plus pertinente pour l'étude.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Les personnes travaillent ou vivent dans la Maison de Repos et de Soins (MRS) - Les personnes ont travaillé ou vécu dans la MRS avant, pendant et après la crise de la COVID-19 - Les personnes sont capables d'exprimer leur volonté	- Les personnes qui ne comprennent et ne parlent pas français

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Ce qui est particulièrement important dans cette étude c'est d'avoir un échantillon de personnes qui sont régulièrement en lien avec d'autres et donc, possiblement receveur et/ou donneur et/ou « rendeur » d'aide. En effet, vu qu'il est question d'analyser l'évolution de l'entraide, il est

impératif que toutes les personnes de aient été en interaction, en relation et en coprésence avec d'autres afin qu'elles aient quelque chose à dire sur le sujet. Aucun critère d'âge ni de genre n'est tenu en compte dans le cas présent.

2.4.Contexte de la collecte des données

Afin de mener cette étude à bien, le choix de la Maison de Repos et de Soins s'est fait essentiellement sur base de deux critères. Premièrement, le nombre de résidents et de membres du personnel de la MRS, cette dernière devant être assez grande pour permettre la mise en place de l'étude avec un échantillon assez large. Le second critère portait sur la localisation de la MRS qui devait, de préférence, se trouver dans un secteur touché modérément ou grandement par la COVID-19.

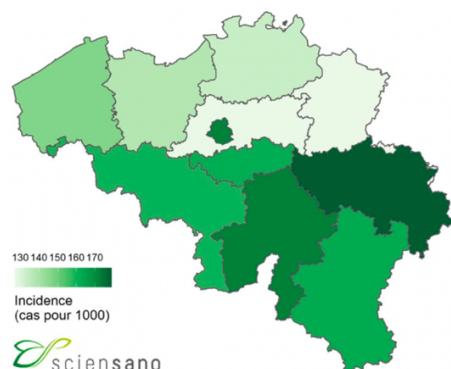


Figure 3 : Représentation géographique des cas confirmés sur 1000 habitants depuis le début de l'épidémie (Sciensano, 2021, p.17)

Ainsi, c'est sur base de ces deux critères que le choix de la MRS s'est arrêté sur une résidence située à Ixelles (au vu de sa couleur vert foncé sur le document ci-dessus, le territoire de Bruxelles montre un nombre important de cas confirmés sur 1000 habitants) et qui accueille environ 130 résidents pour un personnel d'une centaine de membres.

Dans cette étude, on souhaite interroger du personnel appartenant à différents secteurs d'activité de la MRS c'est-à-dire le personnel soignant, paramédical, de cuisine, de direction, ... ce qui permet d'avoir une vue globale de l'évolution de l'entraide dans les différents secteurs et de tenter d'obtenir ainsi des points de vue plus convergents ou divergents. La taille de l'échantillon devait laisser la possibilité à tous ceux qui étaient intéressés de pouvoir participer aux focus groups et ce, sans en contraindre d'autres à être présentes. Dans les faits, au vu de la situation sanitaire et de la charge de travail à accomplir au sein de la MRS, il n'a malheureusement pas été possible d'interroger chaque secteur d'activité ou d'organiser davantage de focus groups.

2.5.Éthique et anonymat

Cette recherche a été soumise au « Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain » qui a émis un avis favorable le 24 décembre 2021. Un formulaire de consentement éclairé (Annexe 3) destiné aux participants a été signé par ceux-ci avant le début de l’étude et une approbation orale a à nouveau été demandée au début de chaque focus groups. Avant de commencer ceux-ci, l’aspect confidentiel, volontaire et anonyme de l’enquête et de l’enregistrement des échanges a systématiquement été rappelé.

Une assurance a été souscrite auprès d’Ethias via l’Université Catholique de Louvain (UCL) pour la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l’étude, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de cette étude.

L’identité et la participation des sujets à l’expérimentation demeurent strictement confidentielles et les données à caractère personnel ont été anonymisées. Les sujets sont d’aucune manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l’expérimentation. Les résultats ne permettront en aucune manière d’identifier les répondants. L’investigateur de l’étude, moi-même, conservera les données jusqu’à l’obtention de son master en sciences de la santé publique à l’UCLouvain et les supprimera ensuite.

2.6.Méthode de participation et de recrutement (Échantillonnage)

Les participants à cette étude ont été contactés via la MRS par le biais d’un document présentant le projet sur papier (Annexe 2). Celui-ci a été donné en main propre au personnel lors des « rapports » et en chambre pour les résidents. Il a été distribué à une cinquantaine de soignants et une vingtaine de résidents. Cet écrit faisait part de l’objectif de l’étude, de l’organisation de celle-ci et des critères nécessaires pour y participer. Les résidents de la MRS ainsi que le personnel avaient ensuite la possibilité de s’inscrire aux focus groups sur base volontaire afin que ceux qui étaient intéressés et ont des choses à dire puissent participer à l’étude. Une vérification a ensuite été réalisée afin de déterminer si les participants correspondaient effectivement aux critères d’inclusion et d’exclusion définis ci-dessus.

2.7.Préparation et organisation des focus group et de l’entretien

Afin de concevoir le guide d’entretien, une recherche approfondie a été effectuée dans la littérature déjà disponible pour permettre l’élaboration de questions ouvertes pertinentes aux focus groups (Annexe 1). Afin d’être certain d’aborder tous les éléments souhaités, le guide

d'entretien a ensuite été restructuré sous forme de colonne. Cette manière de précéder a permis de vérifier que tous les éléments ont bien été passés en revue lors des discussions.

La collecte des données s'est déroulée en quatre temps.

Dans un premier temps, deux focus groups d'environ 40 minutes ont été organisés avec le personnel de la MRS. Un premier focus group avec l'équipe des étages du bas et ensuite, avec celle des étages du haut. Comme avancé précédemment, il n'était pas possible d'organiser davantage de focus groups car le personnel n'avait pas la possibilité de consacrer plus de temps à l'étude au vu de la quantité de travail à effectuer. Cette charge de travail importante se justifiait par les nombreux arrêts maladies, les mises en quarantaine, les démissions, etc.

Néanmoins, afin de permettre à tous ceux qui le souhaitaient de participer aux deux premiers focus groups, ceux-ci se sont déroulés lors de la « pause » du matin, juste après le rapport.

Dans un second temps, un focus group d'un peu plus d'une heure a été organisé cette fois-ci avec les résidents afin de bien séparer les données obtenues de ces derniers de celles issues des rencontres avec le personnel. Comme cité dans Kohn & Christiaens (2014, p.71), « Idéalement les focus groups doivent être homogènes en interne sur des critères pertinents par rapport à la question de recherche, mais hétérogènes entre les groupes. ». Lors des trois premiers focus groups, les participants ont été invités à assister au dernier focus group sans aucune obligation. Ensuite, après l'analyse des premiers résultats, les participants (résidents et membres du personnel) ont été mélangés et un quatrième focus group de trois-quarts d'heure a été organisé. Il n'a pas été possible de le prolonger davantage car il était également constitué de membres du personnel fort occupés. Ceci étant, les résidents et les membres du personnel qui n'avaient pas encore eu l'occasion d'assister à un focus group, avaient ainsi la possibilité, s'ils le souhaitaient, de contribuer cette fois et ce, sans avoir participé à un des trois premiers.

Après ces quatre focus groups, un entretien semi-directif d'environ une heure et demie a été organisé avec une personne ayant un rôle managérial au sein de l'institution.

La plupart des questions posées lors des différents focus groups et de l'entretien étaient similaires mais certaines ont été adaptées en fonction des informations déjà obtenues lors des focus groups précédents. Ceci a permis d'approfondir certaines questions précédemment « négligées ». Afin de favoriser les interactions entre les résidents et les membres du personnel, de nouvelles questions ont été ajoutées sur base des premiers échanges.

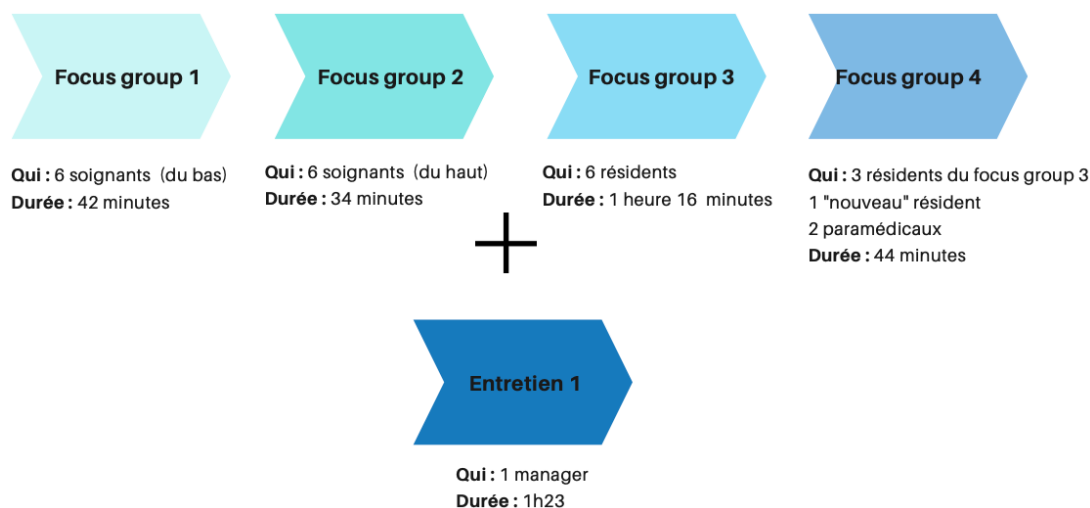


Figure 4 : Étapes, durée et participants des focus groups et de l'entretien

Les quatre focus groups étaient constitués de l'étudiante chercheuse et de six participants répondant aux différents critères d'inclusion et d'exclusion précédemment cités. Ce nombre limité a permis de rendre les interactions possibles entre les participants tout en permettant d'assurer une bonne gestion de groupe (Stewart et al., 2007). Il n'a pas été possible d'organiser des focus groups avec un nombre plus important de participants étant donné le contexte sanitaire mentionné précédemment. Concernant le participant interrogé lors de l'entretien, il respectait lui aussi les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.

Ceci étant, malgré le contexte, la taille d'échantillon a quand même permis de récolter une quantité importante d'informations et une saturation des données tout en respectant les contraintes sanitaires mais aussi, celles liées à la rédaction de ce mémoire.

2.8. Déroulement des focus groups

Au cours du mois de février 2022, une septantaine de documents de présentation ont été distribués au personnel ainsi qu'aux résidents sur base des critères d'inclusion et d'exclusion. Comme cité précédemment, il s'en est suivi l'organisation de quatre focus groups (fin février) ainsi que d'un entretien semi-directif (début mars) pour un total de vingt-deux participants différents. Parmi ces vingt-deux personnes, dix-huit ont participé à un focus group alors que trois ont participé à deux focus groups et une à un entretien. Ce dernier a été organisé afin d'éviter le potentiel biais lié au poste de direction que la personne occupe au sein de l'institution. Le guide d'entretien utilisé lors de la rencontre était le même que celui employé lors des différents focus groups.

Parmi le personnel interrogé, quatre métiers différents ont pu prendre la parole : deux métiers dans les soins, un dans le secteur paramédical et un métier à responsabilités managériales.

Le temps moyen des focus groups était de 49 minutes et ces rencontres se sont déroulées au sein même de la MRS, au calme, dans une salle équipée d'une table et de chaises. Un comportement d'écoute active et respectueux de l'autre a été exigé ainsi que la confidentialité des propos exprimés au sein de ces groupes. L'entretien a eu une durée d'1 heure 23 et s'est déroulé en ligne par le biais du logiciel Teams. Les focus groups et l'entretien ont été menés par moi-même, Hacon Céline, ergothérapeute et étudiante en sciences de la santé publique à l'UCL. Les quatre focus groups ont été enregistrés avec l'accord des participants par la chercheuse sur un dictaphone. Chacun était libre de quitter la salle au cours du focus group s'il en ressentait le besoin et, s'il le désirait, il pouvait également décider de ne pas participer au dernier focus group, ce qui a été le cas de la majorité des participants (quinze des dix-huit personnes). Concernant l'entretien, celui-ci a également été enregistré sur un dictaphone et, comme pour les focus groups, le participant avait le droit de quitter la réunion à tout moment.

Avant de commencer les focus groups et l'entretien, la feuille d'informations relative à l'enquête a été transmise aux participants (Annexe 2) et le formulaire de consentement éclairé a été signé par chacun (Annexe 3). Les différents moments d'échanges ont débuté par une présentation de la chercheuse, de la recherche et des modalités de l'étude. Ensuite, des questions ont été posées pour définir le profil des participants, suivi de questions générales et finalement, d'une conclusion. Quant aux participants, ils étaient libres de poser des questions avant, pendant et après les échanges que ce soit pour donner des informations supplémentaires ou demander des clarifications. Les questions ont été rédigées et posées de façon à être compréhensibles pour toute personne, même celles ne travaillant pas dans le milieu médical. Sur base des enregistrements obtenus, tous les focus groups ainsi que l'entretien ont été retranscrits manuellement sur des documents Word portant les noms : FG1, FG2, FG3, FG4 et E1. Cette nomination sera réutilisée dans la description des résultats. L'orateur de chaque phrase a été identifié (participant ou chercheur) afin de faciliter l'analyse des résultats par la chercheuse.

3. Méthode d'analyse des données

Sur base des enregistrements des différents focus groups, une retranscription littérale des entretiens a été réalisée en y incorporant certains aspects non verbaux (heu, rire, ...). Cette façon de procéder permet de minimiser le biais lié à l'interprétation subjective des focus groups. Après la lecture attentive des différentes retranscriptions, deux types d'analyses ont été menées selon une démarche inductive continue. Celle-ci permet de définir les différentes unités d'analyse en faisant émerger a posteriori des thèmes descriptifs et des catégories

conceptualisantes. Elle se veut continue car les thèmes et catégories ont été identifiés au fur et à mesure du processus d'étude. Cette façon de travailler permet une analyse approfondie et détaillée. Concernant l'analyse, elle s'est avérée descriptive dans un premier temps et ce, afin de révéler systématiquement et objectivement les interactions des participants. Elle a permis de relever les thèmes prédominants et de prendre conscience de l'importance de certains d'entre eux. Cette analyse a également eu pour fonction de mettre en parallèle et en opposition certaines convergences ou divergences recueillies. Des rubriques ont été créées et certains éléments obtenus ont été regroupés sous une même thématique qui a elle-même été reliée à d'autres par le biais d'« axes thématiques » afin d'obtenir un « arbre thématique » (Paillé & Mucchielli, 2021). Cette façon de procéder exploite uniquement les retranscriptions sans interprétation des résultats.

Ceci étant, selon Paillé et Mucchielli (2021, p.269), « L'analyse thématique peut être mise à contribution comme méthode unique pour une recherche ou alors être combinée avec d'autres stratégies analytiques ». C'est pourquoi, après cette étape préliminaire, une analyse interprétative a été menée afin d'examiner les focus groups en profondeur et ainsi donner du sens aux échanges sur base des données mais également des connaissances issues de la littérature. En effet, cette analyse permet de désigner un phénomène et être l'attribution même de sa signification (Paillé & Mucchielli, 2021). Afin d'analyser les données, le tableau ci-dessous a été créé pour traiter systématiquement toutes les informations obtenues.

Éléments influençant l'entraide	Rubriques	Thème/Catégorie	N° FG/E	N° de ligne verbatim	Globalement

Tableau 3 : Tableau d'analyse des focus groups et de l'entretien

Il comprend les paramètres pouvant influencer l'entraide et les rubriques permettent de structurer l'analyse afin de parvenir à un « arbre thématique ». Les thèmes et catégories structurent les éléments clés obtenus et la quatrième colonne reprend le numéro de focus group/entretien. Le numéro de ligne du verbatim est noté sur base des retranscriptions et l'évolution globalement de l'entraide est inscrit. Tout ceci permet de simplifier l'analyse des échanges.

C'est sur base des résultats obtenus lors des différents focus groups et de l'entretien qu'une réponse a pu être donnée à : « *Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise ? Expérience vécue par les résidents et le personnel* ».

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Aux cent trente résidents et à la centaine d'employés, une septantaine de dossiers de présentation ont été distribués en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion de cette étude. Parmi ces personnes, 22 ont pris part à l'étude dont 7 résidents et 15 membres du personnel. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Néanmoins, afin de maintenir l'anonymat des participants, les caractéristiques restent délibérément vagues.

N° Focus group / Entretien	Date	Où	Genre	Rôle
Focus group 1 (FG1)	22/02/2022	MRS	1 Homme 5 Femmes	2 Infirmiers 4 Aides-soignants
Focus group 2 (FG2)	23/02/2022	MRS	6 Femmes	6 Aides-soignants
Focus group 3 (FG3)	25/02/2022	MRS	6 Femmes	6 Résidents
Focus group 4 (FG4)	28/02/2022	MRS	1 Homme 5 Femmes	3 Résidents du FG3 1 « Nouveau » Résident 2 Ergothérapeutes
Entretien 1 (E1)	04/03/2022	Teams	1 Femme	1 Manager

Tableau 4 : Échantillon ($n = 22$)

2. Description des résultats

Avant d'exposer les résultats de la recherche portant sur « *Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une MRS bruxelloise ?* », il faut d'abord se pencher sur les éléments qui ont influencé cette entraide. Il sera ensuite question de déterminer comment celle-ci a évolué entre les acteurs internes à l'institution, c'est-à-dire entre les résidents eux-mêmes, entre le personnel et entre les résidents et le personnel. Pour ce faire, une comparaison sera effectuée entre l'entraide avant la pandémie et celle vécue et perçue pendant la crise, entre les vagues ainsi qu'après cette période. Toutes les formes d'entraides seront abordées dans cette partie, sans être classés en fonction du type, mais bien en fonction des acteurs concernés.

Le tableau d'analyse récapitulatif des résultats se trouve dans l'annexe 4. Dans celui-ci, les numéros de verbatims utilisés dans les résultats sont floutés en jaune.

2.1.Éléments présents lors de la COVID-19 et influençant l'entraide

Lors de chaque entretien, trois éléments principaux ont été mentionnés comme influençant l'entraide.

Premièrement, **la peur**, cette émotion qui était autant ressentie par les résidents que par le personnel, qu'elle soit liée à la peur de tomber malade ou que quelqu'un d'autre tombe malade : FG1 : « *C'est pour ça, vous avez parlé tout à l'heure d'isolement, ils se sont isolés chacun loin de l'autre car ils avaient peur de se contaminer* » ; FG2 : « *Avec le COVID, on a juste continué même si on avait peur de tomber malade, ou quoi que ce soit, on venait pour eux, pour les aider.* » ; FG3 : « *Même si on avait peur d'attraper le virus, on prenait le risque.* » ; FG4 : « *A mon étage, il y avait un cas là-bas, il y avait un cas là-bas, un cas là-bas donc on restait dans sa chambre. On avait peur* » ; E1 : « *Je crois que ça a été surtout la peur même pour moi. J'avais la trouille au ventre. J'ai vraiment travaillé avec ça heu ...* »

Cette peur était également liée à l'aspect incertain et inconnu de ce virus et des mesures : FG1 : « *On était tellement stressées car on n'était pas du tout préparées. On ne savait pas ce que c'était, ce qui nous tombait sur la tête quoi. [...] On mettait simplement le masque mais on ne savait pas vraiment ce qu'était le COVID.* » ; E1 : « *C'était aussi cet inconnu tout le temps, de jamais savoir vers quoi on allait* »

Le second élément cité lors de chaque moment d'échange concerne **l'identité**³ de chacun des acteurs de la Maison de Repos et de Soins. Il est question d'identité de chacun : FG1 : « *Nous on était là, on ne se posait pas la question je pense. On faisait notre travail avec le cœur.* » ; FG2 : « *C'est nos valeurs, on est comme ça nous.* » ; FG3 : « *Il y en a qui sont réservées et il y en a qui ont un caractère plus ...* » ; FG4 : « *L'entraide ce n'est pas quelque chose d'obligatoire, c'est quelque chose qui vient du cœur.* » ; E1 : « *Elles travaillent plus avec le cœur qu'avant.* » mais également de la personnalité des résidents : FG3 : « *J'ai un tempérament comme ça. J'ai toujours été à rendre service mais si la personne à qui j'ai rendu service est indifférente ça n'a pas d'importance, j'ai rendu service.* » ; FG3 : « *Il y en a qui sont toujours comme ça maintenant ..., et d'autres qui bon ... bon ... font moins, ne font pas grand-chose, n'aident pas.* »

³ Le terme d'identité a été choisi en se basant sur les dires de Mucchielli (2015, p.101) selon lesquels : « l'identité concerne avant tout un ensemble de significations, issues de diverses contextualisations de soi. Il explore l'identité en tant qu'elle est une construction subjective, élaborée au cours d'interactions sociales, professionnelles, culturelles et autres. »

Finalement, **les mesures de restriction** ont également fortement influencé l'entraide entre les acteurs internes à la MRS. En effet : FG1 : « *Je dirais que c'était du chacun pour soi et plutôt ils étaient dans leur chambre, retirés. Il n'y avait pas une entraide entre eux.* » ; FG2 : « *Déjà en maison de repos ils sont enfermés, mais là on les a enfermés une deuxième fois.* » ; FG3 : « *Dans un premier temps, nous étions enfermées dans nos chambres et on pouvait voir personne donc il n'y a pas eu d'entraide entre les résidents* » ; FG4 : « *pendant le COVID on était pieds et mains liées donc pas d'aide entre nous.* » ; E1 : « *Heu ... en pleine crise on a dû tout fermer. Les gens étaient vraiment isolés et ils ne pouvaient pas sortir de leur chambre* »

Lors de tous les focus groups ainsi que pendant l'entretien, les participants ont tous identifié ces trois éléments comme ayant une influence importante sur l'entraide entre les personnes. Ces trois éléments - la peur, la personnalité, les mesures de restriction - ont donc largement influencé et influencent encore l'évolution de l'entraide.

D'autres éléments ont également été identifiés par certaines personnes comme le **niveau d'autonomie**. Cet aspect a été évoqué lors des 3 rencontres comme pouvant modifier l'entraide : FG2 : « *Non, au deuxième étage non. Les résidents ne savent pas aider, ils sont vraiment désorientés.* » ; FG3 : « *ici je suis embêtée car je suis handicapée et je ne peux plus rendre autant service aux autres [...] je fais ce que je peux à hauteur de mes possibilités.* » ; E1 : « *Puis la majorité des résidents sont déments donc pour eux c'est encore plus compliqué.* »

Un autre élément a été évoqué lors de 2 des 5 moments d'échanges : le fait que **ressentir le besoin d'aide chez l'autre**. En effet, dans le focus group 2, il est dit : « *ils ont besoin de nous mais avec le COVID ils avaient vraiment besoin.* » et dans le 3^{ème} group : « *Ce n'est pas possible de voir des gens qui ont besoin de mon aide et de rester là sans rien faire.* »

La **charge de travail** a également été citée plusieurs fois comme pouvant modifier l'entraide que ce soit dans le focus group 1 : « *C'est vrai qu'il y avait du boulot, il y avait du boulot* » ou 3 : « *Elles manquaient de temps pendant la crise.* »

L'entraide dépend également de **l'équipe** selon le groupe 2 « *de l'étage, de l'équipe* » ce qu'évoque également le focus group 1 : « *L'équipe on a rigolé [...] Tellement on rigolait on oubliait qu'il y avait le COVID han xxx. On s'entraidait.* »

Lors du premier focus group et lors de l'entretien, les participants ont évoqué le fait que **la prise de conscience du métier** de l'autre et de ce qu'il était véritablement a modifié l'entraide : FG1 : « *Oui, ils nous aident plus maintenant car ils ont fait des soins et ont vu ce qu'on fait.* » et E1 :

« Entre les ergos et les kinés avec les soignants. Ils ont pris conscience du travail des aides-soignantes en faisant les toilettes »

Dans le focus group 3, les résidents évoquent l'influence **du genre** de la personne sur l'entraide : *« si vous aviez la visite d'un homme pour vous aider comme pour aller voir une amie, ça prête à confusion. »* ainsi que la **proximité des chambres** : *« Nous, nous sommes voisines, d'un côté et de l'autre donc heu on va voir, depuis qu'on peut, chez l'autre si tout va bien. »* Ils mettent également en avant le fait que les **affinités** peuvent modifier l'entraide : *« L'entraide ça dépend si on a des affinités avec une personne »*

D'autres éléments tels que la **conscience professionnelle** et la **confiance** ont été identifiés lors du focus group 1 comme influençant l'entraide : *« c'est notre travail, c'est notre conscience professionnelle ... donc on est heu ... encore bien. On a confiance en l'autre ».*

Ce focus group a également évoqué la **fatigue psychologique** en stipulant : *« Il y a toute la fatigue psychologique qui n'est pas évidente du tout. »* ainsi que l'**absentéisme** : *« Sur le terrain il manquait des personnes mais c'était surtout qu'ensemble on se soutenait ».* Le premier focus group partage également le fait que **s'amuser** favorise l'entraide : *« Tellement on rigolait on oubliait qu'il y avait le COVID han xxx. On s'entraidait »*

L'état mental a également eu une influence sur l'entraide : FG1 : *« ils étaient déprimés donc la nourriture si on n'insistait pas ... »*

Quant au focus group numéro 2, il met en exergue le fait que le **sentiment d'être indispensable** promeut l'entraide : *« Bah on était indispensables. On est toujours indispensables ici haha. COVID ou pas COVID, ils ont besoin de nous mais avec le COVID ils avaient vraiment besoin. »*

Dans le focus group 4 il a été exprimé le fait que la **quantité d'aide demandée** par la personne peut influencer l'entraide : *« En général, il y avait plus d'aide avant le COVID. [...] Peut-être parce que j'avais besoin de moins d'aide avant. »*

Lors de l'entretien avec le manager, les **sentiments de colère** et d'**impuissance** ont également été évoqués ainsi que l'impact de **se sentir soutenu**. Il a été dit : *« et la rage envers le gouvernement, la colère vis-à-vis du gouvernement qui n'a pas su gérer. C'était vraiment une colère monstre contre eux qui nous a poussés à nous entraider. Puis l'impuissance aussi, on était impuissant aussi. On ne savait pas quoi faire du coup on s'aidait davantage. [...] Moi, c'est d'avoir eu le soutien du médecin coordinateur. »* Lors de ce même entretien, il évoque le fait qu'**être reconnaissant** peut influencer l'entraide : *« Les résidents sont très reconnaissants car ils s'en souviennent aussi de ça. »*

2.2. Impact de la COVID-19 sur l'entraide

Maintenant que les éléments essentiels qui ont influencé l'entraide ont pu être déterminés, c'est l'évolution des relations d'entraides qui va être exposée. Pour ce faire, les descriptions porteront sur les différents acteurs de l'entraide : entre les résidents, entre les membres du personnel et entre les résidents et le personnel. Pour chaque cas de figure, l'entraide sera évoquée telle qu'elle a été avant, pendant, entre les vagues et après la COVID-19.

2.2.1. Entre les résidents

Avant la COVID-19, une journée ordinaire d'activités de « dons » et « contre-dons » (entraide) entre les résidents pouvait prendre différentes formes. L'entretien 1 fait part du fait que certains résidents donnaient à manger à d'autres, prenaient des nouvelles des autres, mettaient au lit certains résidents ou juste, allaient les saluer : E1 : *« Avant il y avait déjà des résidents qui allaient donner à manger, qui allaient prendre des nouvelles. Donc une dame qui n'allait pas bien, ils allaient prendre de ses nouvelles ou l'aider à manger. [...] elle allait tous les matins et tous les soirs soit dire bonjour le matin et aller donner à manger et mettre au lit les résidents. »*

Pendant la crise, les résidents prenaient des nouvelles des autres personnes-âgées : FG1 : *« Ils voulaient avoir des nouvelles des autres, c'était le seul moyen pour eux de les aider c'est de passer par nous. »* ; FG2 : *« Pendant la crise, par téléphone, ils s'appelaient pour prendre des nouvelles. Ceux qui savaient et qui connaissaient le numéro de leur voisine ou quoi. Quand ils savaient qu'elle était malade où quoi, bah ils s'appelaient. »* ; FG3 : *« Il y avait des appels »* ; E1 : *« Il y en avait qui demandaient le numéro d'une résidente pour l'appeler pour avoir des nouvelles. »* L'entraide prenait également la forme de petites attentions : E1 : *« il y avait une dame qui voulait donner des fruits à une autre dame à un autre étage [...] Ce sont beaucoup de petits gestes, des attentions entre les résidents »* Une autre forme d'entraide utilisée pendant la crise pouvait simplement consister à faire de l'humour : FG3 : *« Faire de l'humour entre nous a eu énormément d'importance pendant la crise pour pas devenir dépressif. »*

Globalement, l'entraide entre résidents pendant la crise a été perçue comme ayant diminué pour certains : FG1 : *« Ils ont diminué l'entraide »* ; FG3 : *« Il n'y en a pas tellement, il n'y en a pas tellement. Moins pendant, on était enfermés dans nos chambres et tout. »* ; FG4 : *« pendant le COVID on était pieds et mains liées donc pas d'aide entre nous. »*, augmenté pour d'autres : FG3 : *« Est-ce qu'il n'y a pas eu d'entraide tel qu'un appel d'un résident, une attention ? [...] »*

Ça oui, ah oui. » ou n'a pas changé vis-à-vis d'avant : FG3 : « Il n'y avait pas plus d'entraide pendant le confinement. »

Entre les vagues, l'entraide a pris différentes formes telles que prendre des nouvelles : FG3 : *« On va voir depuis qu'on peut chez l'autre si tout va bien »* ; FG4 : *« dès qu'on pouvait sortir on prenait des nouvelles. »* ou aider pour les déplacements : FG4 : *« quand j'avais besoin, elle venait un peu m'aider à me déplacer. »* Les résidentes s'entraidaient en se soutenant : FG3 : *« On se soutient »* ; FG4 : *« On se soutenait »* et en discutant ensemble : FG3 : *« On avait besoin de discuter ensemble après tout ça. »* ; FG4 : *« on parlait des réminiscences du passé. »* Ils se réconfortaient également : FG3 : *« on s'est dit qu'il fallait maintenant plus réconforter »* et se partageaient du matériel : FG3 : *« on partageait nos livres »* Les résidents éteignaient la lumière d'autres résidents : FG3 : *« on va éteindre la lumière le soir »* ou reconduisait certains résidents en chambre : FG3 : *« je la reconduisais quand elle arrivait, jusque dans sa chambre. »* Entre les vagues, les résidents sonnaient également pour d'autres résidents : FG3 : *« Il y a des fois où j'ai sonné pour les gens. »* ou aidaient pour ouvrir ou tenir la porte : FG3 : *« avec la porte qu'on a mise, j'ai eu la chance que madame tenait la porte [...] tenir la porte ou l'ouvrir. [...] on s'aide beaucoup pour mettre le code. »* Finalement, ils changeaient également les chaînes télé pour d'autres résidents : FG3 : *« lui changer sa chaîne de télé et même, sans le savoir, dès qu'elle appelait j'allais voir. Je lui mettais sa tv »* et s'écoutaient mutuellement : FG3 : *« entre les résidents [...] de l'écoute »*

Globalement, dans certains focus groups, entre les vagues, on a perçu une augmentation de l'entraide entre les résidents : E1 : *« Je trouve qu'ils se sont plus entraides »* ; FG2 : *« Oui, plus d'entraide au premier étage »*, FG3 : *« Moi je trouve qu'il y avait quand même plus d'entraide entre résidents dès qu'on a pu sortir »* ; FG4 : *« Ah oui, il y a plus d'entraide. »* D'autres ont eu l'impression qu'il n'y avait aucun changement : FG2 : *« Ici, au premier, oui vraiment plus mais au deuxième, non. »*

Après la COVID-19 l'entraide a pris différentes formes : l'écoute : FG4 : *« Ils s'écoutent plus. »* ; E1 : *« on a eu beaucoup plus [...] de l'écoute »*, se retrouver aux activités : FG4 : *« les mêmes qui viennent partager des activités »* ; E1 : *« ils se retrouvent ensemble aux activités de l'après-midi. »* Les résidents s'entraident également en aidant d'autres à s'habiller : E1 : *« plus de gens qui vont aider à mettre un gilet ou un dernier vêtement ou le soir la chemise de nuit à un autre résident. »* ou en se taquinant : E1 : *« Ils se lancent des rumeurs entre eux pour se charrier »*.

Ils prenaient également des nouvelles les uns des autres : FG3 : « *On va voir si l'autre va bien* » ; FG4 : « *On peut aller voir en chambre si les gens vont bien.* » ; E1 : « *prennent des nouvelles des autres* ». De plus, certains résidents allaient éteindre la lumière d'autres résidents : FG3 : « *s'il y a une veilleuse qui marche, si la personne dort j'éteins.* » ou se réconfortaient mutuellement : FG3 : « *on s'est dit qu'il fallait maintenant plus réconforter* ».

Les résidents se transmettaient également des informations et explications afin de s'entraider : FG4 : « *C'est nécessaire aussi que l'on aide pour expliquer quelque chose aux autres* » ; E1 : « *Donc ils se tiennent maintenant au courant des petits potins* ». Ils étaient également vecteurs de petites attentions : FG3 : « *Beaucoup de petites attentions, beaucoup.* » ; E1 : « *ils font moins de petites attentions que pendant le COVID mais plus qu'avant.* » et de soutien : FG3 : « *On se soutient bah oui* » ; FG4 : « *créer des liens entre tous et se soutiennent mutuellement.* »

Les résidents aidaient également d'autres pour les déplacements : FG3 : « *C'est aider les gens en chaise roulante, c'est les pousser par exemple, oui.* » ; FG4 : « *Une personne qui a plus de facilités aide une personne qui a moins de facilités pour descendre.* » ; E1 : « *je les vois se conduire les uns les autres pour les activités ergo ou chez la kiné* »

Ils s'entraident également en tenant la porte ou en mettant le code : FG3 : « *il y en a pour qui il faut tenir la porte ou l'ouvrir. [...] on s'aide beaucoup pour mettre le code.* » ou en se saluant dans les chambres : FG4 : « *on peut aller dire bonjour dans la chambre* »

Ensuite, afin de s'entraider, les résidents allaient au contact de l'autre : FG3 : « *Je vais plus aller vers eux* » ; FG4 : « *on se rencontre plus* » ; E1 : « *Il y a beaucoup plus de contacts entre eux.* » et allaient installer d'autres personnes en chambre : FG3 : « *Il y en a chez qui j'entre dans la chambre. Venir, les installer.* ». Ils mangent également ensemble : E1 : « *que ce soit en mangeant ensemble en petit groupe au restaurant* ».

Globalement, certains résidents constatent qu'il y a maintenant plus d'aides entre eux qu'auparavant : FG3 : « *Il y a eu beaucoup plus d'entraide, entre les résidents, oui. Encore maintenant madame xxx.* » ; FG4 : « *Moi je trouve que les résidents vont beaucoup plus s'aider entre eux* » ; E1 : « *Je le vois maintenant, il y a beaucoup plus de petits noyaux de 3-4 personnes qui sont devenus amis et s'aident.* » Par contre, d'autres trouvent que la situation n'a pas changé : FG3 : « *C'est pareil qu'avant.* » ; FG4 : « *Ici on va les voir heu ... mais l'aide est toujours pareille, il y a de l'entraide entre les résidents.* »

2.2.2. Entre les membres du personnel

L'entraide entre les membres du personnel concerne les collègues proches comme, par exemple, l'équipe d'aides-soignantes et celle d'infirmières de l'étage du haut ou encore l'équipe

d'ergothérapeutes et de kinésithérapeutes, etc. Il y a également les collègues plus éloignés c'est-à-dire, par exemples, les aides-soignantes et les ergothérapeutes. Il y a enfin la relation d'entraide entre le personnel de « terrain » et la direction.

Entre les collègues proches :

Avant la COVID-19, l'entraide pouvait prendre différents aspects. Elle pouvait se manifester sous forme de soutien : FG2 : « *Nous, avec ou sans COVID on se soutient.* », de repas partagés : FG2 : « *Manger entre nous, oui, déjà avant le COVID un petit peu* » ; E1 : « *Ils ne s'aidaient pas vraiment, parfois ils mangeaient ensemble à midi* » ou de moments de fête : E1 : « *Avant c'était plutôt les ergos qui allaient faire la fête avec les kiné* »

Pendant la crise, l'entraide entre les collègues proches s'est plus largement mise en place. On retrouve : du soutien : FG1 : « *C'est-à-dire là où l'équipe travaille on était soutenue.* » et de l'inquiétude pour les autres collègues : FG1 : « *Là on était très mal par rapport à elle* » L'entraide se vivait également sous forme de moments de rigolade et de partage d'un repas : FG1 : « *nous on venait avec le sourire car on savait que l'équipe était là pour s'aider, pour rigoler le matin [...] On mangeait un petit bout pour se détendre, on rigole entre nous* » ; FG2 : « *mais pendant on ramenait du pain, du beurre, le café.* » L'entraide était également une réalité grâce à des moments de partage et d'écoute : FG1 : « *C'était des moments de partage pour s'écouter.* » ; FG2 : « *L'entraide c'était quelque chose de psychologique entre nous, on s'écoutait beaucoup pendant la crise [...] On partageait.* » et de petites attentions : FG2 : « *Il y avait des petites attentions.* » Afin d'aider les autres collègues proches, elles prenaient des nouvelles les unes des autres : FG1 : « *On prenait des nouvelles.* » ; FG2 : « *Une fois que l'une était malade, il y avait les collègues qui appelaient : « Ha comment ça va ? ».* » et discutaient : FG1 : « *on parlait quand même, on parlait* » ; FG2 : « *On prenait le temps de parler, de discuter ensemble* » Finalement, l'entraide entre collègues proches prenait également la forme d'aide lors des soins : FG2 : « *Vraiment plus d'aide dans les soins de de la part de mes collègues.* » **Globalement**, l'entraide a été perçue en augmentation : FG1 : « *Il y avait plus d'entraide. Heureusement sinon sans aide ...* » ; FG2 : « *Bien sûr on s'est plus aidé* » ; E1 : « *pendant le COVID c'était tout à fait différent. Ils s'entraidaient beaucoup plus psychologiquement.* »

Entre les vagues, l'entraide perçue et vécue entre collègues proches a pris huit formes différentes. Premièrement, de l'écoute : E1 : « *on a eu beaucoup plus [...] d'écoute et tout ça heu ... puis encore entre les vagues* » et des repas partagés : E1 : « *entre les vagues même si on*

a fait quelques petites choses comme ça ... Pendant ils faisaient des repas rien qu'entre les ergos, rien qu'entre les kinés, rien qu'entre les aides-soignantes de l'étage. » L'entraide prenait également la forme de moments de rigolades : FG1 : « On mangeait un petit bout pour se détendre, on rigole entre nous » et de petites attentions : FG2 : « Il y avait beaucoup d'attentions ». Les collègues s'inquiétaient pour les autres collègues : FG1 : « On en entendait une qui toussait on disait : j'espère que tu vas bien ? » et prenaient des nouvelles : FG2 : « toujours on allait demander quand quelqu'un était malade « Alors, tu as des nouvelles ? » ou bien on les appelait ensemble pour voir comment elle allait la personne. » L'entraide se percevait également par le fait de porter attention aux autres : FG1 : « Donc on faisait attention aux autres voir s'ils n'étaient pas malades mais heureusement qu'il y avait une solidarité ... de l'entraide sinon on pette un câble. » ou de discuter ensemble : FG2 : « On prenait le temps de parler, de discuter ensemble »

Globalement, entre les vagues, les membres du personnel ont perçu plus d'entraide entre collègues proches. En effet, selon l'entretien 1 : « avec le COVID on a eu beaucoup plus d'aides informelles entre les résidents puis entre le personnel de la même équipe [...] puis encore entre les vagues et maintenant » une personne du focus group 1 a dit : « Oui, il y a eu plus d'aide entre nous, beaucoup de solidarité. »

Après la COVID-19, certaines formes d'entraides ont continué à être perçues par les participants. L'écoute est citée : FG1 : « on écoute » ; E1 : « on a eu beaucoup plus d'aides informelles [...] de l'écoute et tout ça heu ... » ainsi que le soutien : FG1 : « on se soutient » ; FG2 : « On se soutient encore plus » et le partage de repas : E1 : « le personnel ils se sont tous retrouvés au restaurant, tous ensemble, ils étaient 43. [...] on fait chaque fois un bon repas pendant la réunion pour que ce soit plus convivial en fait ». L'entraide a également pris la forme de discussions : FG1 : « on discute entre nous » ; FG2 : « on prend notre petite pause et on fait le briefing. Bah depuis la crise on discute et encore maintenant. » Finalement, l'entraide se fait également ressentir lors des réunions : E1 : « Un truc beaucoup plus ludique pour resserrer beaucoup plus les liens entre nous aussi. »

Globalement, les participants ont perçu que l'entraide après la COVID-19 avait augmenté : FG1 : « Pendant le COVID c'était autre chose maintenant ça va on s'aide beaucoup plus entre nous. » ; FG2 : « On se soutient encore plus et on s'entraide plus. » ; E1 : « avec le COVID on a eu beaucoup plus d'aides informelles entre [...] le personnel de la même équipe [...] et maintenant. »

Entre les collègues éloignés (qui ne travaillent pas ensemble ou pas souvent) :

Avant la COVID-19, l'entraide vécue entre collègues éloignés a été citée dans le focus group 2 : *« Avant, chacun restait à son étage et ne descendait que pour faire ses poubelles ou ses chariots »*

Pendant la crise, l'entraide entre collègues éloignés pris onze formes différentes. L'entraide par la présence constante : E1 : *« il a vraiment été présent tout le temps tout le temps. Il habitait tout près il était réellement présent. »* ainsi que par l'écoute des besoins des autres : FG2 : *« Ils nous aidaient quand on avait besoin ou quoi, bah on les appelait et ils nous mettaient dans l'ascenseur. »* ; FG4 : *« On demandait « tu as besoin de ça ou ça ou qui », on écoutait les besoins. »* Les gens prenaient des nouvelles entre eux : FG2 : *« Fin moi, ça m'a fait un manque de ne pas voir mes autres collègues alors des fois on se voyait dans l'ascenseur, on disait « ça va, tu vas bien ? »* et se soutenaient : FG1 : *« Ils venaient nous dire courage car tout le monde avait peur. »* ; FG2 : *« on pouvait pas descendre ou quoi bah ceux qui étaient dans l'unité propre, on pouvait compter sur eux, sur leur soutien. »* ; E1 : *« Moi, c'est d'avoir eu le soutien du médecin coordinateur »* Ils s'entraidaient également via mail : E1 : *« On s'envoyait des mails non-stop, c'était surtout pendant la vague des grands cas positifs »* et par WhatsApp : E1 : *« WhatsApp non-stop pour faire face aux nouveaux changements [...] WhatsApp entre direction et médecin traitant »* L'entraide prenait également la forme de respect des règles et mesures : FG2 : *« Surtout quand on avait les étages fermés de COVID bah on restait là-bas jusque quand on finissait la journée »* ; FG4 : *« Mais je ne pouvais pas commencer à changer d'étage. Même les ascenseurs on ne pouvait pas, je veux dire c'était vraiment très stricte »*

Ils faisaient également preuve d'entraide en allant effectuer des soins ou désinfecter : E1 : *« Les aides-soignantes qui aident le personnel d'entretien pour désinfecter. »* ; FG1 : *« Ils ont travaillé avec nous, ensemble. Ils ont un peu vu notre travail, ce qu'on fait toute la journée. »* ; FG2 : *« Ils venaient aider à donner à manger et faire les soins pendant la crise »* ; E1 : *« Entre les ergos et les kinés avec les soignants. Ils ont pris conscience du travail des aides-soignantes en faisant les toilettes, en lavant, en mettant les résidents au WC. »* Finalement, l'entraide passait également par le fait d'aider les collègues à donner à manger aux résidents : FG2 : *« Ils venaient aider à donner à manger »* ; FG3 : *« elles ont aussi aidé pour donner à manger. »*

Globalement, les membres du personnel ont vécu un accroissement de l'entraide entre collègues éloignés : FG1 : *« Oui, et nous on était soudé pour s'entraider même avec les ergos, kinés »* ; FG2 : *« On s'aidait vraiment plus. »* ; FG4 : *« Moi je pense que pendant la période du COVID, il y avait beaucoup plus d'aide entre le personnel éloigné parce qu'on était obligé aussi. On*

devait aider tout le monde. » ; E1 : « à chaque fois il y avait une ergo avec eux qui et 2-3 aides-soignantes qui sont restées là entre-elles s'aider, alors qu'avant ... jamais. »

Entre les vagues, l'entraide a été vécue sous différentes formes, telles que : prendre des nouvelles : FG1 : « *Puis ils venaient demander comment on va même entre les vagues.* », gérer les visites : FG4 : « *Par contre, on a eu beaucoup d'aide du centre de jour c'était indispensable. C'est-à-dire qu'eux ont fermé et tout le personnel est venu ici et ils ont géré les visites.* » ou encore faire des soins : FG2 : « *Ils venaient aider à [...] faire les soins pendant la crise et entre les vagues, avant jamais.* » Donner à manger était également vécu comme une forme d'entraide lors de la période inter-vagues : FG2 : « *Ils venaient aider à donner à manger [...] pendant la crise et entre les vagues, avant jamais.* » ; FG3 : « *pendant la crise puis entre les vagues. Puis elles ont aussi aidé pour donner à manger.* »

Après la COVID-19, les formes d'entraides qu'ils expérimentent consistent à manger et à discuter ensemble : E1 : « *Ils se font des brunchs entre eux et à 11 heure pendant le rapport ils se font des chouettes repas où ils discutent.* » ainsi qu'à prendre des nouvelles : FG1 : « *Du coup, ils nous aidaient plus maintenant. Puis ils venaient demander comment on va même entre les vagues. Maintenant encore.* » et à encourager les collègues éloignés : FG1 : « *Ils reviennent et ils disent quel courage encore maintenant.* »

Globalement, les membres du personnel ont expérimenté l'entraide comme quelque chose ayant augmenté entre avant et après la crise de la COVID : FG1 : « *Oui, ils nous aident plus maintenant car ils ont fait des soins et ont vu ce qu'on fait.* » ; FG2 : « *Pendant le COVID ils venaient nous aider et ils viennent encore aider du coup.* »

Du personnel de « terrain » et la direction :

Avant la COVID-19 : l'entraide prenait une forme différente : FG1 : « *La direction, les weekends ils n'étaient pas présents dutout avant.* ».

Pendant la crise : l'entraide a pris onze formes différentes. Il y avait la distribution de nourriture : FG1 : « *On a eu des petits déjeuners.* » ; FG2 : « *De temps en temps ils venaient donner du chocolat aussi.* » ; E1 : « *on a essayé de faire des matins où j'allais chercher le petit-déjeuner pour chaque équipe pour apporter des aides comme ça.* » ou la mise en place du passage de boissons : E1 : « *Même si on leur passait à boire* » La direction faisait également preuve d'entraide en prenant des nouvelles : FG1 : « *Ils passaient nous voir, voir si ça allait*

bien. », en écoutant : FG2 : « *Au niveau de l'organisation ils étaient là, ils écoutaient.* » et en répondant aux besoins du personnel : FG2 : « *Après quand on leur demande quelque chose, ils nous le donnent* » Il y a également eu de l'entraide entre la direction et le personnel de terrain en mettant en place un WhatsApp personnel : FG1 : « *Ils ont aussi fait un groupe WhatsApp, où dessus on pouvait échanger si besoin, c'est quand même eux qui l'ont initié.* » ; FG2 : « *Ils essayaient de mettre les choses en place comme la tablette.* » ; E1 : « *Ce qu'on a fait c'est un WhatsApp Team personnel ou on a mis tout le personnel de la maison de repos.* » Afin d'aider, la direction à gérer ses équipes WhatsApp : FG4 : « *la mise en place des tablettes avec WhatsApp aussi parce qu'on n'est pas nombreux à pouvoir le faire.* » ainsi que le personnel : FG4 : « *La gestion du personnel, ça je veux dire que la direction a bien fait car c'était important. Ça nous a aidé.* » Ils ont également aidé en donnant du matériel au personnel de terrain : FG2 : « *La direction ils nous ont aidé dans le sens où ils ont donné le matériel, les masques.* » ; E1 : « *On s'est battu pour le matériel parce que franchement on a dû se battre car on avait rien du tout au départ* » ainsi qu'aider pour donner à manger : FG1 : « *Mais je veux dire quand même que le directeur est venu deux, trois fois en weekend pour donner à manger, ça je peux quand même le souligner que ce soit pendant la crise ou même entre les vagues.* » Une « journée métiers » a également été mise en place : E1 : « *On a créé des « journées » pour que chaque profession avec la journée des aides-soignantes où le directeur et moi on a fait nous-même des pizzas dans la cuisine et on les a apportées lors de leur temps de pause. On a mis en place la journée des aides-soignantes, la journée des femmes d'entretien, la journée de la cuisine.* »

Globalement, les membres du personnel ont vécu l'entraide apportée par la direction de différentes façons, dans le focus groups 1 : « *Non, malheureusement on n'a pas été assez bien soutenu par la direction.* » ainsi que dans le focus group 2 : « *On aurait eu besoin de, plus, plus, vraiment plus d'aides informelles.* ». Néanmoins, E1 : « *On a fait plein d'autres choses pour aider vous savez mais je ne me souviens pas de tout.* »

Entre les vagues, l'entraide entre la direction et le personnel de terrain s'est concrétisée par la gestion des équipes et ce notamment dans le cadre des visites : FG4 : « *La gestion du personnel, ça je veux dire que la direction a bien fait car c'était important. Ça nous a aidé. [...] Donc ils ont organisé toutes les visites* » ; E1 : « *Ce qu'on a fait c'est une WhatsApp Team personnelle où on a mis tout le personnel de la maison de repos.* » La direction a également fait preuve d'entraide dans la gestion de WhatsApp pour les résidents : FG4 : « *la mise en place des tablettes avec WhatsApp aussi parce qu'on n'est pas nombreux à pouvoir le faire* » ; FG1 :

« Ils ont mis ça pour aider les personnes à voir les familles, de parler avec les familles parce que personne ne pouvait venir les voir. » et pour le personnel : FG1 : *« Ils ont aussi fait un groupe WhatsApp, où dessus on pouvait échanger si besoin, c'est quand même eux qui l'ont initié. »*

Ils ont également aidé à donner à manger ainsi qu'organisé des « journées métiers » : FG1 : *« Mais je veux dire quand même que le directeur est venu deux ou trois fois en weekend pour donner à manger, ça je peux quand même le souligner que ce soit pendant la crise ou même entre les vagues. »* ; E1 : *« On a créé des « journées » pour chaque profession »*

Après la COVID-19, l'entraide avec la direction a pris la forme de dons de matériel : E1 : *« Ce que je fais maintenant c'est laissé les gens en demande d'avoir des masques etc., on essaye de donner un peu plus à tel ou tel membre du personnel en vue de sa situation familiale »* ou de séances avec un psychologue : FG1 : *« on a eu droit à un psychologue, ils ont eu les retours »*
L'aide que la direction procure prend également la forme de soutien pour des projets : E1 : *« on essaye que dès qu'ils ont un nouveau projet c'est le soutenir et le mettre en route et le mettre en valeur »* mais également de maintenir les « journées métiers » : E1 : *« Oui, ça on ne faisait pas avant et on veut continuer à le faire. Bientôt c'est la journée de l'infirmière puis il y aura la journée de l'ergo aussi donc voilà ... »* Finalement, la direction maintient l'utilisation de l'application WhatsApp entre les membres du personnel afin de favoriser l'entraide : E1 : *« Ce qu'on a fait c'est un WhatsApp Team personnel ou on a mis tout le personnel de la maison de repos. A la base c'était pour faire passer les informations formelles où changer les mots de passe car on a dû changer plusieurs fois les mots de passe de l'institution pour que plus personne ne rentre. Mais maintenant c'est devenu beaucoup plus informel, on s'envoie bon anniversaire, bon Ramadan, c'est beaucoup plus convivial »*

Globalement, la direction a augmenté l'aide qu'elle prodiguait au personnel de terrain : E1 : *« On essaye de plus aider le personnel »*

2.2.3. Entre les résidents et le personnel

Après avoir présenté les interactions entre les résidents et entre les membres du personnel, il convient maintenant de s'intéresser à l'évolution de l'entraide entre les résidents et le personnel.

Des résidents vers le personnel de terrain

Avant la COVID-19, les résidents apportaient leur aide au personnel de terrain en les aidants à ranger le matériel après les activités : FG4 : « *Quand je venais en ergo, je restais aider xxx pour tout ranger, han ?* »

Pendant la crise, l'entraide s'est manifestée sous la forme de respect des règles par les résidents : FG2 : « *Et quand on leur dit que, de ne pas beaucoup sortir, ils restaient plus en chambre pour pas contaminer les autres. Ça au premier ils le faisaient, mais au deuxième ce n'est pas possible.* » ; FG4 : « *On m'a demandé de ne pas y aller j'ai respecté, on était quand même... Quand j'ai pu y aller j'étais comme un cosmonaute.* » Ils fournissaient également de petits services et faisaient des plaisanteries : FG3 : « *Pendant la crise, une aide-soignante, j'ai donné un service à une aide-soignante parce qu'elle est très occupée, souvent elles étaient quand même contentes* » ; FG3 : « *Et on peut un peu plaisanter, avec les soignants aussi.* » Ils faisaient preuve d'entraide en tenant compte de la situation des soignantes : FG3 : « *Pour moi, le personnel a été très gentil à nous aider. Il ne faut pas oublier qu'ils ont eu beaucoup de travail, donc il fallait penser à eux et pas être égoïste non plus et être difficile.* »

Globalement, le personnel a perçu l'entraide de la part des résidents comme étant moins présente : FG1 : « *Ils ont diminué l'entraide, ils mangeaient moins* »

Entre les vagues, l'entraide apportée par les résidents au personnel se manifesta également par le respect des règles et de plaisanter comme ce fut le cas durant la crise : FG4 : « *Quand j'ai pu y aller j'étais comme un cosmonaute.* » ; FG3 : « *Et on peut un peu plaisanter, avec les soignants aussi.* »

Après la COVID-19, l'aide apportée par les résidents au personnel prend quatre formes différentes. Premièrement, mettre en place des activités : E1 : « *Ce que je vois c'est que les résidents aident beaucoup plus les ergos dans la mise en place des activités ou à heu ... préparer la salle pour une autre activité.* » et entrer en contact avec le personnel : FG3 : « *Elle est venue dans les chambres entre les vagues, on discutait et maintenant je vais plus, plus vers elle.* » Les résidents tentent également de tenir compte de la situation des soignantes : FG3 : « *Vous savez, il ne faut pas oublier que nous sommes des privilégiés ici han. L'immeuble est neuf même parmi le personnel ce sont tous des jeunes ce ne sont pas des personnes âgées qui en ont marre de travailler tout ça heu... nous sommes des privilégiés.* » Afin de s'entraider, les résidents font également des plaisanteries : FG3 : « *Et on peut un peu plaisanter, avec les soignants aussi.* »

Globalement, l'entraide est perçue comme ayant amplifié : FG3 : « *Moi je trouve qu'on aide plus qu'avant.* » ; E1 : « *Ce que je vois c'est que les résidents aident beaucoup plus* »

Du personnel de terrain vers les résidents :

Avant la crise, il est évoqué par les participants l'existence d'une entraide par la discussion : FG3 : « *On communiquait beaucoup avec* » mais également par la distribution de repas : E1 : « *Les kinés distribuaient les repas, ça se faisaient déjà avant.* » Les soins sont également évoqués : E1 : « *Avant c'était je fais les piqûres les soins et maintenant il y a beaucoup plus.* » ainsi que de faire les courses : E1 : « *Une aide-soignante qui va faire des courses pour un résident qui n'a pas de famille ou une aide-soignante qui va acheter un paquet de cigarettes pour un résident. Ça voilà ... il y avait des choses comme ça avant...* »

Pendant la crise, les résidents ont ressenti des différences lors des visites : FG4 : « *on restait dans sa chambre et on avait peut-être de temps en temps quelqu'un mais il y avait des semaines et des semaines où il n'y avait personne parce qu'il y avait des cas.* », des discussions : FG2 : « *On ne pouvait pas trop parler aux résidents* » ; FG3 : « *Rentrer dans la chambre, sans parole, sans rien. Ça, ça m'a manqué, sans un petit geste, sans un « ça va ? »* » ; FG4 : « *Bah on ne parlait pas* » et de la prise de nouvelles : FG3 : « *Ça, ça m'a manqué, sans un petit geste, sans un « ça va ? »* Par contre, d'autres formes d'entraides ont été expérimentées durant la crise : les explications : FG1 : « *pendant la toilette on prenait le temps de leur expliquer vraiment.* » ainsi que les petites attentions : FG2 : « *On venait avec des petites attentions comme donner des chocolats.* » et l'aide psychologique : FG3 : « *On va dire qu'il y a eu de l'entraide psychologique.* » L'entraide se manifestait également par un temps plus long consacré aux soins : FG1 : « *On prenait le temps de leur expliquer, de les aider petit à petit.* » ; FG3 : « *Eux ils prenaient le temps de lire.* » ainsi qu'à l'écoute : FG3 : « *de l'aide pour nous aider à surmonter tout ça.* » Durant la crise, certaines personnes prenaient également le temps de lire des textes écrits par quelques résidents : FG3 : « *J'écris, j'écris et je donne aux soignants, pour qu'ils me donnent un avis. Eux ils prenaient le temps de lire.* ». L'entraide prenait également la forme d'aide aux transferts : FG3 : « *il y a les soignants que je connais je pouvais leur demander de l'aide pour me lever* » ; FG4 : « *Le personnel est venu plus nous aider dans les chambres pour aller dans le lit ou la chaise.* » et de stimulation lors des repas : FG1 : « *On stimulait beaucoup plus et des gens qui mangeait tout seul on a dû les aider davantage dans le sens où ils étaient déprimés donc la nourriture si on insistait pas ...* » ; FG2 : « *On était là, on les aidait à manger sinon ils ne mangeaient rien.* » ; FG3 : « *Puis elles ont aussi aidé pour*

donner à manger. » Le personnel de terrain était également vecteur de soutien et portait leur attention sur les besoins des résidents : FG3 : « *Des soignants oui. Je me suis sentie soutenue pendant la crise et entre les vagues.* » ; FG3 : « *Depuis la crise, ils sont attentifs à nos besoins* » Afin de s'entraider lors de la crise, les soignants ont mis en place de nombreuses mesures de protections : FG1 : « *une fois qu'on arrive chez eux, comme des cosmonautes, on devait aller de la tête aux pieds on leur expliquait.* » ; FG2 : « *on venait des fois couvert de la tête aux pieds* » ; E1 : « *Elles étaient en masque complet avec double masque* » et s'occupaient de ceux qui n'étaient plus capable cognitivement de respecter les mesures : FG1 : « *Ça m'a fait rire, mais il y a des résidents ils n'ont plus toute leur tête han, ils ne savent pas qu'ils ne peuvent pas aller dans les autres chambres et du coup les personnes nous appelaient et nous allions les ramener en chambre.* » Le personnel de terrain venait également déposer les plateaux dans chaque chambre : FG3 : « *une personne vous apporte le plateau pour souper.* » ainsi que de transmettre les nombreux appels de la famille : FG1 : « *Ils voulaient avoir des nouvelles des autres, c'était le seul moyen pour eux de les aider c'est de passer par nous.* » ; E1 : « *Parce que les familles ont appelé tout le temps pour prendre des nouvelles vu qu'ils ne pouvaient pas venir et les infirmières transmettaient l'appel.* » Le personnel de terrain a également fourni de l'aide en travaillant davantage : E1 : « *là franchement, elles ont travaillé comme des dingues [...] Elles ont tellement aidé les résidents.* » et en s'occupant des appels WhatsApp : FG1 : « *WhatsApp [...] il y avait quelqu'un qui a pris en charge ça pendant la crise et encore après pour pas qu'ils se sentent, qu'ils soient isolés.* » ; FG2 : « *Oui, c'est vrai que des fois les ergos ils venaient avec les tablettes* » ; E1 : « *Les ergos aussi, parce les ergos pendant toute la période COVID ont fait tous les appels WhatsApp avec les familles du coup ils savent qui sont les ergos. Les kinés ont aussi fait des appels WhatsApp.* » Elles étaient également présentes auprès des résidents : FG2 : « *Nous on devait être là pour pas qu'ils dépriment trop.* », elles les aidaient à ranger leur chambre : FG3 : « *il y a les soignants que je connais, je pouvais leur demander de l'aide [...] pour ranger quelque chose.* » et elles ramenaient de la nourriture : FG3 : « *Il y avait des soignants qui passaient pour distribuer des boissons* » ; E1 : « *une dame du restaurant qui aime faire des gâteaux des crêpes et tout ça et on lui a demandé de préparer et d'aller distribuer quasiment tous les jours dans les 5 étages, soit une fois des crêpes, une fois des quiches.* »

Globalement, une augmentation de l'entraide a été perçue mais elle n'était pas encore assez importante par rapport aux besoins : FG1 : « *Mais nous on devait faire preuve de plus d'entraide envers les résidents car sinon on se rendait bien compte qu'ils ne mangeaient rien.* » ; FG2 : « *Pendant la crise, on s'aidait plus entre nous, mais on les aidait eux aussi plus.* » ; FG3 :

« Pour moi le personnel a été très gentil de plus nous aider » ; E1 : « Elles ont tellement aidé les résidents. » ; FG3 : « On a eu plus d'aide mais pas eu assez d'aide psychologique. »

Entre les vagues l'aide que le personnel a apporté aux résidents prit la forme de discussions : FG2 : « on prenait du temps pour aller discuter. » ; FG3 : « *Elle est venue dans les chambres entre les vagues, on discutait et maintenant je vais plus vers elle.* » ; FG4 : « *donc je discutais beaucoup plus avec les gens et les résidents.* » mais également d'aide psychologique et de marques d'affection : FG2 : « *Plus psychologique et affection aussi. Vu qu'ils n'avaient pas leur famille et tout ça, il y en avait qui demandaient plus de câlins, plus de tendresse. On était leurs seuls repères.* » ; FG3 : « *On va dire qu'il y a eu de l'entraide psychologique.* » ; FG4 : « *On fait moins d'individuel, quand on fait de l'individuel bah on va se renseigner plus au niveau du résident les aider psychologiquement.* » L'entraide se percevait également à travers la prise de nouvelles des résidents : FG3 : « *Dès qu'ils pouvaient, ils venaient voir si j'allais bien et discutaient.* » et le fait de porter attention à leurs besoins : FG3 : « *Depuis la crise, ils sont attentifs à nos besoins* » De plus, l'écoute était également présente comme forme d'entraide : FG2 : « *Non ça nous a pas aidé beaucoup, on allait quand même les écouter.* » ; FG3 : « *Il y avait des soignants qui passaient pour [...] de l'écoute pour nous aider à surmonter tout ça.* » ainsi que le soutien : FG3 : « *Des soignants oui. Je me suis sentie soutenue pendant la crise et entre les vagues.* » Durant la période inter-vague, le fait de prendre son temps et de rendre visite pouvaient également être considérés comme des formes d'entraides : FG2 : « *On prenait du temps.* » ; FG1 : « *Oui on allait les voir. On faisait ce qu'on pouvait pour qu'ils ne se sentent pas abandonnés de tous.* » ; FG4 : « *Oui, alors quelqu'un venait mais alors on ne pouvait même pas avoir de visites extérieures.* » Dans le focus group 3, les participants font référence au fait que les soignants ont aidé au cours des repas et ont préparé des séances individuelles : FG3 : « *Puis elles ont aussi aidé pour donner à manger.* » ; FG3 : « *Bah avant heu ... ils ne passaient pas dans ... on ne pouvait pas aller aux activités du coup on recevait quelque chose, elles étaient à l'étage mais c'était que temporaire pendant, entre les vagues.* » ; FG4 : « *J'ai fait beaucoup plus d'individuel* » Certains participants évoquent également le fait qu'ils ont été aidés pour ranger leur chambre : FG4 : « *Moi j'ai rangé ma chambre et j'ai eu de l'aide pour pendre les cadres.* » et que les soignants ont amené de la nourriture et des boissons : FG3 : « *Elles passent avec des boissons dans les chambres* » ; FG4 : « *Avant ils passaient tous les jours, ils apportaient à boire, un petit biscuit, tous les jours.* » Les soignants étaient présents au quotidien : FG2 : « *Nous on devait être là pour pas qu'ils dépriment trop.* » et s'occupaient des appels WhatsApp : FG1 : « *Oui voilà, il y avait quelqu'un qui a pris en charge ça pendant*

la crise et encore après pour pas qu'ils se sentent, qu'ils soient isolés. Ils ont mis ça pour aider les personnes à voir les familles, de parler avec les familles parce que personne ne pouvait venir les voir. » ; FG2 : « Oui, c'est vrai que des fois les ergos venaient avec les tablettes ou quoi mais ce n'était pas assez. » ; FG4 : « a mise en place des tablettes avec WhatsApp »

Enfin, l'entraide passait également par des moments de bien-être comme le fait de se faire couper les cheveux par les soignants : FG4 : « *La coiffure, c'était de l'aide parce qu'il n'y avait pas de coiffeur.* » ; E1 : « *C'est vrai qu'entre les vagues il y a eu xxx et xxx qui ont coupé beaucoup de cheveux et des aides-soignantes qui ont fait des brushings ça il y a aussi eu comme aide.* »

Globalement, l'entraide a été perçue en augmentation durant la période inter-vagues. En effet, les participants stipulent : FG1 : « *Oui, je pense qu'on était beaucoup plus proche. On était beaucoup plus à aider.* » ; FG2 : « *Entre les vagues, on était plus là pour les aider pour les écouter.* » ; FG3 : « *Moi je n'ai rien à dire, les aides-soignantes ont toujours été là pour aider depuis la crise et encore maintenant ...* » ; FG4 : « *Quand on a pu sortir, il y avait plus d'entraide.* » ; E1 : « *Entre les infirmières et les résidents. Je trouve que c'est devenu plus ...* »

Après la COVID-19, l'entraide perçue prenait la forme de discussions : FG3 : « *Puis ils viennent toujours discuter* » ; E1 : « *Ils vont souvent discuter avec elle.* », d'aides psychologiques : FG3 : « *« L'aide psychologique, ça oui oui.* » ou également d'un sourire : FG3 : « *Un sourire [...] ça me fait plaisir car elle a pensé à moi.* » L'entraide prend également la forme de souhait de résoudre les problèmes des résidents par les soignants : E1 : « *S'il y a un problème que ce soit avec la famille ou n'importe, elles vont essayer de tout faire avec leur cœur et régler le problème.* » ainsi que d'apprendre à mieux connaître les patients : E1 : « *Elles connaissent super bien les résidents et leurs habitudes.* » Dans le focus groupe 3, les résidents citent le fait que les soignants portent attention à leurs besoins : FG3 : « *Depuis la crise, ils sont attentifs à nos besoins* » et qu'ils sont vecteurs de petites attentions : FG3 : « *Ce sont des petites attentions qu'elles font, voilà. Ce sont des gens attentionnés.* » Quant au focus group 3 et 4, ils citent comme forme d'entraide le fait que les soignants viennent les saluer : FG3 : « *quand elle fait un petit signe de la main pour dire au revoir, ça me fait plaisir car elle a pensé à moi.* » ; FG4 : « *Ils viennent dire bonjour, voir si ça va.* » ainsi que prendre des nouvelles : FG3 : « *Il y en a quand même qui viennent demander des petites nouvelles.* » ; FG4 : « *Quand, le weekend, ils viennent voir si tout va bien.* » L'entraide prend également la forme de taquineries, d'une implication auprès de la famille ainsi que de l'écoute. En effet, les participants citent : FG3 : « *On s'embête maintenant mutuellement.* » ; E1 : « *Elles s'impliquent beaucoup plus auprès*

des familles, les familles peuvent appeler n'importe quand, elles vont répondre avec patience et transmettent les appels. » ; FG3 : « Puis ils viennent toujours [...] nous écouter. » ; E1 : « elles sont plus à l'écoute des résidents heu ... de ce dont ils ont besoin. » Les soignants font également part d'entraide par le biais des soins : FG3 : « Oui, pour les soins. » ; E1 : « C'est entraide basique, du normal, comme faire les soins c'est du ...heu ... du quotidien. Ça fait partie de la normalité l'aide formelle que ce soit avant ou après le COVID. », ainsi que pour aider les personnes lors des repas : FG3 : « si je demande de l'aide pour manger une tartine, ils vont m'aider. » L'entraide prend également la forme d'activités de groupe, d'aide pour ranger le matériel ou encore pour faire les courses pour un résident : E1 : « les activités sont un plus dans la vie quotidienne des résidents. C'est vraiment une prise ... heu ... c'est pour que le résident retrouve les repères qu'il avait avant pour que le résident retrouve au mieux les activités diverses mais maintenant dans l'institution. » ; FG4 : « Quand on arrive à l'atelier artistique, tout est toujours impeccablement préparé et quand c'est terminé, on part et xxx range tout elle-même pour nous aider. » ; E1 : « il y a des femmes de ménage qui vont faire des courses pour aller chercher des cigarette, des fruits ou des courses au Delhaize. Ça ne fait pas partie de leurs tâches et elles vont le faire. » Depuis la crise de la COVID-19, afin de promouvoir l'entraide, les appels WhatsApp sont maintenus et un référent WhatsApp a été désigné : FG4 : « Il y a certaines choses qui sont restées comme le WhatsApp. Les gens peuvent contacter plus facilement leur famille qu'avant. » ; E1 : « il y a maintenant un référent pour les appels WhatsApp. » Les soignants aident également les résidents en proposant des activités de bien-être : E1 : « j'ai une des infirmières qui fait l'épilation d'une autre dame, elle coupe les ongles, elle met du vernis, chose qu'elle ne faisait pas avant. » ou en leur transmettant les appels de la famille : E1 : « Les familles téléphonent tout le temps tout le temps maintenant au personnel soignant [...] pour prendre des nouvelles et transmettre un appel au résident. »

Globalement, les participants ont perçu une augmentation de l'entraide : FG3 : « Beaucoup d'entraide encore maintenant. » ; FG4 : « C'est un peu plus qu'avant le COVID. » ; E1 : « je trouve que là il y a une super évolution qui a été faite concernant l'aide informelle procurée aux résidents et ça vraiment, en 2 ans, ça a vraiment fortement changé. Elles s'impliquent beaucoup plus », alors que d'autres ont ressenti une diminution de celle-ci : FG4 : « Il y a moins qu'avant de l'aide du personnel parce qu'avant il y avait beaucoup plus de services que maintenant han. »

De la direction vers les résidents

Avant la COVID-19, l'entraide prenait la forme d'une aide pour résoudre des problèmes : FG4 :

« Avant, on allait les voir s'il y avait un problème. »

Pendant la crise, l'entraide entre ces deux acteurs prenait la forme de transmissions d'attentions entre résidents : E1 : *« il y avait une dame qui voulait donner des fruits à une autre dame à un autre étage, du coup, j'ai été prendre les fruits et j'ai été les apporter à la dame. »*, ainsi que de petites attentions telles que : FG4 : *« La direction est venue donner des chocolats. »* De plus, la direction a mis en place un mail pour les familles et résidents : E1 : *« On a créé une adresse mail famille [...] on ne savait pas informer par courrier de tout ça parce qu'avec la poste ça a été compliqué aussi donc, on a tout fait par la boîte mail famille. »*. Néanmoins, l'entraide liée aux visites semble avoir changé : FG4 : *« Non, on ne les voyait pas. Ils avaient leurs soucis aussi, on ne les voyait pas beaucoup. »*

Entre les vagues, la direction aidait les résidents à être au courant des nouvelles mesures en affichant des panneaux : E1 : *« C'était affiché dans les ascenseurs ça. »*

Après la COVID-19, l'entraide prend la forme d'un contrôle de la qualité des soins : E1 : *« Je pense qu'il faut qu'on fasse une grosse partie de l'année des contrôles au niveau de l'aide formelle apportée aux résidents car avec le COVID [...] les aides-soignantes ont plus relâché le fait de ne pas toujours tout ranger. »* ainsi que le maintien du mail pour les familles et résidents : E1 : *« La boîte mail, on va la garder. »* La direction continue de transmettre les appels aux résidents : E1 : *« Les familles téléphonent tout le temps tout le temps maintenant [...] à moi de prendre des nouvelles et de transmettre un appel au résident. »* et crée actuellement un groupe Facebook d'entraide pour les familles et les résidents de la MRS : E1 : *« on veut maintenant créer le groupe Facebook [...] pour partager avec les familles et les résidents. »*

DISCUSSION

Cette étude a pour objectif de déterminer comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise sur base de l'expérience vécue par les résidents et le personnel. Pour ce faire, l'entraide « avant la crise » a été comparée avec celle perçue « pendant », « entre les vagues » et « après la crise » et ce, afin d'obtenir une vision globale de son évolution dans le temps.

1. Interprétation des résultats

Afin d'interpréter les résultats, il est important de définir les différents types de relations d'entraide au sein de la MRS en fonction des acteurs. En effet, selon les définitions exposées dans l'introduction, les relations entretenues entre les résidents et le personnel est du type « relation d'aide formelle » étant donné que celle-ci est basée sur un potentiel « don » sous forme de rémunération. Néanmoins, dans certains cas plutôt exceptionnels, la relation peut être de type « mixte » car un lien d'amitié ou d'affection particulier peut être créé avec un résident. Dans le cadre de cette étude, l'on considère la relation entretenue entre le personnel et le résident de « relation d'aide formelle ». Quant à la relation d'aide entre les résidents eux même, elle peut être défini comme une « relation d'aide informelle » car celle-ci n'est pas formalisée par un contrat mais bien par des liens amicaux, de voisinage, etc. Finalement, la relation d'aide entre les membres du personnel peut être classée de deux façons : soit comme « formelle », lorsqu'elle est seulement liée à un contrat, un lien de subordination ou autre, ou alors « mixte » quand, par exemple, la relation est également devenue amicale.

1.1.Éléments influençant l'entraide

Comme mentionné dans les résultats, différents éléments présents lors de la crise de la COVID-19 ont influencé l'entraide. Trois composantes ont été abordées au cours de chaque moment de rencontre. La **peur** a été évoquée comme élément principal dans la modification de l'entraide selon les participants. En effet, selon Jodelet (2011) lorsque les personnes sont sous l'emprise de la peur, comme cela a été le cas pendant la crise de la COVID-19, elles ont des comportements d'exclusion. Cette peur « totale » ou peur de la mort est liée au fait de ne pas savoir si le virus touchera la personne concernée ou ce qui en adviendra ensuite. Ce comportement d'exclusion est donc lié à la peur de l'inconnu et à l'aspect incertain de la situation. Ce type de peur peut être rangé selon Paillard (1993 cité dans Jodelet, 2011), dans la catégorie de la peur de l'autre. Cette peur est néanmoins catalysée par certaines mesures telles que la distanciation sociale, par laquelle l'autre est considéré comme un potentiel risque de

maladie mortelle (Sikali, 2020). Selon certains travaux de neurobiologie (LeDoux, 1996 cité dans Jodelet, 2011), les peurs touchent le cortex cérébral ce qui engendre une adaptation du comportement face à des situations nouvelles telles que celle vécue lors de la crise sanitaire.

Durant la période inter-vagues, la peur était toujours présente mais moins intense, ce qui a permis aux individus de présenter une attitude d'accoutumance et d'appropriation de la peur liée au virus. Ce comportement a permis de « vivre avec l'incertitude et de colmater, voire d'oublier les peurs de notre temps ou de les remplacer. » (Jodelet, 2011, p.251).

A noter que la médiation de la peur peut prendre différentes formes : « Il peut s'agir de mouvements sociaux, de mobilisations collectives, d'organisations humanitaires (...) Elles peuvent aussi être symboliques à travers les représentations partagées et construites discursivement dans les échanges développés dans l'espace public et interpersonnel voire dans celui des internautes » (Jodelet, 2011, p.252). Dans le cadre de cette étude, c'est principalement la médiation de la peur, sous la forme d'entraides interpersonnelles, qui a été étudiée qu'elle prenne la forme d'aides formelles, informelles ou mixtes.

Le second élément qui influence grandement l'entraide concerne **l'identité** des acteurs. En effet, comme mentionné dans Ward (2012), chaque acteur dispose d'une identité avec de nombreuses facettes. Celles-ci sont liées à un réseau de personnes ayant créé des liens entre elles et « c'est dans l'interaction avec les personnes liées à chacune de ces facettes que l'individu compose son identité. » (Ward, 2012, p.167). Il est dès lors impossible de dissocier l'identité du réseau de liens qui lui est associé. L'aide que la personne peut donner, recevoir ou rendre est donc en lien direct avec son identité. L'individu détermine lors de chaque situation « la pertinence, en termes de construction ou d'adéquation identitaire » de celle-ci (Ward, 2012, p. 167). En tenant compte de ces éléments, un lien se crée entre l'identité de la personne dans son réseau de relations et l'aide que chaque personne peut ou veut prodiguer dans une situation telle que celle connue durant la pandémie.

Quant au troisième élément, il concerne les **mesures de restriction** imposées telles que la distanciation sociale et l'isolement. En effet, les participants font part du fait qu'avec les mesures de restriction qui étaient imposées lors des périodes de crise, il n'était pas possible d'aider les autres comme ils l'auraient voulu. En effet, certaines personnes qui prodiguaient habituellement leur aide, par exemple en poussant un résident dans sa chaise roulante ou en donnant à manger, n'étaient plus autorisées à le faire. Selon Sikali (2020), ces mesures de

distanciation sociale font accroître le taux de « rejet social » et d'individualisme de la part des acteurs, ce qui provoque parallèlement une diminution de l'entraide.

D'autres éléments influençant l'entraide ont été identifiés mais ces derniers n'ont pas été évoqués dans tous les groupes. On retrouve le niveau d'autonomie de la personne, le fait de ressentir le besoin d'aide chez l'autre, la charge de travail, l'équipe, la prise de conscience du métier de l'autre, le genre de la personne ainsi que la proximité des chambres. Les affinités ont également eu un impact ainsi que la conscience professionnelle, la confiance en l'autre, la fatigue psychologique, l'émotion d'amusement, l'absentéisme, l'état mental, le sentiment d'être indispensable, la quantité d'aide demandée, le sentiment de colère et d'impuissance, le fait de se sentir soutenu ainsi que d'être reconnaissant envers quelqu'un.

1.2.L'influence de la COVID-19

Afin d'interpréter les résultats de cette étude, ceux-ci seront mis en parallèle avec les types d'aides (aide formelle, informelle et mixte) abordés dans l'introduction de ce mémoire et classés en fonction de la relation d'aide (entre les résidents, entre les membres du personnel et entre les résidents et le personnel). Néanmoins, les différents types d'aides n'ont souvent pas de limites bien définies, c'est-à-dire que certaines aides comme, par exemple, donner à manger à des résidents, peuvent être considérées comme formelles par les uns ou mixtes par d'autres. Pour ce faire, ce mémoire considère les aides mixtes comme les aides relevant autant de l'aide formelle qu'informelle telle que, par exemple, la réattribution de certaines tâches. En effet, cette aide fait partie du type formel car elle est liée à un contrat mais elle fait également partie du type informel car la personne n'est pas dans l'obligation d'apporter cette aide et, si elle la prodigue néanmoins, c'est dans un esprit d'entraide entre pairs.

Même si les soignants sont liés par un contrat formel aux autres membres du personnel et aux résidents, il s'avère que ce contrat n'impose pas seulement une aide formelle. Certes, certaines aides sont stipulées noir sur blanc dans le contrat mais d'autres, telles que les aides informelles, sont à lire « entre les lignes ».

1.2.1. Entre les résidents

Étant donné que la relation d'aide vécue entre les résidents est considérée comme une « relation informelle », celle-ci peut être vectrice d'aides informelles entre eux. Néanmoins, il faut noter que, lorsqu'un résident entre en institution, celui-ci signe un contrat d'ordre intérieur qui dénombre certaines règles de bienséance à respecter au sein de la MRS. Étant donné la nature de ces règles, dans le cadre de ce mémoire, toutes les aides évoquées entre les résidents seront

considérées comme informelles et non pas liées au document d'ordre intérieur. En effet, il n'est pas certain que les personnes-âgées aient réellement conscience de ces règles au quotidien, ni que leurs actions soient influencées par elles.

Avant la crise de la COVID-19, certaines **aides informelles** telles que : prendre des nouvelles, saluer quelqu'un, donner à manger ou mettre au lit, étaient déjà présentes. Ces aides étaient données, reçues ou rendues en allant au contact direct des autres résidents.

Pendant la période de crise, la majorité des participants de trois focus groups ont perçu que **l'entraide informelle** avait diminué (FG1, FG3 & FG4) alors que d'autres, en minorité, ont exprimé le fait que la situation n'avait pas changé ou qu'il y avait même davantage d'entraide informelle (FG3). L'aide informelle prenait alors la forme de prises des nouvelles (comme avant), de petites attentions ou encore, de traits d'humour. En effet, au vu des mesures de distanciation sociale et d'isolement, il n'était plus possible pour les résidents d'aller au contact direct des autres personnes. L'aide informelle se présentait davantage virtuellement, par le biais du téléphone, que ce soit pour prendre des nouvelles ou pour faire de l'humour. La pandémie de la COVID-19 a ainsi favorisé l'utilisation du téléphone par les personnes âgées (Gendre-Dusuzeau, 2021). Quant aux petites attentions, elles se transmettaient par le biais du personnel de la MRS qui tenait fréquemment le rôle de « livreur » entre les résidents.

Entre les vagues, la majorité des participants des FG2, FG3, FG4 et de E1 ont perçu que **l'aide informelle** avait augmenté entre les résidents et ce, même si une personne du groupe FG2 a eu l'impression que, plus particulièrement au deuxième étage, la situation n'avait pas changé. Alors que l'aide informelle qui consistait à prendre des nouvelles des autres résidents était déjà présente avant la crise, celle-ci s'est vue amplifiée entre les vagues. Selon les FG3 et FG4, d'autres aides informelles se sont également mises en place à cette période. Ils évoquent ainsi la discussion ou encore le soutien qui se manifeste par une aide apportée lors des déplacements, pour éteindre la lumière, pour reconduire en chambre, pour sonner ou pour changer les chaînes de télévision. Il était alors également courant que les résidents se partagent le matériel, se réconfortent, s'écoutent ou s'aident pour ouvrir, tenir ou mettre le code de la porte. Le fait de pouvoir sortir et de ne plus être isolé a clairement permis aux résidents de s'entraider davantage.

Après la COVID-19, la majorité des participants de deux focus groups (FG3 & FG4) ainsi que de l'entretien (E1), font part d'une augmentation significative de l'entraide entre les résidents par rapport à la situation antérieure. Néanmoins, lors du FG3 et FG4, une participante, qui a pris part aux deux focus groups, stipule que pour elle, l'entraide n'a pas changé. Certaines **aides informelles** déjà présentes avant la crise ont perduré après celle-ci telles que se saluer et prendre

des nouvelles. Bien d'autres formes d'entraide semblent néanmoins avoir émergées suite à la crise : l'aide aux déplacements, l'écoute, la prise de contact avec les autres résidents, la réunion lors des activités, l'extinction de la lumière ainsi que la transmission et l'explication des informations. L'aide informelle a également pris la forme de réconfort, de taquineries, de petites attentions, de soutien, d'une aide pour tenir, ouvrir ou mettre le code à la porte, d'une aide pour s'habiller, s'installer, ou encore manger ensemble. Après la crise sanitaire, qui a été un épisode émotionnellement marquant, il s'est avéré que la majorité des personnes-âgées ont éprouvé le besoin d'en parler et de partager leurs souvenirs avec d'autres résidents et ce, en se créant un réseau de partage (Jodelet, 2011). De plus, les émotions et les sentiments semblent avoir joué un rôle prépondérant dans la création de liens sociaux (Scarantino, 2007). Or, la création de ces nouveaux liens et de réseaux de partage sont vecteurs d'aides informelles entre les résidents.

1.2.2. Entre les membres du personnel

La relation d'aide entretenue par les membres du personnel peut être considérée comme « relation d'aide formelle » ou « relation d'aide mixte » en fonction des liens d'amitié, familiaux, etc. entre les individus. Dès lors, les relations entre les membres du personnel peuvent être vectrices d'aides informelles, formelles ou encore mixtes.

Entre les collègues proches

L'expression « collègues proches » désigne le personnel qui travaille régulièrement ou toujours ensemble tel que l'équipe d'aides-soignantes, d'infirmières, d'ergothérapeutes, etc. La personne ayant participé à l'E1 fait état d'une augmentation générale de l'aide entre les collègues proches que ce soit pendant, entre les vagues ou après la crise.

Avant la COVID-19, certaines **aides informelles** étaient déjà présentes entre collègues proches comme manger ensemble à midi, se soutenir ou aller faire la fête en dehors des heures de travail.

Pendant la COVID-19, de façon générale, l'entraide a été ressentie en augmentation par tous les participants de deux focus groups (FG1 & FG2). Selon les dires du participant de l'E1, c'est plus spécifiquement l'amplification de **l'aide informelle** qui a été perçue pendant la crise. Certaines aides informelles, déjà présentes auparavant, ont continué d'exister telles que le fait de manger ensemble ou de se soutenir mutuellement. Mais, au sein de l'institution, de nombreuses autres aides informelles ont pris place entre collègues proches comme : prendre des nouvelles, discuter, écouter, s'inquiéter, se porter de petites attentions et avoir des moments de rigolade et de partage. Concernant **l'aide formelle**, celle-ci a également été identifiée par le

FG2 comme ayant augmenté lors de la crise et ce sous forme d'aides entre collègues lors des soins. Tout ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation de la motivation du personnel. En effet, selon Thomas & Velthouse (1990), la motivation du personnel est liée au sentiment qu'il a d'être compétent, d'avoir un impact, de pouvoir faire des choix ou encore d'avoir une action significative. Comme cité dans les résultats, lors de la crise de la COVID-19, le personnel des MRS avait le sentiment d'être indispensable et il ressentait le besoin d'aide chez l'autre ce qui a amplifié la motivation à s'entraider.

Entre les vagues, l'entraide a également augmenté selon le personnel du FG1. Le participant de l'E1 a quant à lui fait part d'une amplification spécifique des **aides informelles** entre les collègues proches. Comme c'était le cas avant la crise, le personnel continuait de manger ensemble le midi mais, cette entraide informelle a également pris la forme d'écoutes, de moments de rigolade, de petites attentions, de prises de nouvelles, de discussions et d'attention apportée aux autres. Durant la période inter-vagues, tous les membres du personnel étaient en fait inquiets pour leurs autres collègues ce qui les a amenés à ressentir au-delà du souci de soi, le souci d'autrui (Pesqueux, 2020).

Après la COVID-19, les participants de deux focus groups (FG1 & FG2) ont fait part d'une augmentation générale de l'entraide par rapport à la période qui a précédé la crise. La personne de l'E1, a également fait part d'une particulière augmentation de **l'aide informelle**. Tout en continuant à manger ensemble et à se soutenir, les collègues font maintenant preuve d'écoute et discutent ensemble. Quant à **l'aide mixte**, elle a pris la forme d'une transformation de réunions formelles en réunions à caractère plus informel (E1).

Entre les collègues éloignés

Avant la COVID-19, les collègues éloignés tels que l'équipe d'ergo et l'équipe d'aides-soignantes ne s'aidaient pas réellement.

Pendant la COVID-19, l'entraide entre les collègues éloignés a pris de l'ampleur et s'est vue augmenter significativement pour les participants de quatre des cinq focus groups (FG1, FG2, FG4 & E1). **L'aide informelle** a pris la forme d'écoute des besoins, de prises de nouvelles et de soutien mutuel. **L'aide formelle** a elle aussi augmenté selon les dires du FG2 et s'est manifestée par le respect des règles relatives à l'interdiction de se voir pendant la période de crise. L'augmentation de **l'aide mixte** a quant à elle été vécue par les participants sous la forme d'envois de mails, de messages WhatsApp, d'aide pour donner à manger, faire les soins, désinfecter le matériel mais aussi par le fait d'être tout le temps présent. La crise de la COVID-19 a fait en sorte que des collègues qui, auparavant, ne travaillaient jamais ensemble, se

retrouvent à collaborer. En effet, comme cité dans l'introduction, le fait de sentir le besoin d'aide de certains collègues et le fait de prendre conscience du métier des autres, favorisent l'entraide.

Entre les vagues, les trois types d'aides ont été décelés par le personnel comme ayant augmenté que ce soit **l'aide informelle** en prenant des nouvelles, **l'aide formelle** en gérant les visites ou encore **l'aide mixte** en secondant pour donner à manger ou prodiguer les soins.

Après la COVID-19, les participants de deux focus groups (FG1 & FG2) ont notifié une augmentation de l'entraide par rapport à celle perçue avant la crise. **L'aide informelle** a pris la forme de discussions entre collègues éloignés, de repas partagés, de prises de nouvelles ainsi que d'encouragements.

Entre le personnel de « terrain » et la direction

Le terme de « personnel de terrain » désigne les personnes travaillant au plus proche du patient c'est-à-dire les aides-soignantes, les infirmières, les ergos etc. Le personnel de direction se compose quant à lui des chefs infirmières, manager nursing, gestionnaire, etc. Les participants des focus groups 1 et 2 ont trouvé qu'il y avait une augmentation de l'entraide entre le personnel de terrain et la direction mais stipulent néanmoins qu'elle n'a pas été suffisante au vu des besoins. En effet, les besoins du personnel de terrain ont augmenté lors de la crise que ce soit pour les équipements de protection tels que le masque mais également l'aide psychologique (Smith et al., 2020).

Avant la COVID-19, il n'était pas coutume pour la direction, par exemple, de donner à manger aux résidents (aide mixte).

Pendant la COVID-19, une amplification de l'entraide a été perçue et est évoquée plus particulièrement par le participant de l'E1 qui appartient au personnel de direction. Le FG1 stipule néanmoins que cette entraide n'était pas suffisante. Notons que, même si **l'aide informelle** apportée par la direction a augmenté, au vu des besoins, elle a été perçue comme trop faible par le personnel de terrain (FG1 & FG2). Cette aide a pris différentes formes : distribution de nourriture, prise de nouvelles, écoute et passages avec des boissons. Quant à **l'aide formelle** provenant du personnel de direction, elle a surtout consisté en une gestion rigoureuse du personnel et de l'approvisionnement en matériel. De nombreuses **aides mixtes** ont également été mises en place telles qu'un groupe WhatsApp pour le personnel, une gestion des équipes WhatsApp, une journée métiers ainsi que l'aide apportée pour donner à manger aux résidents ou encore, l'apport de réponse à de nombreux besoins de terrain. La crise de la

COVID-19 a eu pour impact d'amplifier l'utilisation interne de médias de communication virtuelle qui permettent de poser des questions, de transmettre des informations ainsi que d'être vecteur d'aides pour les autres membres du personnel ou la direction (Spilsbury et al., 2021).

Entre les vagues, l'**aide formelle** a pris la forme de gestion du personnel de la part de la direction. Quant aux **aides mixtes**, elles ont consisté en la reprise d'actions déjà mises en place lors de la crise telles que le groupe WhatsApp pour le personnel, la journée métier, la gestion des équipes WhatsApp et l'aide pour donner à manger. En outre, durant la période inter-vagues, le personnel de direction s'est également chargé de la gestion des équipes de visites.

Après la COVID-19, selon le participant de l'entretien, l'**aide informelle** entre le personnel de terrain et la direction a augmenté. L'**aide mixte** prend maintenant la forme de dons de matériel comme les masques, d'un groupe WhatsApp pour le personnel, d'une « journée métiers » ainsi que de séances chez un psychologue. Actuellement, le personnel de direction s'efforce également de soutenir les divers projets du personnel de terrain car, après cette crise, il est impératif d'intégrer davantage l'équipe de terrain dans les processus de décisions (Husson, 2020).

1.2.3. Entre les résidents et le personnel

Concernant l'aide perçue entre les résidents et le personnel, elle est considérée comme ayant augmenté selon les participants de l'E1 et le FG4.

Des résidents vers le personnel de terrain

Étant donné le lien qui lie les résidents au personnel, ceux-ci peuvent seulement être vecteurs d'aides informelles auprès du personnel de la MRS.

Avant la COVID-19, certains résidents aidaient déjà le personnel, par exemple, en rangeant le matériel utilisé.

Pendant la COVID-19 et selon les participants du FG1, l'**aide informelle** apportée par des résidents diminua. Néanmoins, certaines aides ont quand même pris place telles que rendre un service au personnel, plaisanter ou encore tenir davantage compte des soignants en général. Les résidents ont également respecté les nombreuses règles sanitaires telles que la mise en quarantaine, l'isolement, etc. Ce respect peut être lié à la peur vécue lors de la crise et qui pousse les gens à adopter un comportement conformiste et soumis à l'autorité (Jodelet, 2011).

Entre les vagues, le respect des règles et le fait de plaisanter étaient toujours présents comme formes d'aide informelles envers le personnel mais ils l'étaient moins qu'auparavant.

Après la COVID-19, selon les participants des FG3 et E1, l'entraide a perduré au-delà de ce qui se faisait auparavant. **L'aide informelle** prend maintenant la forme d'aides apportées pour la mise en place d'activités, de plaisanteries, de prises de contacts mais aussi de tenir compte du personnel au quotidien.

Du personnel de terrain vers les résidents

Les trois types d'aides peuvent être avancées par le personnel dans ce type de relation d'aide.

Avant la COVID-19, **l'aide formelle** était essentiellement constituée par la distribution des repas et la réalisation des soins. **L'aide informelle** consistait en discussions et **l'aide mixte**, par exemple, en courses effectuées pour un résident.

Pendant la COVID-19, l'entraide a été perçue comme ayant globalement augmenté par trois focus groups : FG1, FG2, FG3. Selon les participants du FG3, **l'aide informelle** a également augmenté au moment de la crise. Elle prenait alors la forme d'explications, de petites attentions, d'aides psychologiques, de lectures de textes pour un résident, d'écoute, de soutien, d'attentions apportées aux besoins des résidents et de la prise de temps pour ce faire. En contrepartie, par rapport à ce qui se faisait avant, les discussions entre résidents et personnel ont été moins nombreuses pendant la crise. De même, les aides informelles telles que prendre des nouvelles ou rendre visite aux résidents en chambre étaient moins présentes. Ceci s'explique par les nombreuses mesures de protection qui stipulaient qu'il était impératif d'éviter tout contact non-nécessaire. Selon le participant de l'entretien, les **aides formelles** ont elle aussi augmentées en maintenant la distribution des repas en chambre. D'autres aides formelles ont été déployées par le personnel : la mise en place de protections, l'aide au transfert, la stimulation à manger, le nombre plus important d'heures de travail mais aussi le respect des mesures par les personnes qui n'en sont plus capables seules. Les **aides mixtes** ont également pris de nouvelles formes telles que : transmettre des communications, effectuer des appels WhatsApp, être présent en continu à la MRS, aider à ranger, ramener de la nourriture et des pâtisseries. Afin de palier au trop grand isolement des personnes âgées, l'institution a mis en place des médias de communication virtuelle comme WhatsApp afin de permettre aux résidents de rester en contact avec leurs proches (Seufert et al., 2022). Les soignants se sont vu attribuer la responsabilité de s'occuper des appels WhatsApp pour les résidents.

Entre les vagues, l'entraide a été perçue en augmentation significative par tous les groupes et l'entretien (FG1, FG2, FG3, FG4 & E1). **L'aide informelle** consistait, comme avant la crise, en discussions mais, de manière nouvelle, elle se manifestait aussi par des marques d'affection,

de l'aide psychologique, des prises de nouvelles, du soutien, de l'écoute, de la prise de temps, de visites ainsi que d'attentions portées aux besoins des résidents. Quant aux **aides formelles**, celles-ci consistaient, comme avant la crise, en une distribution des repas en chambre mais également en deux nouvelles manières, par l'installation en chambre et par l'organisation des séances individuelles. Finalement, **des aides mixtes** ont également été instaurées telles que ramener de la nourriture et des boissons, aider à ranger la chambre, organiser des appels WhatsApp, des séances bien-être ainsi qu'une présence au quotidien auprès des résidents.

Après la COVID-19, les participants du FG3 ont constaté un maintien de l'augmentation générale de l'entraide alors que le FG4 et l'E1 ont plutôt perçu une augmentation spécifique de **l'aide informelle**. Néanmoins, une personne du FG4 trouve qu'il y a maintenant moins d'aides informelles de la part du personnel envers les résidents. Les discussions, déjà présentes auparavant, sont toujours bien d'actualité après la crise de la COVID-19. D'autres aides informelles ont vu le jour telles que l'écoute, la résolution de problèmes, l'implication des familles, la bonne connaissance des résidents et l'attention portée à leurs besoins. Une aide psychologique, un sourire, une attention, de la taquinerie, une salutation et le fait de prendre des nouvelles des résidents ont également été des formes d'aides informelles. En outre, **l'aide formelle**, qui consistait à prodiguer des soins aux résidents, est toujours d'actualité mais d'autres aides prennent également place comme l'organisation d'activités de groupe et l'accompagnement pour manger. Terminons par les **aides mixtes** qui étaient déjà présentes avant la crise et qui sont toujours organisées comme, par exemple, faire des courses pour un résident. Mais, d'autres aides mixtes sont aussi mises en place comme un référent WhatsApp pour les résidents, des séances bien-être, la transmission d'appels ainsi que l'aide pour ranger le matériel et appeler par WhatsApp.

De la direction vers les résidents

Avant la COVID-19, l'aide formelle consistait à résoudre tout problème pouvant survenir aux résidents.

Pendant la COVID-19, la direction a également apporté une **aide informelle** en transmettant les petites attentions que certains résidents souhaitaient adresser à d'autres ou en leur prodiguant elle-même ce type de petites attentions. Par contre, **l'aide formelle** de la direction était moins perceptible car cette dernière n'avait plus la possibilité de rendre visite aux résidents. La direction a dès lors mis en place une communication par mail destinée aux familles et aux résidents afin de les tenir régulièrement au courant des réformes.

Entre les vagues, la direction se chargeait d'afficher les nouvelles mesures dans l'ascenseur ce qui peut s'apparenter à une **aide mixte**.

Après la COVID-19, **l'aide informelle** a pris la forme de discussions avec les résidents alors que **l'aide mixte** consiste à poursuivre l'envoi de mails d'information aux familles et aux résidents. Un groupe Facebook a également été créé et la transmission des appels aux résidents se fera toujours. **L'aide formelle** consiste quant à elle en un contrôle de la qualité des soins au sein de la MRS.

2. Analyse transversale

L'interprétation des résultats obtenus suite aux focus groupe effectués dans la MRS Malibran m'ont amené à observer, de manière générale, une augmentation de l'entraide aux trois étapes de la crise (pendant, entre les vagues et après) et ce, entre les collègues proches et éloignés et entre la direction et le personnel mais aussi, entre l'ensemble du personnel et les résidents. Ceci étant, certaines formes d'aides formelles et informelles ont néanmoins diminué au cours de ces périodes à cause des restrictions de contacts physiques imposées par la crise.

Ainsi, la direction a été contrainte de diminuer certaines aides formelles qu'elle apporte aux résidents. Pour les mêmes raisons, alors qu'ils seront bien plus présents auprès du personnel une fois les contacts autorisés, les résidents ont été dans l'impossibilité de d'apporter leur aide tant qu'ils devaient respecter l'isolement. Entre eux, la situation fut la même pendant la crise mais, entre les vagues et par la suite, on a pu voir les résidents bien plus présents les uns pour les autres.

Au vu des résultats obtenus il semble pertinent de les mettre en lien avec certains concepts fondamentaux tels que la hiérarchie des besoins et la théorie du « care ».

La **hiérarchie des besoins** exposée par Maslow (1943) met en avant les trois besoins de base de chaque individu : les besoins physiologiques, de sécurité et sociaux. Lors de la crise de la COVID-19, ceux liés à la sécurité et aux relations sociales n'ont pas été assouvis alors qu'ils font parties prenantes des besoins de base (Sikali, 2020). Ce sont le sentiment de peur ainsi que le manque de contacts sociaux qui ont été particulièrement présents durant la crise alors qu'il ne suffit pas d'assouvir uniquement les besoins de sécurité (isolement, distanciation, ...) ou physiologiques (boire, manger, ...) pour que la personne se sente bien.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre l'accent sur le fait que les besoins sociaux font bel et bien parties des besoins de bases d'une personne et que cette non-satisfaction peut avoir

des conséquences physiques et psychologiques négatives sur les personnes-âgées (Baumeister & Leary, 1995) mais aussi, dans une moindre mesure, tous les membres du personnel.

Quant au « **care** », concept défini dans Fischer & Tronto (1991 cité dans Tronto, 2008, p.244) comme : « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. ». Celui-ci met en avant que le « care » ne porte pas seulement attention au « cure », c'est-à-dire au fait de soigner, mais bien de « care », de prendre soin et de porter une attention particulière (Gilligan, 2009). Le processus de « care », tel que celui observé en MRS, peut se diviser en quatre phases : identifier l'existence d'un besoin (« caring about », se soucier de), reconnaître qu'il est possible d'agir (« taking care of », se charger de), donner des soins (« care giving », donner des soins) et finalement, être certain de la bonne réception de ceux-ci (« care receiving », recevoir des soins) (Tronto, 2008). Cette attention concerne donc autant l'identification initiale des besoins de la personne que la bonne réception des soins. Le concept d'entraide, abordé dans cette étude, se base justement sur ce processus d'identification d'un besoin chez l'autre jusqu'à la bonne réception de l'aide. Au cours de la crise, l'étape de « care giving » entre résidents et des résidents au personnel a été beaucoup plus compliquée à assouvir étant donné les mesures de restriction. Néanmoins, l'étape de « caring about » était davantage présente car le besoin d'aide se faisant beaucoup plus ressentir, ça a poussé les acteurs à être plus vecteurs d'entraide.

Cette crise et cette augmentation des besoins n'a-t-elle finalement pas permis aux soignants de tendre davantage vers des soins « care » et de se rendre ainsi compte de l'importance des besoins sociaux de chaque individu ?

3. Limites et forces de l'étude

Ce mémoire présente différentes limites dont l'aspect paradoxal des données récoltées sur base de l'expérience des participants. En effet, ceux-ci peuvent, pour certains, évoquer simultanément des changements tant positifs que négatifs. D'autre part, les limites des termes d'aide informelle, formelle et mixte restent floues car celles-ci dépendent de l'interprétation que chacun en fait. Certaines personnes peuvent considérer une aide comme informelle alors que d'autres lui donneraient davantage un aspect formel.

Le type de personnes interrogées dans le cadre de cette étude, à savoir des personnes capables d'exprimer leur volonté afin d'avoir des résultats pertinents, peut paradoxalement constituer

une limite. En effet, dans l'introduction, on fait part du fait que les personnes les plus dépendantes reçoivent plus d'aides formelles et mixtes que les personnes qui le sont moins (Davin et al., 2008) car, les plus dépendantes ne sont souvent pas capables de rendre cette aide, si ce n'est sous forme de rémunérations destinées au personnel. Dans le cadre de ce mémoire, en interrogeant uniquement les personnes capables d'exprimer leur volonté, on n'obtient pas en définitive le point de vue des personnes les plus dépendantes. Les personnes plus autonomes ont été davantage vectrices d'aides vu leur meilleur état physique et psychologique mais ce « don » d'aide peut être fait dans l'espoir d'être aidées quand elles en auront le plus besoin (Doutreligne, 2006).

Notons également que les personnes « référentes », telles que l'aide-soignante en chef, par exemple, avaient tendance à prendre plus de temps de parole lors des focus groups. Cette différence peut être liée au rôle qu'elles entretiennent au sein de l'équipe ou de leur caractère plus dominant (Stalmeijer et al., 2014).

D'autres limites ont également été identifiées dans le cadre de l'organisation des focus groups. Ainsi, chaque moment d'échange a été enregistré avec l'accord des participants afin de permettre la retranscription littérale des focus groups. En regard de cela, l'enregistrement semble toutefois être un frein important à la libre expression des participants qui craignent que les informations soient divulguées malgré les accords écrits et signés (Frimousse & Peretti, 2020).

Concernant la durée des focus groups organisés, ceux-ci ont eu une durée moyenne de 49 minutes étant donné le contexte dans lequel l'étude a été menée. Il aurait pourtant été intéressant de pouvoir prolonger le temps consacré aux différents échanges (une heure ou une heure et demie) afin d'approfondir certains éléments plus spécifiques (Stalmeijer et al., 2014). Un temps de parole plus long aurait également permis aux personnes « non-responsables » d'avoir davantage la possibilité de prendre la parole.

Quant à la période durant laquelle l'étude a pris place, elle s'avère à la fois une limite et une force pour ce mémoire. Effectivement, l'étude a été menée juste après la crise de la COVID-19 ce qui n'a pas permis aux participants d'avoir beaucoup de recul sur la situation. Mais, a contrario, elle peut également être une force car l'étude concerne une situation récente et donc encore fraîche dans la mémoire des participants.

Une des principales forces de cette étude réside dans le questionnement de professionnels mais également de résidents d'une MRS ce qui a permis d'étendre le panel des expériences pouvant être recueillies. Les représentants de quatre professions différentes ont pu être interrogés et ainsi permettre de toucher à différents secteurs d'activité. Néanmoins, l'échantillon restreint, 22 participants, ainsi que l'horizon des métiers sont pourtant des limites de cette étude. En effet, au sein de la MRS, il aurait été intéressant de pouvoir interroger un nombre plus important de personnes issues de secteurs d'activité plus variés. Cela aurait permis d'obtenir une vision générale de l'institution dans son ensemble et dans chaque domaine d'action.

Ceci étant, l'étude présente encore une dernière grande force liée au fait qu'elle s'est intéressée à l'entraide durant quatre moments importants : avant la crise, pendant celle-ci, entre les vagues et après la pandémie. Grâce à ce type de démarche, l'étude a permis d'obtenir une vision évolutive de l'entraide au sein d'une MRS.

4. Recommandations et perspectives d'avenir

Dans le cadre de ce mémoire, le focus a été fait sur l'influence de la COVID-19 dans le cadre de l'entraide au sein même d'une MRS. A l'avenir, il serait intéressant de mener le même type d'enquête au sujet, cette fois ci, de l'entraide avec des personnes ou organismes externes à l'institution. On pourrait interroger les résidents et le personnel sur les formes d'entraides qu'ils ont pu constater de la part d'acteurs externes à la MRS tels que les familles, les associations, les organismes assureur, etc. Il faudrait, dans un premier temps, organiser des focus groups avec des membres du personnel ayant des contacts réguliers avec des personnes externes à la MRS, que ce soit les familles de résidents, les associations, etc. Ensuite, des focus groups pourraient être organisés avec des résidents afin d'avoir leur point de vue concernant les aides procurées par les acteurs externes tels que leurs propres familles, celles d'autres résidents, des inconnus qui envoient des cartes postales, etc. On pourra ainsi s'interroger sur l'entraide perçue par le personnel et les résidents et provenant d'acteurs externes à la MRS.

Afin de pallier aux différentes limites exposées précédemment, il serait également pertinent d'organiser dans quelques mois de nouveaux focus groups dans la même institution et ce, afin d'avoir une vue encore plus globale de l'évolution de l'entraide au fil du temps. Cela permettrait de savoir si les différents éléments d'entraide observés précédemment sont toujours d'actualité ou non. Cette démarche laisserait également un peu de temps aux participants pour prendre du

recul vis-à-vis de la situation qu'ils ont vécue tout en n'attendant pas trop longtemps pour que les souvenirs soient encore assez récents.

De plus, vu que les conditions sanitaires auront probablement évolué favorablement d'ici-là, il sera peut-être plus facile d'interroger un plus grand nombre de participants, issus de de secteurs d'activité encore plus variés ainsi que de prendre plus de temps pour les échanges. Il serait également imaginable d'effectuer cette démarche dans deux Maisons de Repos et de Soins différentes afin de permettre la comparaison entre elles.

Au vu de tout ce qui précède, il serait enfin pertinent de mettre en place une étude ethnographique de la vie en MRS qui se pencherait sur la théorie et la mise en pratique du « care » et s'intéresserait plus profondément aux mécanismes d'entraide qui s'y développent quotidiennement. En effet, selon Arborio & Fournier (2005) cité dans Arborio et al. (2008, p.13), « La démarche ethnographique désigne la collecte de données par le moyen d'un contact direct du chercheur avec ceux qui sont impliqués dans les phénomènes étudiés. ». Ce contact direct permettrait au chercheur de baigner complètement dans les mœurs institutionnelles et d'ainsi dénombrer les pratiques sociales et le sens qu'elles ont pour les acteurs (membres du personnel, résidents, etc.).

CONCLUSION

Au vu de l'impact qu'a eu la pandémie sur le secteur de la gériatrie et, en particulier sur les Maisons de Repos et de Soins, il est important de s'intéresser au vécu et à l'expérience des personnes concernées. En effet, les personnes âgées, particulièrement fragiles, ont été contraintes de suivre certaines mesures sanitaires radicales telles que l'isolement, la quarantaine ou du moins la distanciation sociale. Ces mesures, qui ont eu un impact majeur sur leur vie quotidienne ainsi que sur celle du personnel, ont aussi engendré l'évolution de l'entraide au sein de la MRS. Afin de s'intéresser à cette entraide, ce mémoire souhaite répondre à la question de : « *Comment la pandémie de la COVID-19 a influencé l'entraide dans une Maison de Repos et de Soins (MRS) bruxelloise ?* » en se basant sur les données obtenues suite à quatre focus groups et un entretien.

L'étude a suivi une démarche inductive continue par le biais d'une analyse descriptive et interprétative des données. L'examen des échanges a permis de mettre en lumière trois éléments principaux influençant l'entraide : la peur, l'identité et les mesures de restriction.

L'évolution générale de l'entraide au sein de la MRS a également été mise en évidence grâce à une comparaison de la situation avant, pendant, entre les vagues et après la crise.

Pendant la crise, une augmentation générale de l'entraide a été perçue entre tous les membres du personnel. Toutefois, bien que l'aide prodiguée par la direction au personnel ait augmenté durant la crise, celle-ci a été perçue comme insuffisante. De même, alors qu'il y a eu une augmentation de l'aide informelle apportée par la direction aux résidents, *a contrario*, une diminution de l'aide formelle a été constatée. Une augmentation générale de l'aide apportée par le personnel de terrain aux résidents a été identifiée mais, certaines formes d'aides informelles ont diminué. Durant la crise et du fait de la mise en quarantaine des personnes âgées, un appauvrissement de l'aide informelle a néanmoins été ressenti entre les résidents eux-mêmes et de la part des résidents vers le personnel.

Quant à l'entraide **entre les vagues**, à une exception près, elle a été perçue en augmentation entre tous les acteurs de la MRS (entre les collègues proches et éloignés, entre le personnel et la direction, entre les résidents, du personnel vers les résidents ainsi que de la direction au résident). Seule l'aide informelle de la part des résidents vers le personnel a été ressentie comme moins présente du fait de l'obligation du maintien de la distanciation.

Après la COVID-19, une augmentation générale de l'entraide a été établie entre tous les intervenants, c'est-à-dire, entre les collègues proches et éloignés, entre les résidents, entre le personnel et la direction, des résidents au personnel, du personnel vers le résident et de la direction au résident.

En conclusion, cette étude a permis d'identifier comment la pandémie a influencé l'entraide au sein d'une MRS bruxelloise, et de se rendre compte de son évolution et des leçons à tirer de cette crise. Ce travail ouvre maintenant la voie à de futures perspectives de recherches telles que l'influence de la COVID-19 sur l'entraide perçue par la MRS de la part d'acteurs externes à l'institution ainsi qu'une étude plus approfondie, de type ethnographique, sur la mise en pratique de la théorie du « care » et des mécanismes d'entraide au sein d'une MRS.

BIBLIOGRAPHIE

- Amnesty International Belgique. (2020). *Les maisons de repos dans l'angle mort : Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique*.
https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs-3.pdf
- Arborio, A., Cohen, Y., Fournier, P., Hatzfeld, N., Lomba, C. & Muller, S. (2008). *Observer le travail: Histoire, ethnographie, approches combinées*. La Découverte.
- Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P. et al. (2021). Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19 : Les logiques sociales des expériences du premier confinement. *Revue des politiques sociales et familiales*, 141, 31-48.
<https://doi.org/10.3917/rpsf.141.0031>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Belgium.be. (s.d.). *Structures d'hébergement et de soins*. Consulté sur :
https://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/maisons_de_repos
- Bianchi, M., Prandi, C., & Bonetti, L. (2021). Experience of middle management nurses during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 29(7), 1-23. <https://doi.org/10.1111/jonm.13339>
- Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6, 107-121. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0107>
- Bustos Sierra, N., Bossuyt, N., Braeye, T., Leroy, M., Moyersoen, I., Peeters, I. et al. (2020). All-cause mortality supports the COVID-19 mortality in Belgium and comparison with major fatal events of the last century. *Archive of Public Health*. 78(117), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s13690-020-00496-x>

- Callies, M., Int Panis, L., Dequeker, S., Laktour, K., Rebolledo Gonzalez, J. & Vandael, E. (2021). *Surveillance COVID-19 en maison de repos et maisons de repos et de soins : Rapport de la semaine 35*. Sciensano. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Surveillance_MR_MRS.pdf
- Catteau, L., Haarhuis, F., Dequeker, S., Vandael, E., Stouten, V., Litzroth, A & Wyndham Thomas, C. (2021). *Rapport thématique - Surveillance de la vaccination COVID-19 dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins Belges*. Sciensano. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_THEMATIC%20REPORT_SURVEILLANCE%20DE%20LA%20VACCINATION%20DANS%20LES%20MAISONS%20DE%20REPOS%20BELGES.pdf
- Coler, P., Henry, M. & Laville, J. (2021). *Quel monde associatif demain : Mouvements citoyens et démocratie ?*. Érès.
- Davin, B., Paraponaris, A. & Verger, P. (2008). Entraide formelle et informelle : Quelle prise en charge pour les personnes âgées dépendantes à domicile. *Gérontologie et société*, 31(127), 49-65. <https://doi.org/10.3917/gs.127.0049>
- Dekens, T. (2021 a). *Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la Cocom concernant l'obligation de contrôler le Covid Safe Ticket (CST) des visiteurs*. Iriscare.
- Dekens, T. (2021 b). *Mesures en réaction face à l'épidémie COVID-19*. Iriscare.
- Dekens, T. (2022). *Abrogation du courrier d'Iriscare du 11 janvier 2022 relatif aux mesures spécifiques contre le variant Omicron et information FEDRIS*. Iriscare.
- Doutreligne, S. (2006). Regards ethnologiques sur les maisons de retraite. *Horizons stratégiques*, 1, 98-111. <https://doi.org/10.3917/hori.001.0098>
- Dutoit, M. (2010). Une autre idée de la coopération : l'exemple des groupes d'entraide mutuelle. *Vie sociale*, 1, 165-170. <https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0165>

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). *Guidelines for non pharmaceutical interventions to reduce the impact of COVID-19*. Consulté sur <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions>
- Fiatte, V. (2020). Une expérience communautaire d'entraide. *Psychotropes*, 26 (2-3), 57-63. <https://doi.org/10.3917/psyt.262.0057>
- Frimousse, S. & Peretti, J. M. (2020). *Produire du savoir et de l'action: Le vade-mecum du dirigeant-chercheur*. EMS Editions.
- Gaffiot, F. (1936). *Dictionnaire abrégé : latin-français*. Hachette.
- Gendre-Dusuzeau, S. (2021). Le corps et le virtuel. *Le Coq-héron*, 247, 72-76. <https://doi.org/10.3917/cohe.247.0072>
- Gilligan, C. (2009). Le care, éthique féminine ou éthique féministe ?. *Multitudes*, 37-38, 76-78. <https://doi.org/10.3917/mult.037.0076>
- Goelzer, H. (1960). *Le latin en poche : dictionnaire français-latin*. Garnier frères.
- Guérin, S. (2010). Expérience du don et du care, société de service et personnes âgées. *Gérontologie et société*, 33(135), 167-186. <https://doi.org/10.3917/gs.135.0167>
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments : integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1), 71-89. <https://doi.org/10.1177/1468794109348683>
- Husson, J. (2020). Chapitre 7. Le management hospitalier après la crise : changement de pratiques, changements de référentiels ?. Dans M. Kalika (dirs.), *L'impact de la crise sur le management* (pp. 90-96). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.kalik.2020.01.0090>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). (2017). *Soins dans les MRPA, MRS et CSJ*. Consulté sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-soins.aspx>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). (2019). *Soins en maisons de repos, maisons de repos et de soins, et centres de soins de jour : réglementation d'application jusqu'au 31 décembre 2018*. Consulté sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-20181231.aspx>

Jodelet, D. (2011). Dynamiques sociales et formes de la peur. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 12, 239-256. <https://doi.org/10.3917/nrp.012.0239>

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

La Libre. (2020). *A Bruxelles, 116 maisons de repos (sur 146) touchées par le Covid-19*. Consulté sur <https://www.lalibre.be/regions/bruxelles/2020/04/10/a-bruxelles-116-maisons-de-repos-sur-146-touchees-par-le-covid-19-72J7DG57SRGV5DUM55CS5VCAP4/>

Larousse. (s.d.). *Entraide*. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entraide/29977>

Li, H., Liu, S. M., Yu, X. H., Tang, S. L., & Tang, C. K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) : current status and future perspectives. *International journal of antimicrobial agents*, 55(5), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Mauss, M. (1924). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Presses Universitaires de France.

- Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43, 101-114. <https://doi.org/10.3917/phoir.043.0101>
- Mynard, L. (2020). *Normal life has been disrupted : Managing the disruption caused by COVID-19*. Occupational Therapy Australia. Consulté sur <https://otaus.com.au/publicassets/af469002-6f6a-ea11-9404-005056be13b5/OT%20Guide%20COVID-19%20March%202020.pdf>
- Ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées : Commission communautaire commune. (2008). *Moniteur Belge*, 24 avril, p.25666.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *Mortality (by week)*. Consulté sur https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (s.d.). *Elderly population*. Consulté sur <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Déclaration – Les seniors sont certes les plus exposés au risque de COVID-19, mais tout le monde doit agir pour empêcher la propagation dans la communauté*. Consulté sur <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (s.d). *Pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19)*. Consulté sur <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pesqueux, Y. (2020). Chapitre 6. Le potentiel compréhensif de la philosophie du care pour la Covid-19. Dans : M. Kalika (dirs.), *L'impact de la crise sur le management* (pp. 90-96). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.kalik.2020.01.0078>

Petite, S. (2009). *Les règles de l'entraide : Sociologie d'une pratique sociale*. Presses universitaires de Rennes.

Pôle senior Jolimont. (2021). *Rapport d'activité 2020 - Retour sur 2020 : la crise sanitaire dûe à la Covid-19*
https://www.jolimont.be/sites/default/files/uploads/Documents/Le%20Groupe%20Jolimont/Rapport%20d%27activité%2020/Jolimont_Rapport%20d%27activité%202020_Pole%20senior.pdf

Salandini, N. (2019). La liberté, la personne âgée dépendante et l'EHPAD. Itinéraire contraint ?. *Empan*, 115, 64-70. <https://doi.org/10.3917/empa.115.0064>

Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Hermosilla-Grijalbo, C., Sáenz-Jalón, M., Fernández-Rodríguez, A., et al. (2021). Experiences of geriatric nurses in nursing home settings across four countries in the face of the COVID-19 pandemic. *Journal of advanced nursing*, 77(2), 869-878. <https://doi.org/10.1111/jan.14626>

Scarantino, L. M. (2007). Persuasion, rhétorique et autorité. *Diogène*, 217, 22-38. <https://doi.org/10.3917/dio.217.0022>

Sciensano. (2021). *Covid-19-bulletin épidémiologique du 30 novembre 2021*.

Sciensano. (2022). *Covid-19 bulletin épidémiologique hebdomadaire (11 février 2022)*.

Sciensano. (s.d. a). *Coronavirus*. Consulté sur <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/coronavirus>

Sciensano. (s.d. b). *Isolement*. Consulté sur <https://covid-19.sciensano.be/fr/procedures/isolement>

Servigne, P. & Chapelle, G. (2019). *L'entraide l'autre loi de la jungle*. Les liens qui libèrent.

- Seufert, A., Poignée, F., Hossfeld, T., & Seufert, M. (2022). Pandemic in the digital age : analyzing WhatsApp communication behavior before, during, and after the COVID-19 lockdown. *Humanities and Social Sciences Communications*, 9(140), 1-9. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01161-0>
- Sikali K. (2020). The dangers of social distancing: How COVID-19 can reshape our social experience. *Journal of community psychology*, 48(8), 2435–2438. <https://doi.org/10.1002/jcop.22430>
- Smith, G. D., Ng, F., & Ho Cheung Li, W. (2020). COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1425–1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- Spilsbury, K., Devi, R., Griffiths, A., Akrill, C., Astle, A., Goodman, C., Gordon, A., Hanratty, B., Hodgkinson, P., Marshall, F., Meyer, J., & Thompson, C. (2021). Seeking answers for care homes during the COVID-19 pandemic (COVID SEARCH). *Age and ageing*, 50(2), 335–340. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa201>
- Stalmeijer, R. E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923-939. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). Focus groups (2nd ed.). SAGE Publications, Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412991841>
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive Elements of Empowerment: An “Interpretive” Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of Management Review*, 15(4), 666-681. <https://doi.org/10.5465/amr.1990.4310926>
- Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32, 243-265. <https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>

- Unia. (2021). *L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative*. Consulté sur https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Rapport_Covid_MRS-FR_def_Print.pdf
- Wallonie Santé. (2020). *Maison de repos : des besoins doublés d'ici 30 ans*. Consulté sur https://www.walloniesante.be/fr/news/18_maisons-de-repos-des-besoins-doubles-dici-30-ans
- Ward, J. (2012). Comprendre l'engagement dans l'aide : le modèle d'engagement processuel. *Vie sociale*, 4, 163-174. <https://doi.org/10.3917/vsoc.124.0163>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Key planning recommendations for mass gatherings in the context of COVID-19*. Consulté sur <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>

