

# Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19

Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique.



# Table des matières

**Synthèse** 3

**Introduction** 6

**Contexte d'intervention, approche opérationnelle et activités** 8

Contexte d'intervention 8

Approche opérationnelle et activités mises en œuvre 10

**Principaux besoins observés et évalués dans les maisons de repos** 16

Capacité des maisons de repos 16

Ressources humaines 19

Prévention et contrôle des infections 20

Organisation des soins et prise en charge médicale des résidents 21

Santé mentale 22

Flux de l'information 22

Besoins principaux de soutien à venir selon les MR et MRS 23

**Intervention de MSF : leçons que nous en tirons et retour des maisons de repos** 24

**Recommandations** 26

**Conclusion** 29

**Liens utiles** 31

**Glossaire** 31

© PHOTOS:

MSF / Olivier Papegnies : 1, 5, 14-15, 28, 30

MSF / Umberto Pellicchia : 25

# Synthèse

La pandémie de Covid-19 a mis à rude épreuve des systèmes de santé parmi les plus avancés au monde. La combinaison d'une pression accrue en matière de niveaux de matériel et de soins requis, des mesures insuffisantes de prévention et de contrôle des infections (PCI), et un manque d'expérience de gestion à large échelle d'épidémies de maladies infectieuses telles que le Covid-19, a mené aux décès de 9.731 personnes dans le pays<sup>1</sup>. Plus interpellant, 64%<sup>2</sup> de ces décès ont touché des résidents de maisons de repos (MR) et de maisons de repos et de soins (MRS)<sup>3</sup>, avec une large proportion (près de 4.900) de personnes décédées au sein même de ces structures, dans des conditions parfois effroyables.

Alors que la priorité se focalisait sur le maintien à tout prix de la capacité des hôpitaux à faire face à un afflux de patients pour éviter le scénario italien ou espagnol, les résidents et personnel de structures collectives telles que les maisons de repos (mais également les centres d'hébergement et d'accueil pour personnes en situation de handicap, etc.) se sont retrouvés livrés à leur sort. Des lieux de vie transformés en hôpitaux de fortune, mais manquant de tout : d'équipements de protection, de matériel médical et de dépistage, de personnel soignant en nombre suffisant pour livrer cette bataille sans précédent, et de connaissances en matière de gestion des épidémies en milieu fermé.

En parallèle avec une intervention à Bruxelles dans un centre d'hébergement pour migrants et personnes sans-abris atteints du Covid-19 et un soutien à certains hôpitaux du pays et centres de convalescence, Médecins Sans Frontières (MSF), plus connue pour ses projets médicaux et humanitaires dans les pays en crise, lançait le 21 mars une intervention d'urgence dans les maisons de repos de la capitale, suivie plus tard de la Flandre et de la Wallonie. Basé sur un modèle d'équipes mobiles composées d'un(e) infirmier/ère, un(e) responsable en promotion de la santé et un(e) psychologue au besoin, le but des activités était de contribuer à renforcer, à travers une

expertise technique, les capacités du personnel des maisons de repos dans les domaines de la prévention et du contrôle des infections (PCI) ainsi que l'organisation des soins (dépistage, « cohorte » ou regroupement des résidents en fonction de leur statut infectieux<sup>4</sup>, et déconfinement). Le soutien psychosocial du personnel est rapidement devenu une partie fondamentale des activités, au vu des besoins qui se révélaient de plus en plus criants.

Afin d'assurer au maximum une reprise et une continuité des activités dans le temps, cette intervention s'est déroulée en étroite collaboration avec les différentes autorités en charge des résidences collectives<sup>5</sup>. Dans le cas de Bruxelles et de la Wallonie, le travail s'est par ailleurs réalisé en partenariat avec des équipes mobiles bénévoles de la Fédération des maisons médicales (FMM), ainsi que des membres de la Croix-Rouge.

L'intervention consistait en une première visite, où les équipes rencontraient les gestionnaires et autres membres clés des maisons de repos, et procédaient à une évaluation de la situation dans l'établissement, suivie d'une série de recommandations sur mesure, des appels de suivi et également de visites supplémentaires destinées à former le personnel sur des thèmes spécifiques si le besoin s'en faisait ressentir. Des outils didactiques créés spécifiquement dans le cadre du Covid-19, tels que des affiches, vidéos, formations et webinaires sur des sujets aussi variés que les mesures de PCI, le dépistage, la santé mentale ou le déconfinement furent également offerts et diffusés, notamment via la création de sites internet, afin de toucher un nombre plus élevé de structures que celles bénéficiant des visites de soutien.

Après un premier contact qui s'est souvent révélé être un moment d'écoute et de débriefing émotionnel du personnel cadre, les maisons de repos ont, en général, désiré obtenir un retour sur les mesures de prévention de transmission du virus déjà mises en place à leur niveau, afin d'être rassurées. Quand la question du dépistage systématique des résidents et du personnel fut enfin une priorité pour les autorités lors de la deuxième semaine d'avril, les questions ont alors davantage

1 Données disponibles en date du 26 juin 2020 sur la situation épidémiologique globale Coronavirus Covid-19 en Belgique, publiées par Sciensano : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>.

2 En Flandre et en Wallonie, ce taux a été respectivement de 63%, et de 68% à Bruxelles. Source : *Ibid.*

3 Dans une maison de repos et de soins (MRS) sont dispensés un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter. Pour plus d'informations sur la différence entre MR et MRS, voir par exemple : <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos-et-de-soins>. Par souci de facilité, ces différentes structures seront reprises sous le vocable « maisons de repos » dans le reste du document.

4 Pour une définition des cas Covid-19, voir : [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Case%20definition\\_Testing\\_FR.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf)

5 Les résidences collectives, auxquelles appartiennent les MR et MRS, sont une compétence qui relève du niveau régional et communautaire depuis la 6ème réforme de l'Etat. A Bruxelles, les agences qui encadrent et régulent ces structures sont la Cocom et Iriscare; en Flandre, l'agence VAZG (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), et en Wallonie, l'AViQ (l'Agence pour une vie de Qualité). Au niveau du Ministère de la Communauté germanophone, elles relèvent du Département Santé et Personnes âgées.

porté sur l'isolement et le cohortage. Au cours des dernières semaines d'intervention de MSF (terminée mi-juin 2020), des questions sur le déconfinement furent plus fréquemment posées. **Au total, 135 maisons de repos ont bénéficié des visites de soutien par MSF (81/138 en région bruxelloise, 33/602 en Wallonie, et 21/821 en Flandre)<sup>6</sup>. Ce sont ainsi plus de 3000 membres du personnel qui ont bénéficié de nos conseils et de notre soutien.**

Pour les équipes de MSF, pourtant rompues à des situations de crise, cette épidémie de Covid-19 laissera, comme pour l'ensemble du personnel des maisons de repos, une marque sans précédent. Le système social et de santé belge actuel, complexe à l'extrême (9 ministres de la santé entre les entités fédérales et fédérées), structurellement sous-financé et toujours plus privatisé ces dernières années, a clairement montré ses limites. Afin d'être mieux préparés à affronter une nouvelle vague épidémique du Covid-19, les leçons des expériences des derniers mois doivent être tirées sans délai.

Les résultats de nos évaluations lors des visites, mais également à travers un questionnaire envoyé au niveau national, montrent que les maisons de repos des trois régions ont globalement été confrontées aux mêmes difficultés et écueils, à savoir : **un manque de préparation à ce type d'urgence ; une méconnaissance généralisée des règles de base en matière d'hygiène et de prévention et de contrôle des infections ; un manque de compréhension et de maîtrise des trop nombreux protocoles et recommandations (souvent inadaptés à leur réalité), notamment en matière d'utilisation des équipements de protection individuelle (ou EPI<sup>7</sup>), de dépistage et d'organisation des soins.**

Ces maisons de repos se sont retrouvées, une fois l'injonction donnée de fermer leurs portes aux visites et sorties non essentielles, contraintes d'assumer des fonctions hospitalières tout en n'ayant pas les moyens de le faire. Ainsi, au moment des évaluations, à peine plus d'une maison de repos sur deux (54%) disposait de blouses de protection en quantité suffisante, 64% d'entre elles suffisamment de masques FFP2, et parmi le personnel en charge du linge, seuls 42% étaient protégés par des équipements de protection adaptés. Plus d'un établissement sur six ne possédait pas de produits virucides, à savoir capables de tuer le coronavirus, et la désinfection du matériel médical était inadaptée dans 19% des cas. Seules 53% des structures considéraient leur personnel suffisamment informé quant au Covid-19 et ses risques de transmission. En matière de dépistage, plus de trois maisons de repos sur 10 n'en faisaient pas, seules 78% avaient mis leurs cas suspects dans des chambres individuelles, et l'isolement ou cohortage des cas confirmés positifs avait eu lieu dans seulement 60% des cas. Les projets thérapeutiques et accords de fin de vie n'étaient présents systématiquement que dans sept établissements sur 10.

A cela se sont ajoutées des limitations des possibilités de référer des patients vers des services médicaux extérieurs, notamment vers les hôpitaux, qui sont passées de 86% avant la crise à 57% en pleine épidémie. Dans les maisons de repos visitées par nos équipes, à peine plus de 70% des structures ont vu l'ensemble de leurs appels vers les services d'urgence (numéro 112) être pris en charge. Les visites des médecins généralistes, diminuées de moitié par rapport à la période pré-crise, ont également grandement impacté la qualité de prise en charge médicale des résidents, en matière de Covid-19 mais également concernant les autres problèmes de santé.

Dépassé, le personnel des maisons de repos, à l'instar du personnel hospitalier, s'est retrouvé confronté à des conditions de travail extrêmes. Un accroissement des troubles en santé mentale, et l'apparition de nouveaux symptômes, notamment post-traumatiques, sont à déplorer aussi bien au sein du personnel (cadre comme soignant et technique) que chez les résidents. Parmi le personnel, le sentiment d'impuissance et de désespoir, l'anxiété, la panique, la tristesse, la culpabilité et la colère ont été les symptômes liés à la crise les plus observés. Chez les résidents, neuf structures sur 10 ont été les témoins de symptômes mentaux exacerbés voire nouveaux, avec la tristesse, la dépression et une détérioration des capacités cognitives en tête de liste. Parmi ces structures, environ 10% signalent une augmentation des idées suicidaires des résidents, confirmant l'augmentation des « syndromes de glissement » ou désir d'abandon de vie qui ont caractérisé cette période particulièrement difficile à vivre pour eux.

Si, face à ces difficultés, notre analyse d'intervention montre une préparation et une capacité de réponse moyenne équivalente entre les maisons de repos des trois régions du pays, celles dotées d'un responsable des soins ainsi que d'une cellule de crise s'en sont mieux sorties. Le statut (privé, public ou non lucratif) des structures n'a, quant à lui, pas joué de rôle majeur. Le sentiment d'abandon était présent dans l'ensemble des interactions et rencontres lors de cette intervention, doublé d'un sentiment de lassitude face à une dévalorisation et une stigmatisation croissantes de leur secteur. Le personnel soignant était applaudi. Eux ne l'étaient pas, en dépit de leur rôle crucial de première ligne.

Ce rapport est destiné à encourager les autorités compétentes à entreprendre les démarches nécessaires pour qu'un nouveau drame humain ne se répète pas dans les maisons de repos dans le cas d'une nouvelle vague épidémique. Des plans de contingence prenant davantage une perspective de santé publique inclusive du troisième âge, et qui intègrent la réalité de terrain que ces résidences collectives pour personnes âgées ont vécu durant la première vague doivent être adoptés et mis en place à la fois au niveau fédéral mais également dans les régions et communautés dont ces maisons de repos dépendent, avec une cohérence accrue entre ces entités.

<sup>6</sup> A noter que les données relatives aux maisons de repos dans le pays et dans chaque région et communauté respectives varient d'une source à l'autre. Nous utilisons les données qui nous ont été transmises dans le cadre de notre intervention.

<sup>7</sup> Un équipement de protection individuelle (EPI) comprend : le masque (chirurgical ou FFP2), la protection des yeux (visière ou lunettes), la blouse et les gants. Pour les recommandations pratiques EPI en maisons de repos, voir l'outil MSF suivant : [https://f6f63e5a-7e1f-44bd-954a-c86646b7473e.filesusr.com/ugd/072e94\\_8657b0a314b74839be0e2bfac202062f.pdf](https://f6f63e5a-7e1f-44bd-954a-c86646b7473e.filesusr.com/ugd/072e94_8657b0a314b74839be0e2bfac202062f.pdf)

Les mesures, protocoles de réponse et approches doivent être plus adaptés, efficaces, et soutenus par une opérationnalité renforcée des instances gouvernementales qui encadrent et financent les maisons de repos, afin qu'elles soient davantage axées sur le soutien et l'implémentation, plus que sur le contrôle. Une priorité doit être mise sur la formation permanente et soutien en matière de PCI (matériel et technique). Le modèle d'équipes mobiles, qui assure une présence aux côtés du personnel des maisons de repos et qui a démontré son efficacité, doit être maintenu et répliqué, avec l'appui des autorités sanitaires. Une surveillance épidémiologique plus cohérente et transparente permettra aux maisons de repos de mieux se situer dans le tableau épidémique et de pouvoir ainsi adapter leur réponse opérationnelle en conséquence. La santé mentale, à la fois du personnel et des résidents, doit être prise en charge sans délai, et devenir partie intégrante des plans de réponse au Covid-19. Le personnel comme le secteur, également laissés pour compte, doivent être revalorisés.

Plusieurs initiatives sont en train de voir le jour, avec divers niveaux d'investissement selon les régions et communautés, mais le degré de l'urgence n'est pas encore à la hauteur de l'appel que les maisons de repos lancent et que nous relayons. Alors que la vie à l'extérieur des enceintes de ces institutions reprend petit à petit son cours, il n'y a pas de temps à perdre pour agir d'une manière concrète et ciblée sur les besoins spécifiques de ces lieux d'hébergement et de vie, de leur personnel et de leurs résidents. Pour qu'au moment où le virus reviendra en force à leur porte, nous ne laissons à nouveau nos aînés payer le prix de notre indifférence.



# Introduction

Le 31 décembre 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) était notifiée d'une flambée inconnue de pneumonie atypique virale émergente dans la province chinoise de l'Hubei, qui se révéla être causée par un nouveau type de coronavirus (le SARS-Cov-2<sup>8</sup>). La maladie, rapidement renommée Coronavirus Disease-2019 ou Covid-19, s'est rapidement propagée à la plupart des pays du globe, dont la Belgique.

Le premier cas dans le pays fut confirmé le 4 février 2020. Face à la flambée épidémique qui a rapidement gagné le territoire, les autorités fédérales ont activé lors de la deuxième semaine de mars le plan de crise, faisant passer la gestion de l'épidémie aux autorités centrales.

Mais l'attention s'est vite focalisée sur le maintien de la capacité des hôpitaux à accueillir les cas de Covid-19, laissant à leur sort les maisons de repos et leurs résidents en dépit des évidences déjà indiscutables que le coronavirus se propage rapidement et comporte un risque élevé de manifestations graves et de mortalité chez les personnes âgées, surtout dans les collectivités et en l'absence de mesures de mitigation appropriées<sup>9</sup>. Or, la Belgique compte près de 1.600 structures, dont plus de la moitié en Flandre, 602 en Wallonie, 140 à Bruxelles et 8 en Communauté germanophone. Elles sont, depuis la 6ème réforme de l'Etat de 2014, une compétence défédéralisée, désormais sous la responsabilité des communautés et régions.

**Parmi les 9.731 personnes décédées à ce jour du Covid-19 en Belgique, 64% ont été des résidents de maisons de repos<sup>10</sup>.** Quelque 1.377 de ces résidents ont perdu la vie dans des hôpitaux, mais près de 5.000 (4.857) sont décédés au sein même des structures qui les hébergeaient, devenues des mouiroirs le temps de la crise plutôt que des lieux de vie.

À la suite de l'augmentation des cas de Covid-19 dans le pays, le bureau de MSF à Bruxelles a entamé une intervention centrée sur trois piliers :

1. Assurer l'observation, l'isolement et les soins de base pour les migrants et les personnes sans-abris et faire en sorte qu'ils aient accès aux soins de santé et soient inclus dans le système de référence Covid-19<sup>11</sup>;
2. Fournir un soutien aux maisons de repos pour déterminer les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) à mettre en œuvre afin d'éviter et de mieux contrôler la propagation du virus dans les structures, et d'améliorer leur organisation en matière de circuits et de soins. Les besoins en soutien psychologique pour le personnel faisaient également l'objet d'une évaluation et de soutien;
3. Un soutien aux hôpitaux en Flandre (province d'Anvers) et à Mons en Wallonie, sur demandes de ces hôpitaux, ainsi qu'un soutien à la mise en place de certains centres de convalescence.

Même si depuis de nombreuses années MSF gère, en partenariat avec d'autres organisations, des programmes d'aide multidisciplinaires pour des personnes vulnérables en Belgique telles que les demandeurs d'asile et les personnes sans-papiers, l'ampleur de cette intervention reste exceptionnelle. La question abordée par le passé était un manque d'accès au système de protection sociale et de santé et pour certains groupes. La donne a changé avec l'épidémie du Covid-19.

Face à la situation de crise que vivaient les maisons de repos, le soutien aux hôpitaux a graduellement laissé place aux activités de soutien aux personnes âgées en résidences collectives. **L'intervention, lancée lors de la troisième semaine de mars, a duré trois mois au total. Elle a amené neuf équipes mobiles MSF à visiter 135 maisons de repos dans le pays, à Bruxelles tout d'abord, suivie de la Flandre puis de la Wallonie (où, dans ce dernier cas, l'approche s'est davantage portée sur la formation et soutien d'intervenants partenaires).**

8 Pour plus d'information sur le Covid-19, voir : <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

9 OMS, Considérations relatives aux soins de santé pour les personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic>

10 Données Sciensano, consultées en date du 26 juin 2020. A noter que tôt dans la crise, la Belgique a choisi de présenter, dans ses données relatives à la pandémie, à la fois les décès liés au Covid-19 enregistrés en milieu hospitalier et ceux enregistrés dans les maisons de repos et de soins. Ces derniers ne faisant pas systématiquement l'objet d'un test de confirmation, ils étaient réputés être des cas de mortalité *suspects*, c'est-à-dire, probablement liés au Covid-19 mais sans certitude absolue.

11 Ce travail s'est fait en collaboration avec la Croix-Rouge, le Samusocial, Médecins du Monde et la Plateforme citoyenne d'aide aux réfugiés.

Un secteur inconnu pour l'organisation, qui nous a obligés à apprendre et développer de nouveaux outils et stratégies pour s'adapter le plus possible à la réalité du terrain et encourager les autres (au sein de MSF, mais également à l'extérieur) à reproduire ce modèle ou l'adapter en fonction de la spécificité des lieux.

Courant mai, l'intervention en maisons de repos diminuait graduellement déjà, en phase avec la diminution de la courbe épidémiologique, et suite également au feedback que nous transmettaient les maisons de repos quant aux besoins de visites supplémentaires. Le 15 juin, les activités ont officiellement été transmises aux différentes autorités sanitaires compétentes en la matière, à part pour le volet santé mentale, dont la passation en Flandre fut finalisée à la fin du mois de juin.

Même si l'intervention de MSF fut de courte durée (et probablement trop tardive), partager les expériences, données et analyses de notre intervention fait partie de la transparence et redevabilité que nous devons aux donateurs qui nous permettent de faire ce travail, aux partenaires, mais aussi, et surtout, aux maisons de repos avec lesquelles nous avons travaillé.

Pour avoir été les témoins (et dans de nombreux cas, les confidents) d'un personnel mis à rude épreuve, il nous est fondamental de remonter les difficultés que ce personnel soignant, mais également technique, a été amené à rencontrer, afin d'encourager sans délai l'adoption par les autorités gouvernementales de mesures et plans d'urgence adaptés aux besoins réels des maisons de repos, destinés à préparer la réponse à une prochaine vague épidémique.

# Contexte d'intervention, approche opérationnelle et activités

## Contexte d'intervention

« Nous avons mis en place une déviation d'appel de la réception de MSF vers certains membres du personnel afin d'assurer une permanence téléphonique. Un jour, un des appels reçus sur mon téléphone provenait d'une directrice de maison de repos de la région bruxelloise. En pleurs, elle m'a expliqué qu'elle était dans une situation impossible, qu'il ne lui restait plus que quatre employés pour s'occuper de ses 70 résidents, et demandait de l'aide. L'équipe s'est rendue sur les lieux. J'en ai encore la chair de poule quand j'en parle. C'est impensable d'imaginer qu'on vivrait un tel scénario dans notre propre pays. » (Responsable des ressources humaines, MSF).

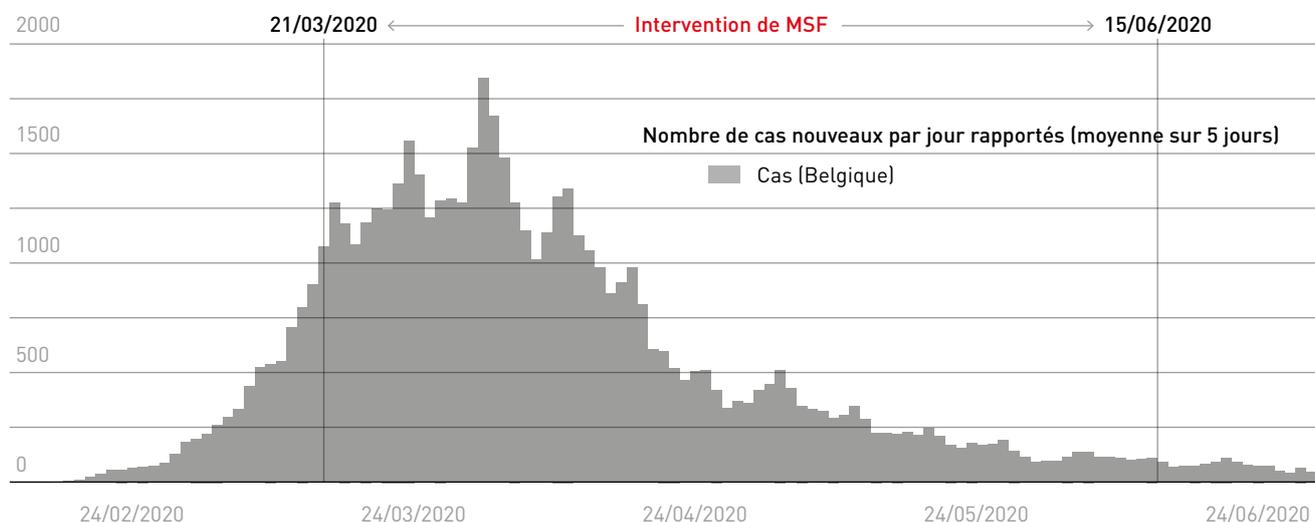
Dès le début, l'intervention dans les maisons de repos a été motivée par le fait que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au Covid-19 compte tenu de leur système immunitaire plus faible, du taux élevé de mortalité observé dans la population âgée en lien avec le nouveau coronavirus et de l'environnement collectif dans lequel elles vivent. Elle le fut également du fait du niveau de détresse exprimé par les familles des résidents et le personnel des maisons de repos, qui se sentaient abandonnés par le système alors que les portes de ces dernières avaient été fermées aux visites et sorties non essentielles (voir *encadré 1*), et alors que l'attention se portait

sur la prévention de saturation des services de soins intensifs des hôpitaux du pays.

Les maisons de repos étaient sommées de faire un usage rationnel du matériel de protection, si celui-ci était disponible. Du fait de leur âge, certains patients en état grave se voyaient refuser par les ambulanciers une prise en charge destinée à sauver leur vie ou un transfert suite aux consignes de certains hôpitaux environnants. A cela s'ajoutaient des médecins généralistes qui se ne rendaient presque plus au chevet des résidents dont ils assuraient normalement le suivi. Il arrivait aussi que des médecins coordinateurs et conseillers (MCC) des maisons de repos, appartenant à la tranche d'âge à risque, ne pouvaient plus assurer leur fonction et devaient être remplacés. Le nombre de personnel soignant et technique, déjà précarisé avant la crise du fait d'un désinvestissement généralisé du secteur<sup>12</sup>, devenait de plus en plus restreint. Couplés à de faibles conditions de PCI préexistantes et à un manque de tests de dépistage, ces éléments ont eu raison des capacités des maisons de repos à gérer la vague épidémique en leur sein.

<sup>12</sup> KCE, Performance of the Belgian health system – REPORT 2019 (KCE Report 313C Health services research), pp 68-74. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_313C\\_Performance\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf)

**Graphique 1 :** Evolution du nombre de cas rapportés en Belgique. (Source: Sciensano. Données épidémiologiques consultées le 26 juin 2020).



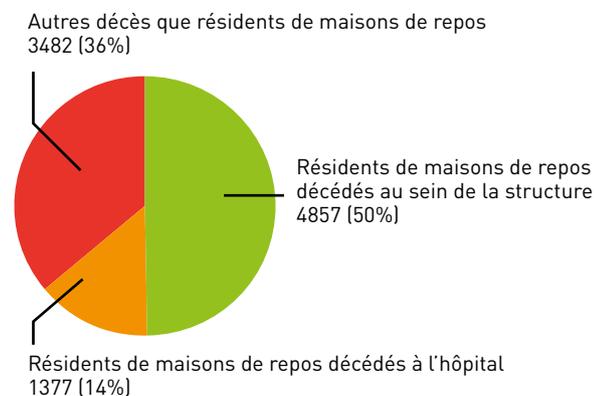
## Encadré 1 : Moments clés de l'épidémie en Belgique et de l'intervention de MSF

- **30 janvier 2020** : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare la maladie à Covid-19 comme étant une urgence de santé publique de portée internationale (et pandémie le 11 mars).
- **4 février** : début de l'épidémie en Belgique. Un premier cas positif au nouveau coronavirus SARS-Cov-2 est confirmé, un homme asymptomatique rapatrié de la province de l'Hubei en Chine.
- **11 mars** : le SPF Santé publique annonce le premier décès dû à une infection au coronavirus SARS-CoV-2.
- **11 mars (Wallonie et Bruxelles), 12 mars (Flandre)** : les visites non-essentielles dans les maisons de repos sont interdites, ainsi que les sorties de leurs résidents (sauf pour des cas exceptionnels). Une mesure justifiée par la nécessité de protéger les résidents du coronavirus.
- **12 mars** : Face à la flambée épidémique, les autorités sanitaires fédérales activent le plan de crise et passent à la phase fédérale de gestion de crise. Dans ce cadre, chaque région et communauté adapte toutes ses procédures suite aux décisions du Conseil National de Sécurité (CNS).
- **13 mars** : le Plan d'urgence hospitalier est activé sur l'ensemble des hôpitaux du pays, avec notamment l'annulation des consultations, examens et interventions électives pour plusieurs semaines.
- **18 mars** : Le pays applique des mesures strictes de confinement généralisé.
- **21 mars** : une équipe de MSF effectue sa première visite dans l'une des plus grandes maisons de repos de la capitale, conjointement avec un membre des autorités sanitaires bruxelloises.
- **25 mars** : MSF est invitée à rejoindre le « Outbreak Management Group » (OMG), plateforme inter-fédérale de gestion de l'épidémie créée suite à une décision du Risk Management Group.
- **4 avril** : les autorités sanitaires wallonnes réunissent autour d'un appel commun l'ensemble des intervenants impliqués ou susceptibles d'aider à lutter contre le virus dans les résidences collectives. Suite à un échange similaire dans le nord du pays la veille, MSF décide d'élargir géographiquement ce

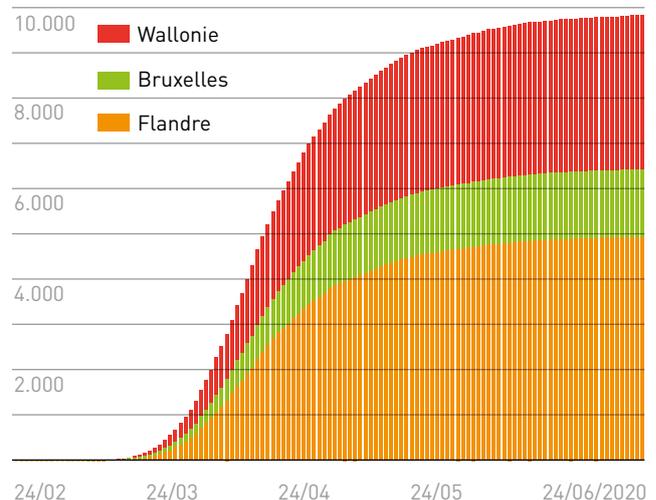
jour-là son intervention dans les maisons de repos. La visite de la première maison de repos en Flandre aura lieu le 8 avril, conjointement avec la VAZG. En Wallonie, la première visite aura lieu le 10 avril.

- **8 avril** : les autorités sanitaires flamandes mettent en place une Task Force pour éviter que la situation ne se détériore davantage dans les résidences collectives.
- **9 avril** : face à la mortalité importante enregistrée dans les maisons de repos, les autorités sanitaires centrales proposent une campagne fédérale de dépistage du Covid dans ces structures. Une première série de tests sont mis à disposition pour dépister le personnel et/ou les résidents (choix de la stratégie laissé aux entités fédérées), et afin d'évaluer la circulation du virus dans ces collectivités.
- **14 avril** : afin d'améliorer la coordination sanitaire dans les résidences collectives dans la région, le Dispositif Sanitaire d'Urgence Wallon (DISUW) est créé par les autorités régionales du sud du pays.
- **15 avril** : décision par le CNS d'autoriser à nouveau les visites dans les maisons de repos (pour une personne désignée au préalable). Décision jugée prématurée à plusieurs niveaux, des entités fédérées (qui n'avaient pas été consultées) aux communes, en passant par les maisons de repos ainsi que MSF, qui s'exprime dans la presse dès le lendemain. L'organisation alerte sur le risque de voir compromise la bataille menée pour diminuer les décès toujours trop nombreux dans ces structures hébergeant des personnes très vulnérables, alors que le dépistage du personnel et des résidents vient de commencer.
- **1er juin** : MSF exprime publiquement son inquiétude persistante quant à la situation sanitaire dans les maisons de repos, ainsi qu'à propos de leur capacité à pouvoir gérer une nouvelle vague épidémique si des moyens, plans de contingence urgents et soutiens en santé mentale ne sont pas mis en place sans délai.
- **15 juin** : passation et clôture des activités de MSF dans les maisons de repos. La passation des activités de soutien psychosocial à d'autres partenaires, qui a pris plus de temps en Flandre, s'est clôturée fin juin.

**Graphique 2** : Proportion relative des décès Covid-19 en Belgique parmi les résidents des maisons de repos et leur lieu de décès (en maison de repos ou en hôpital). [Source : Sciensano. Données épidémiologiques consultées le 26 juin 2020].



**Graphique 3** : Nombre de décès cumulatifs dus au Covid-19 rapportés en Belgique. [Source : Sciensano. Données épidémiologiques consultées le 26 juin 2020].



### Partage d'expertise technique, adaptée aux besoins, et à destination du personnel

Depuis le début, du fait de l'ampleur des besoins, du nombre de maisons de repos dans le pays et de la capacité de l'organisation, il était clair lors de nos discussions avec les autorités sanitaires des différentes régions que le soutien de MSF ne consisterait pas en une prise en charge médicale des patients, ni en une intervention directe en ressources humaines ou en fourniture en masse d'équipements manquants.

Il était convenu que l'approche se focaliserait sur le **renforcement des capacités de réponse du personnel des maisons de repos** à travers un partage d'expertise technique très concret, **adapté aux réalités respectives des structures, et implémentable dans un délai rapide.**

Le modèle d'intervention adopté fut la création d'équipes mobiles composées d'un(e) infirmier(ère), d'une personne experte en promotion de la santé et d'un(e) psychologue au besoin.

#### Les objectifs de l'intervention de MSF dans les maisons de repos :

1. Évaluer les compétences, connaissances et mesure d'évaluation en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI), et s'assurer de l'amélioration des pratiques et évaluations en la matière, afin de réduire la transmission du coronavirus
2. Évaluer et améliorer l'organisation des soins dans les maisons de repos sur les questions de dépistage, de cohortage des patients et de déconfinement.
3. Assurer un soutien psychosocial au personnel des maisons de repos : réduire l'intensité et la fréquence des symptômes, empêcher les signes de détresse de s'aggraver, et améliorer le soutien psychosocial (en ce incluses des références vers des organismes partenaires).

#### Les activités mises en place :

1. Au sein des maisons de repos : des équipes mobiles composées d'un(e) infirmier/ère et d'un(e) promoteur/trice de la santé procédaient à une évaluation et dispensaient conseils et formations. Si besoin, un(e) psychologue se joignait à l'équipe.
2. Pour les maisons de repos visitées et autres collectivités résidentielles :
  - Organisation de webinaires, y compris un suivi post-webinaire (fiches de réponse aux questions les plus fréquemment posées, échanges par mail et téléphoniques) ;
  - Élaboration et mise en œuvre de conseils et protocoles pratiques.
3. Concertation sur base régulière avec les agences et commissions gouvernementales ayant tutelle sur les maisons de repos, afin d'identifier les besoins et les structures à visiter en priorité, et de discuter des guidelines et webinaires. Rencontres régulières (en ligne) avec les organes de coordination de réponse à la crise dans les résidences collectives, au niveau fédéral et fédéré.

**En ce qui concerne l'intégration des activités de santé mentale dans l'approche opérationnelle**, qui s'est rapidement révélée nécessaire étant donné les besoins que l'on rencontrait, elles furent mises en place par des psychologues et, selon les besoins, étaient dispensées individuellement ou en groupe.

Étant donné le nombre de maisons de repos à soutenir, les équipes mobiles ont également été formées aux premiers soins psychologiques et à la psychoéducation, sur des thèmes comme le stress, l'anxiété et le «self-care». Cette approche a permis d'inclure des éléments de santé mentale touchant aux résidents et au bien-être du personnel à la fois dans l'évaluation, dans les formations et les séances de sensibilisation. Compte tenu de l'ampleur des besoins, les équipes ont également recouru à des services externes en procédant à des références de cas, ce qui garantira un meilleur soutien dans la durée.

**La création d'outils, posters, protocoles, sites web, vidéos, l'organisation de formations données in situ ou en ligne (webinaires) et adaptés aux besoins spécifiques des maisons de repos** alors que l'épidémie évoluait, furent une partie intégrante **du volet de renforcement des capacités du personnel.** Les sujets couverts ont inclus :

- L'aide à l'utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) en maisons de repos ;
- L'organisation du dépistage du SARS-CoV-2, l'interprétation des résultats et les stratégies de cohortage des résidents selon leur statut ;
- L'amélioration du contrôle environnemental (nettoyage et désinfection) et des mesures d'hygiène, notamment dans les services auxiliaires (cuisines et blanchisserie) ;
- Le soutien psychosocial ;
- L'organisation du déconfinement et le redémarrage des activités de routine.

**Certaines sessions s'adressaient au personnel d'une maison de repos spécifique. D'autres, en ligne, conviaient l'ensemble des résidences collectives d'une région.** Les sujets étaient discutés au préalable avec les agences gouvernementales partenaires. Certains de leurs membres, mais également des managers de maisons de repos, médecins coordinateurs et autres experts tels que par exemple l'AFRAMECO (l'Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins) étaient conviés au panel des intervenants des webinaires afin de créer un échange répondant au plus près aux besoins des structures, et ainsi créer un lien.

**Afin d'assurer une diffusion et une utilisation plus larges des outils, deux sites internet** furent par ailleurs développés. L'un créé par MSF<sup>13</sup>, et un autre développé en partenariat avec la Croix-Rouge<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> <https://www.covid-resources.msf.be/> (Mot de passe : Covid19msf).

<sup>14</sup> <https://covid19-mr-wzc.be/maison-de-repos.html>

## Encadré 2 : Déroulement des activités au sein des maisons de repos visitées par les équipes mobiles

**1. Évaluation :** Après un contact téléphonique avec la structure, une des équipes mobiles se rendait sur place pour une première visite. Cette rencontre se faisait habituellement avec un membre de la direction, le Médecin coordinateur et conseiller (MCC)<sup>15</sup>, le ou la responsable des soins et un(e) responsable de l'équipe d'entretien (selon la disponibilité de ces personnes). Ce moment, axé sur une discussion ouverte, s'est souvent révélé être une occasion de débriefing émotionnel et de ventilation des frustrations pour le personnel face à un sentiment d'abandon.

**2. Visite du bâtiment :** Une visite de la structure était ensuite effectuée conjointement, afin de comprendre le fonctionnement de la résidence et de voir quelles mesures de PCI étaient déjà en place. Le but était de comprendre la spécificité de chaque lieu et les difficultés rencontrées afin de permettre des recommandations adaptées au mieux. Un questionnaire rempli en partie durant et après la visite, qui reprenait différents domaines d'observation, fut élaboré par une équipe pluridisciplinaire (promoteurs de la santé, infirmiers, psychologues) et graduellement amélioré à travers le temps<sup>15</sup>. L'objectif était de faire une évaluation des procédures mises en place et d'analyser les besoins en soutien technique et en formation du personnel pour mieux protéger le personnel et les résidents face au virus.

**3. Rapport et recommandations :** Après cette première visite, l'équipe établissait un rapport basé sur leurs observations et leurs recommandations, adaptées à chaque structure et à la réalité de leurs conditions de travail. Ce rapport était envoyé par e-mail à la maison de repos ainsi qu'au service de l'instance gouvernementale en charge des maisons de repos.

**4. Séance d'information et de questions :** Sur base des observations de l'équipe et de la disponibilité du personnel, l'équipe organisait alors une seconde visite pour faire une présentation. La présentation contenait essentiellement des informations basiques sur le Covid-19, sa transmission et les mesures de précautions de base, ainsi que des séances concernant les aspects psychosociaux (gestion du stress, prévention du burn-out, augmentation de la résilience, etc.). Les sessions étaient illustrées par des exemples rencontrés dans la maison de repos à laquelle l'équipe s'adressait. L'équipe répondait ensuite aux questions du personnel. Les présentations se faisaient soit en séance groupée avec différents profils, soit une présentation par profession/service/étage.

**5. Suivi :** L'équipe restait ensuite en contact avec la maison de repos pour comprendre comment la situation évoluait, s'il y avait d'autres questions ou besoins de visites supplémentaires.

## Identification des structures et collaboration avec les organes de coordination et partenaires

L'approche en matière de sélection des établissements à visiter fut assez **similaire entre les régions du pays dans la mesure où MSF se coordonnait avec les autorités régionales et communautaires ayant les résidences collectives dans leur compétence, et qui fondaient la sélection sur un ensemble de critères établis conjointement.** Ces critères incluaient le nombre de cas confirmés et suspects, le nombre de décès, le niveau d'absentéisme du personnel, les capacités de réponse et la présence managériale, et les demandes proactives de soutien. Les équipes mobiles ont également dans certains cas répondu aux demandes directes de maisons de repos individuelles.

- **À Bruxelles**, où les activités étaient initialement concentrées, MSF a travaillé avec la Commission communautaire commune (Cocom, dont les Services en charge de la prévention et l'hygiène ainsi que du contrôle des collectivités résidentielles)<sup>16</sup>, et Iriscare<sup>17</sup>, qui supervisait la sélection des maisons de repos habilitées à recevoir le soutien de MSF.
- **En Flandre**, MSF a travaillé avec les équipes de soutien aux épidémies (Outbreak Support Team) et le Service de prévention et contrôle des maladies infectieuses de l'Agence flamande de Soins et de Santé (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ou VAZG)<sup>18</sup>, afin d'élaborer une liste de priorités sur la base des cas signalés ainsi que des informations pré-Covid-19 sur la capacité des différents établissements à gérer une telle situation.
- **En Wallonie**, MSF s'est coordonnée avec l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ)<sup>19</sup> et la Fédération des maisons médicales, qui recevaient des demandes de soutien directement des maisons de repos et répondaient selon une stratégie et un organigramme définis, où la réponse incluait des équipes MSF.

Aussi bien au niveau fédéral que fédéré, la **participation aux différentes réunions des organes de coordination fut une partie intégrante des activités** de MSF liées aux maisons de repos. Elles permirent d'accroître notre accès aux structures, d'échanger des informations sur nos expériences pratiques, de contribuer à l'élaboration de certains protocoles, de pousser le concept des équipes mobiles, et d'accéder aux données épidémiologiques.

**Niveau fédéré :** Les différentes instances gouvernementales en charge des maisons de repos avaient parfois structuré l'ensemble de leurs partenaires dans des dispositifs de gestion coordonnés de crise, tel que le Dispositif Sanitaire d'Urgence Wallon (ou DISUW) en Wallonie par exemple. La fréquence des réunions et le niveau de collaboration ont grandement varié d'une région à l'autre, Bruxelles étant la région où la demande et l'intervention furent les plus larges et les plus consistantes.

<sup>15</sup> Initialement, l'évaluation était principalement axée sur les mesures PCI et les précautions standard concernant les soins de santé ainsi que le nettoyage et la désinfection. Dans un deuxième temps, les services auxiliaires (cuisine, blanchisserie, gestion des déchets) étaient inclus et finalement les informations concernant la communication, la promotion de la santé, le bien-être psychosocial et les soins médicaux. Cet outil d'évaluation et 11 domaines évalués sont abordés dans la partie sur les principaux besoins observés et évalués dans les maisons de repos.

<sup>16</sup> Pour plus d'informations sur la Cocom, voir leur site internet : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr>

<sup>17</sup> Pour plus d'informations sur Iriscare, voir leur site internet : <https://www.iriscare.brussels/fr/>

<sup>18</sup> Pour plus d'informations sur la VAZG, voir leur site internet : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

<sup>19</sup> Pour plus d'informations sur l'AViQ, voir leur site internet : <https://www.aviq.be/>

Au niveau fédéral, MSF fut conviée à joindre le « Outbreak Management Group » (OMG), créé le 20 mars à la suite d'une décision du Risk Management Group concernant la situation relative au Covid-19 dans les collectivités résidentielles. Ce groupe, coordonné par des membres du service public fédéral Santé (SPF Santé), regroupe les représentants des différentes institutions gouvernementales régionales et communautaires, la direction générale des soins de santé (DGGS) du SPF Santé, MSF ainsi que Sciensano. Le Ministère de la Défense et Fedasil (l'agence fédérale qui gère les demandeurs d'asile) s'y adjoignent selon le cas. Le but de ces réunions (3x/semaine au départ, désormais hebdomadaires) est de suivre l'évolution de l'épidémie de Covid-19 dans les structures résidentielles, d'identifier les besoins spécifiques de soutien, d'harmoniser les procédures de gestion des foyers épidémiques ainsi que l'analyse des données épidémiologiques, et de créer une plateforme d'échanges de bonne pratique et de soutien éventuel de la part du niveau fédéral.

### Un point sur le dépistage (testing)

Le dépistage est essentiel car il aide à **gérer les risques d'infection et à atténuer la transmission**, c'est-à-dire contrôler l'épidémie et réduire le nombre de nouveaux cas, surtout s'il est utilisé de manière ciblée (en particulier les personnes les plus vulnérables et le personnel de première ligne). Le 9 avril, le gouvernement fédéral belge lançait une campagne de dépistage ciblant les maisons de repos, mais avec un nombre de tests assez limité initialement et une stratégie plutôt floue et inadaptée à la réalité et aux capacités des structures. Dans le cadre de cette stratégie, douze maisons de repos avaient été sélectionnées dans la région de Bruxelles. Iriscare demanda l'appui de MSF dans les maisons de repos qui le sollicitaient, ce qui fut le cas dans quatre structures. Des équipes de la FMM et de Médecins du Peuple ont également été formées par MSF. L'intervention fut plutôt courte et ciblée pour nos équipes, qui estimaient que d'autres ressources médicales pouvaient gérer ces dépistages. Cependant, un accompagnement à travers une guidance pratique et sécurisée de récolte des écouvillons nous semblait importante dans la phase initiale, et le thème du dépistage fut inclus dans les outils de soutien didactique développés et proposés plus largement.

### Encadré 3 : Les variations d'intervention par région

**Bruxelles :** Le 21 mars 2020, une équipe de MSF a effectué sa première visite dans l'une des plus grandes maisons de repos de la capitale, conjointement avec le médecin responsable du Service Hygiène et Prévention de la Cocom<sup>20</sup>. Au total, **parmi les 138 maisons de repos que compte la région bruxelloise, 121 furent contactées par une équipe de soutien, et 86 ont bénéficié d'une visite par une équipe mobile (dont 81 impliquant les équipes MSF).**

L'ensemble du paquet d'activités a été fourni, bien que **l'accent dans cette région fut davantage mis sur les visites plutôt que les webinaires**, du fait de la proximité géographique des structures. En plus, dans quatre des 12 maisons de repos pilotes, nous avons aidé à mettre en œuvre la campagne fédérale de dépistage du Covid-19, et appuyé le cohortage dans les maisons de repos soutenues en général.<sup>21</sup>

Etant la première zone d'intervention, c'est lors des visites des équipes mobiles dans la capitale que les besoins en santé mentale du personnel se sont révélés importants. Peu de structures bénéficiaient de la présence d'un psychologue, et le soutien téléphonique ou en ligne offert après le travail par des associations ne rencontrait pas de succès à cause de la fatigue du personnel. Les équipes mobiles mirent dès lors en place des mesures préventives et proactives.

Suite à des contacts avec la FMM et la Croix-Rouge, une collaboration pour augmenter le nombre d'équipes mobiles disponibles prit forme. Entre mi-avril et mi-mai, deux équipes de chaque organisation respective furent formées par MSF à travers des visites conjointes et des webinaires.

Pour la suite, six personnes de la Cocom (trois du service de prévention et hygiène, et trois du service contrôle) ont suivi une formation qui devrait permettre d'assurer la coordination et le soutien d'équipes mobilisées en cas de nouveau pic épidémique. La commission centralise et assure par ailleurs depuis mai le dispatching vers les services de santé mentale de la région.



<sup>20</sup> La Commission communautaire commune (Cocom) gère essentiellement les matières personnalisables sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, dont l'aide aux personnes et la santé. Les services en charge de l'hygiène et de la prévention dans les résidences collectives, ainsi que de leur contrôle et agrément, furent les services partenaires introduits au travail des équipes mobiles.

<sup>21</sup> On aidait les structures à envisager concrètement le regroupement ou isolement des patients selon leur statut Covid-19, de manière sécurisée et réaliste.

**Flandre :** Dès le 4 avril, la décision d'intervenir également en Flandre fut prise, à la suite de rencontres la veille avec l'Agence flamande des soins et de la santé (VAZG) et suite à plusieurs alertes reçues de directeurs de maisons de repos, de certains MCC et même d'infirmières spécialistes en PCI d'hôpitaux de la région, qui étaient surchargées d'appels venant de maisons de repos. L'idée était de donner un appui aux équipes de soutien aux épidémies (OST) de la VAZG dans les lieux les plus affectés des provinces d'Anvers, Limbourg et Brabant flamand. Trois équipes MSF furent mises en place. La première visite d'une maison de repos eut lieu conjointement le 8 avril. **Au total, les équipes mobiles de MSF ont visité 21 maisons de repos, pour un total de 46 visites (dont 6 avec l'équipe OST). Nous avons également visité deux établissements pour personnes en situation de handicap et un centre fermé pour jeunes.** Le paquet d'activités fut similaire à celles conduites en région bruxelloise.

Les réunions bi-hebdomadaires avec la VAZG permettaient d'identifier les besoins, hiérarchiser les maisons de repos à visiter, de discuter des protocoles et du contenu et de la configuration des webinaires. Nos principaux interlocuteurs étaient les équipes « de terrain » de la VAZG. Cependant, l'espace pour interagir avec les niveaux hiérarchiques supérieurs de l'agence étaient restreints, sans parler du groupe de crise Covid-19 dans les résidences collectives mis en place le 8 avril par les autorités régionales de la santé<sup>22</sup>.

Les équipes mobiles ont dispensé les soins de « premier secours » psychologiques et des formations psychoéducatives dans la majorité des établissements visités, dont neuf personnes occupant un poste de direction.

Dès le début, il était convenu que MSF formerait et accompagnerait des équipes mobiles de la VAZG à des fins d'intervention pendant la crise et pour une question de continuité dans le temps. Nous avons transmis dès fin avril les besoins que nous voyions au vu du soutien requis dans les maisons de repos. Le document récapitulatif incluait les objectifs, les activités et les profils de poste requis. Ce n'est cependant que le 12 juin que nous avons obtenu confirmation que les 15 équipes mobiles demandées seraient opérationnelles dans les résidences collectives de Flandre (en ce incluses les maisons de repos), possiblement à partir de juillet. Une passation vers le service de prévention des infections, en charge de la coordination des équipes mobiles, a entretemps été effectuée. Le soutien psychosocial du personnel des maisons de repos est quant à lui assuré depuis mi-juin par les centres de santé mentale (CGG).

**Wallonie :** La décision de MSF d'apporter un soutien aux maisons de repos en Wallonie fut prise le 4 avril. Le paquet d'activités de Bruxelles fut répliqué, mais avec l'accent sur un volet de formation et d'accompagnement plus large d'équipes mobiles d'autres organisations - principalement de la Fédération des maisons médicales (FMM), de la Croix-Rouge, ainsi que des équipes de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). Ceci fut réalisé dans le cadre du Dispositif Sanitaire d'Urgence Wallon (DISUW), mis en place par les autorités régionales le 14 avril.

80% des visites de MSF dans les maisons de repos ont été effectuées dans le cadre d'un tel soutien à un partenaire. Au total, 27 équipes partenaires ont été formées pour effectuer la première visite dans les maisons de repos. Cette approche a non seulement permis d'accroître le nombre de maisons de repos pouvant bénéficier de soutien sur les lieux, mais aussi d'assurer une certaine pérennité du modèle à l'issue de l'intervention de MSF, ainsi que d'encourager les réseaux de soutien locaux.

**Du 10 avril au 12 juin, les équipes mobiles de MSF ont participé à 50% des « premières visites » réalisées, soit 33 maisons de repos et 10 centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap.** Mais ce sont en tout 85 établissements (sur un total de 109 contactés) qui ont bénéficié d'au moins une visite d'une équipe mobile faisant partie du DISUW, incluant 62 maisons de repos et 23 centres d'hébergement pour personnes handicapées. A noter que deux maisons de repos ont requis un suivi plus étroit avec plusieurs visites, dont le soutien d'une équipe hospitalière interdisciplinaire (comprenant un psychiatre, un spécialiste des maladies infectieuses et une infirmière spécialiste en PCI) pour l'une d'entre elles, ce qui s'est révélé très utile.

La plupart des visites ont eu lieu dans la Province de Liège (40 visites) où le coaching des équipes mobiles FMM a commencé le plus tôt, suivies du Hainaut (29 visites), de Namur (24 visites), du Brabant Wallon (11 visites) et du Luxembourg (1 visite). Pour les structures n'ayant pas pu bénéficier de visite, un volet de formation à distance et d'échange d'expérience fut ajouté.

Afin de faciliter les visites des équipes des organisations partenaires, des procédures opérationnelles standards concernant les différentes étapes du soutien furent rédigées, ainsi que différents outils et webinaires. En outre, ce matériel (protocoles, affiches, vidéos) fut partagé avec d'autres organisations via des plateformes Internet. À la fin de l'intervention, un dernier webinaire fut organisé spécialement pour les membres de l'AViQ, étant donné leur rôle de points focaux dans le cas de futurs besoins (avec le support de la Croix-Rouge). Le Ministère wallon de la Santé a par ailleurs sécurisé le financement pour un an de 48 psychologues qui viendront renforcer les services de soins psychiatriques à domicile dans le but de soutenir notamment le personnel et les résidents maisons de repos.

<sup>22</sup> Task Force créée par le Département Bien-être, Santé publique et Famille.





# Principaux besoins observés et évalués dans les maisons de repos

## Sources

Les observations suivantes découlent de la combinaison de plusieurs analyses et sources, en ce inclus :

- **L'analyse de l'outil d'évaluation (voir encadré 4)**, qui a été développé par MSF en cours d'intervention dans les maisons de repos et qui reprend les données de 121 structures visitées (15 en Flandre, 78 à Bruxelles et 28 en Wallonie)<sup>23</sup>. Cet outil était utilisé par les équipes lors de leurs premières visites. Il était destiné à permettre une sorte de « photographie » de la situation de la structure, et ainsi compléter les informations qualitatives récoltées lors des discussions avec les membres clés des équipes de gestion. La combinaison de ces informations leur permettait de guider au mieux les recommandations ensuite transmises aux maisons de repos.
- **Des informations qualitatives** récoltées lors de ces visites et lors des discussions avec les équipes des maisons de repos ;
- **Une analyse des appels de suivi** concernant le soutien fourni par MSF ainsi que la situation en termes de mise en place des recommandations qui avaient été suggérées et de besoins restants ;
- **Les résultats d'un questionnaire envoyé fin mai 2020** à l'ensemble des maisons de repos du pays, principalement axé sur la santé mentale mais reprenant également des informations quant à la présence du personnel, les capacités de référence internes et externes avant et durant la crise, les nouveaux symptômes psychologiques affectant le personnel et les résidents, ou encore les besoins prioritaires en matière de soutien (hors MSF) à venir. En tout, 983 structures ont répondu à cette enquête, mais il est important de noter que 88% des réponses sont venues de Flandre (contre 5% de Bruxelles et 7% de Wallonie).

**Note au lecteur :** Il est important de noter que les informations qualitatives et évaluations quantitatives qui sous-tendent les observations présentées ci-après sont à la fois limitées dans le temps, du fait du type de critères évalués, et de la proportionnalité des activités que nous menions (plus importante dans la capitale que dans le reste du pays). Par ailleurs, le retour au questionnaire national fut principalement répondu par les maisons de repos de Flandre. Néanmoins, malgré ces limitations, ces indicateurs permettent d'extraire certaines tendances essentielles dans le cadre d'une meilleure adaptation des politiques de réponse aux besoins des maisons de repos alors qu'elles sortent de la première vague de la crise et afin de mieux préparer une nouvelle vague.

<sup>23</sup> Ce ne sont pas 100% des maisons de repos visitées qui furent intégrées à l'analyse car l'outil fut graduellement développé et complété en fonction des réalités rencontrées. Celles dont les données pouvaient être encodées rétrospectivement le furent.

## Capacité des maisons de repos

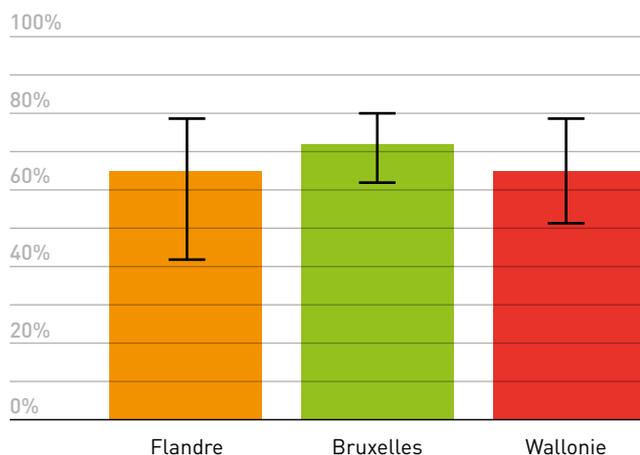
Les scores totaux (combinaison des sous-scores des 11 domaines de l'outil d'évaluation) ont été calculés et comparés entre régions du pays. Il en ressort qu'il n'y a **pas de grande différence entre les régions en termes de scores moyens sur ces domaines** (voir [graphique 4](#)), **indiquant que les maisons de repos dans l'ensemble du pays avaient une préparation et une capacité de réponse à la crise assez similaires.**

En revanche, une proportion non négligeable (une structure sur 6) des maisons de repos n'atteignaient pas les 50% sur l'ensemble des sous-domaines, indiquant une **situation particulièrement critique pour certaines d'entre elles**. Une tendance davantage observée dans le nord du pays (où 27% des maisons de repos n'atteignaient pas cette barre, contre 18% à Bruxelles et 7% en Wallonie).

Dans les maisons de repos visitées des trois régions, la **santé mentale a été le secteur le plus mal loti, avec un score moyen de 50% seulement** (pire donc que les catégories liées à la prévention et contrôle des infections, pourtant principales cibles de l'évaluation en raison des problèmes connus à ce propos). Le **manque de disponibilité de matériel visuel** (comme des affiches de promotion de la santé et d'hygiène), **ainsi que des problèmes de gestion du linge et des déchets** ont également été les domaines connaissant le plus de faiblesses, comme l'indique le [graphique 5](#).

« Dans une des maisons de repos, on a trouvé un homme qui était en train de mourir seul, sans soins ni même le moindre objet personnel, parce qu'il avait été mis dans une autre pièce que sa chambre habituelle. Il y avait des excréments dans le corridor, et pas de nourriture dans les frigos. Une réunion de crise a eu lieu dès le lendemain avec les différents intervenants et les autorités. »

**Graphique 4 :** Résultats d'analyse des outils d'évaluation MSF lors des visites des maisons de repos. Scores globaux médians sur 11 domaines - par région. (Médian et écart interquartile).



**Graphique 5 :** Résultats d'analyse des outils d'évaluation MSF lors des visites des maisons de repos. Sous-scores médians sur 11 domaines évalués - par région.



**Encadré 4 : Les 11 domaines repris dans l'outil d'évaluation des équipes mobiles**

- 1. Les besoins à faire remonter aux institutions compétentes** (tels que présence de masques, cellule de crise, produits de nettoyage et désinfectant, sacs mortuaires, etc.)
- 2. Les mesures générales** (procédures de précaution disponibles, distance sociale respectée, cohortage des patients confirmés existant, procédures des visites en place, etc.)
- 3. Les mesures pour les soins des résidents en isolement** (personnel médical spécifiquement alloué, recommandations claires pour les EPI, zones identifiées pour l'habillement/déshabillage, accès aux masques, gants, etc.)
- 4. Le nettoyage et la désinfection** (désinfectant utilisé efficace contre le virus, zones de contacts nettoyées ou non, recommandations disponibles et claires, etc.)
- 5. La gestion des déchets** (circuit clair ou non, poubelles à pédales, personnel en charge protégé ou non, etc.)
- 6. La gestion du linge** (guidance pour les familles disponible ou non, circuit clair, personnel protégé, etc.)

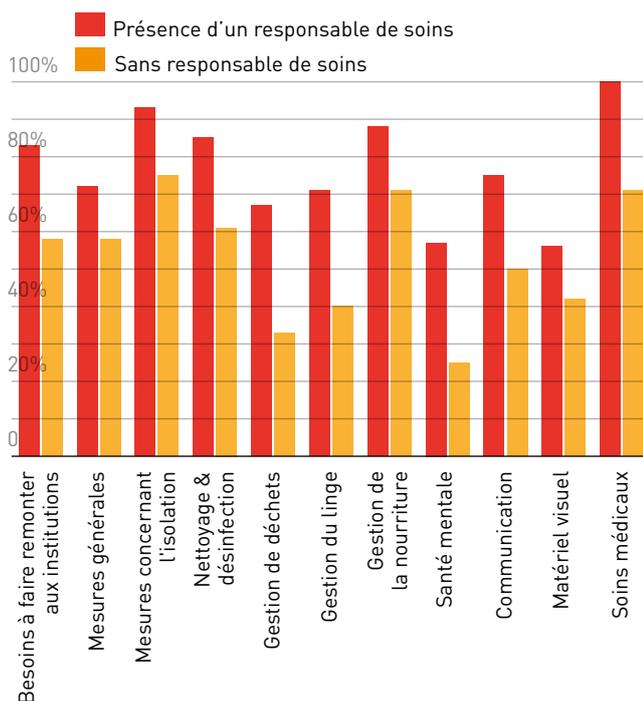
- 7. La gestion de la nourriture** (circuit, repas pris en chambre de préférence, type de débarrasage, chambres Covid-19 servies en dernier, etc.)
- 8. La santé mentale** (apparition de signes de réaction émotionnelles et psychologiques au sein du personnel et résidents, soutien en place, capacité de référence des cas graves, etc.)
- 9. La communication/flux d'information** (moyens en place, difficultés rencontrées, niveaux de connaissances, besoins en formation et outils, etc.)
- 10. La disponibilité des affiches et visuels aux endroits stratégiques** (informations sur le Covid-19, distanciation sociale, hygiène des mains, recommandations relatives aux EPI, etc.)
- 11. La surveillance médicale du résident** (présence des projets thérapeutiques clairs, de soutien palliatif, outils de reconnaissance des signes de détérioration, appel vers le 112 ayant bénéficié d'une réponse, etc.)

Dans les trois régions, la **présence d'un responsable des soins** a eu un **effet positif significatif** sur la capacité des maisons de repos à faire face au Covid-19, dans l'ensemble des domaines. La **présence d'une cellule de crise** dans l'établissement a également été bénéfique, bien que dans une moindre mesure, comme le montrent les deux graphiques suivants (voir **graphiques 6 et 7**). Des efforts pour renforcer ces présences respectives sont à encourager, car au moment des évaluations, seules 72% des maisons de repos comptaient un responsable de soins, et 59% avaient une cellule de crise.

Le **statut** de ces résidences, à savoir issues du privé, public ou non-lucratif, n'a quant à lui **pas joué de rôle sur la capacité de réponse** des établissements visités, à la **différence du fait d'appartenir à un regroupement de résidences** (à savoir à un groupe privé commercial ou à un réseau public), **qui a aidé bien que de manière marginale** dans l'ensemble. Il convient également de noter que l'analyse tend à montrer que **les maisons de repos sans cas de Covid-19 n'étaient pas nécessairement mieux préparées, ni répondant mieux à l'épidémie (score médian de 76% versus 71%)**. Cela suggère qu'elles ont peut-être simplement eu la chance de ne pas encore avoir vu de cas au moment de l'évaluation, ou inversement que les structures touchées avaient déjà commencé à investir davantage dans l'amélioration de leur situation, se répercutant positivement sur leurs résultats.

**Des difficultés d'évaluation et de calcul des quantités de matériel et de stocks de réserve nécessaires** venaient souvent s'ajouter aux faiblesses préexistantes, notamment pour les commandes d'urgence auprès des autorités sanitaires (quand du matériel était disponible). Face au manque de soutien, certaines maisons de repos qui bénéficiaient de plus de moyens ont eu recours à des solutions alternatives propres, via des

**Graphique 6 :** Résultats d'analyse des outils d'évaluation MSF lors des visites des MR : Comparaison selon la présence d'un responsable de soins. Sous-scores médians sur 11 domaines évalués.



commandes directes en ligne mais avec parfois des doutes sur la qualité du matériel.

A noter que **l'impact de la crise liée au Covid-19 sur la capacité financière des maisons de repos est un sujet de préoccupation croissant** pour bon nombre de directions, surtout dans les petites structures. De larges dépenses ont été effectuées durant la crise, et les taux d'occupation des lits a diminué suite aux décès de résidents. La plupart des maisons de repos dans lesquelles nos équipes se sont rendues avaient des chambres libres ce qui, en matière d'organisation des soins et de PCI a permis de cohorter les résidents dans certains cas, mais la viabilité économique post-crise et le maintien éventuel de certaines chambres vacantes dans le cas d'un rebond épidémique crée l'inquiétude au sein des maisons de repos.

**Encadré 5 : Trois phases de l'épidémie, avec des besoins différents**

**Durant la « première phase » de l'intervention de MSF** dans le pays, alors que le nombre de cas augmentait encore de manière exponentielle, nous avons pu constater que les principales préoccupations concernaient le manque de matériel et de ressources humaines, l'absence de directives claires sur l'utilisation des EPI, ainsi que la crainte d'une saturation des lits de soins intensifs dans les hôpitaux.

**Pendant la phase du « plateau »,** où la capacité de dépistage a été augmentée et où les gens ont commencé à acquérir une certaine expérience du Covid-19, des inquiétudes sont apparues quant à la manière d'utiliser au mieux les tests et à ce qu'il fallait faire avec les résultats. À ce moment-là, certaines maisons de repos ont commencé à répartir les patients en fonction des résultats des tests. Les équipes mobiles de MSF étaient déjà présentes dans les maisons de repos depuis deux semaines et ont pu fournir des conseils et de la guidance concernant la (ré)organisation des soins. Les équipes de direction ont ressenti le besoin de partager leur expérience de la première phase, d'être rassurées sur les décisions qu'elles avaient prises et les mesures qu'elles avaient mises en place. Le soutien en santé mentale du personnel a été identifié comme une priorité principale et les préoccupations concernant la santé mentale des résidents se sont renforcées.

**Enfin, avec le début du déconfinement,** de nouvelles préoccupations sont apparues, comme le redémarrage des activités médicales non liées au Covid-19 et la manière d'augmenter les contacts avec le monde extérieur (visites familiales, professionnels externes) et au sein de la structure (activités pour les résidents des maisons de repos), ce qui augmentait à nouveau le risque de contamination croisée.

## Ressources humaines

« On applaudissait le personnel hospitalier mais laissant pour compte le personnel des collectivités résidentielles, pourtant en première ligne aussi. Pire, il se retrouvait stigmatisé. »  
(Coordinatrice MSF).

### Un manque de RH pour faire face à la crise

En dépit du fait que le personnel des maisons de repos était en première ligne dans la lutte contre l'épidémie, il fut peu valorisé. Les principaux problèmes touchant aux ressources humaines ont inclus:

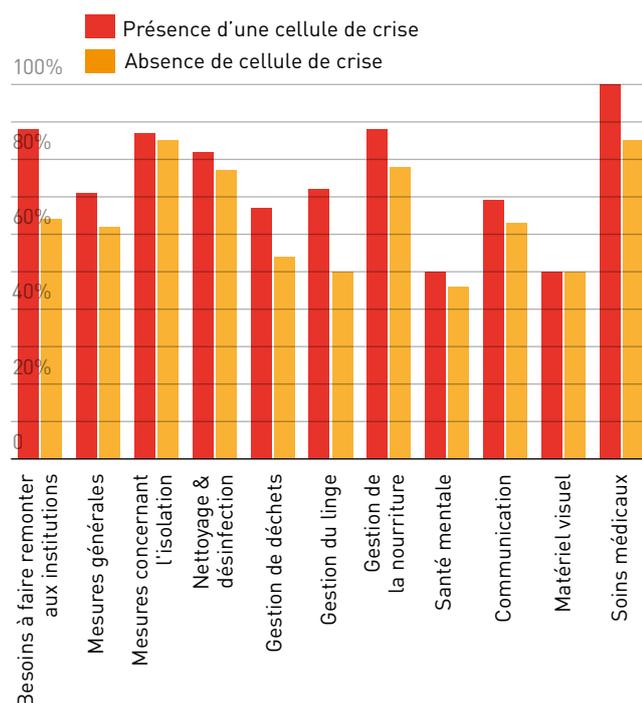
- **Taux d'absentéisme élevé** (voir [graphique 7](#)), du fait de la peur ou de personnel en arrêt maladie, venant exacerber une situation déjà précaire en matière de présence RH pré-crise.
- **Manque de moyens du secteur préexistant**, avec un impact direct sur l'environnement de travail du personnel et les niveaux de pénibilité (physique et mentale) professionnelle.
- **Un manque d'investissement dans les connaissances et le renforcement des compétences du personnel (notamment en PCI)**, avec des formations continues quasiment inexistantes, alors qu'une grande partie du personnel médical n'est pas infirmier mais aide-soignant.
- **Confusion sur les rôles (à savoir, qui devait faire quoi et quand ?), et peu de réunions de personnel**
- **Une diminution marquée des visites par les médecins généralistes et dans certains cas des médecins coordinateurs et conseillers (MCC)**, rendant la tâche du personnel soignant plus complexe. Parfois, une infirmière devait prendre les décisions concernant un patient à la place d'un médecin.
- **Un personnel technique (nettoyage, cuisine, etc.) laissé pour compte** dans les recommandations et protocoles sanitaires, outils et les séances d'information, en dépit de leur

rôle essentiel et des risques encourus (**sans oublier les bénévoles**, lorsqu'ils étaient autorisés).

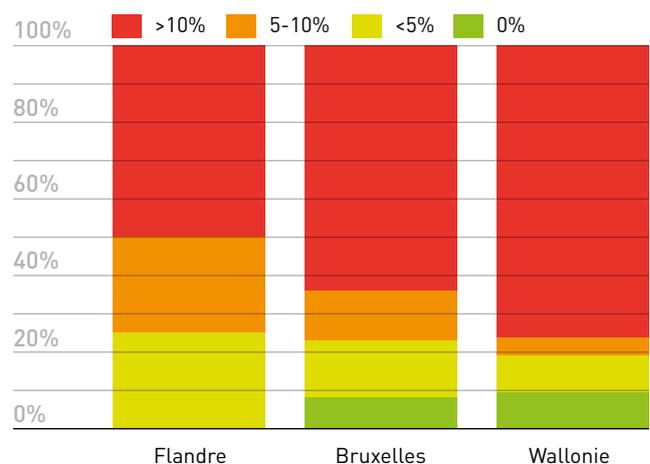
### Pressions et tensions au sein du personnel

- **Un personnel se sentant coupable** de ne pas avoir été à la hauteur et d'avoir pu contaminer des résidents dont ils sont pourtant proches, et qui en plus fait l'**objet de stigmatisation** de la part de la communauté qui les entoure directement ou dans les médias. Certains rapportent avoir été jugés incompetents, d'avoir tué des personnes âgées, et de constituer un risque de transmission du virus dans leur voisinage. Certains membres du personnel nous ont par ailleurs partagé leur frustration de ne pas pouvoir donner le soutien nécessaire aux résidents affectés psychologiquement. La **pression des familles** était également forte sur le personnel.
- **Malaise de la part des membres du personnel qui étaient absents au plus fort de la crise, car ils se sentent moins préparés et informés en cas de nouvelle vague** épidémique. Ils sont parfois aussi mal perçus de la part de leurs collègues « restés au front », créant des tensions.
- **Sentiment d'abandon par le monde extérieur et par les autorités**, alors que ce personnel n'a pas ménagé ses efforts. Un membre d'une équipe mobile nous explique:  
« Une infirmière avait perdu à la fois son père et son grand-père du Covid-19, sur un laps de temps de deux semaines à peine. Elle s'était rendue à l'hôpital pour les voir mais s'était vu refuser l'accès à leur chevet. Malgré ces pertes et deuils, elle continuait pourtant à venir travailler. »
- Le **manque de soutien psychosocial**, que celui-ci soit préventif ou curatif, a grandement affecté le personnel. Le risque de se retrouver face à un nombre élevé de burn-out et syndromes post-traumatiques dans les semaines et mois à venir

**Graphique 7 :** Résultats d'analyse des outils d'évaluation MSF lors des visites des maisons de repos: Comparaison selon la présence d'une cellule de crise. Sous-scores médians sur 11 domaines évalués.



**Graphique 8 :** Taux d'absentéisme parmi le personnel rapporté par les maisons de repos visitées par les équipes mobiles MSF et leur degré d'acuité {0% ; 0-5% ; 5-10% ; plus de 10%}.



est réel et déjà observable. L'impact psychologique de la crise sur le personnel et les résidents est adressé dans le point sur la santé mentale.

## Prévention et contrôle des infections

D'après les maisons de repos sondées au niveau national via le questionnaire, seules 36% des maisons de repos furent épargnées par le virus, alors que 34% ont compté plus de 10% de résidents infectés, indiquant que **la plupart de ces résidences pour personnes âgées furent directement touchées par le Covid-19**. Une fois introduit, le virus s'y est propagé comme une traînée de poudre, notamment du fait des mesures de prévention et de contrôle des infections inadéquates ou inexistantes.

Initialement s'était posée parmi nos équipes la question de savoir si, dans un pays comme la Belgique, nos équipes allaient devoir intégrer dans notre soutien la formation en hygiène de base. Elle s'est rapidement révélée nécessaire. La situation trouvée dans les maisons de repos visitées cumulait de nombreuses failles et besoins en la matière, souvent pré-existants à la crise mais exacerbés une fois le virus introduit au sein des structures. Durant la crise, l'attention a dû être principalement focalisée sur le contrôle des infections plutôt que leur prévention, avec les conséquences que l'on connaît aujourd'hui, et même dans certains cas, menant à deux épidémies virales concomitantes (au nouveau coronavirus et norovirus notamment).

Les principaux besoins trouvés en matière de PCI peuvent se résumer de la manière suivante :

- **Manque d'équipements de protection individuelle (EPI)** disponibles, privant des semaines durant certains membres du personnel (surtout ceux n'ayant pas de contact direct

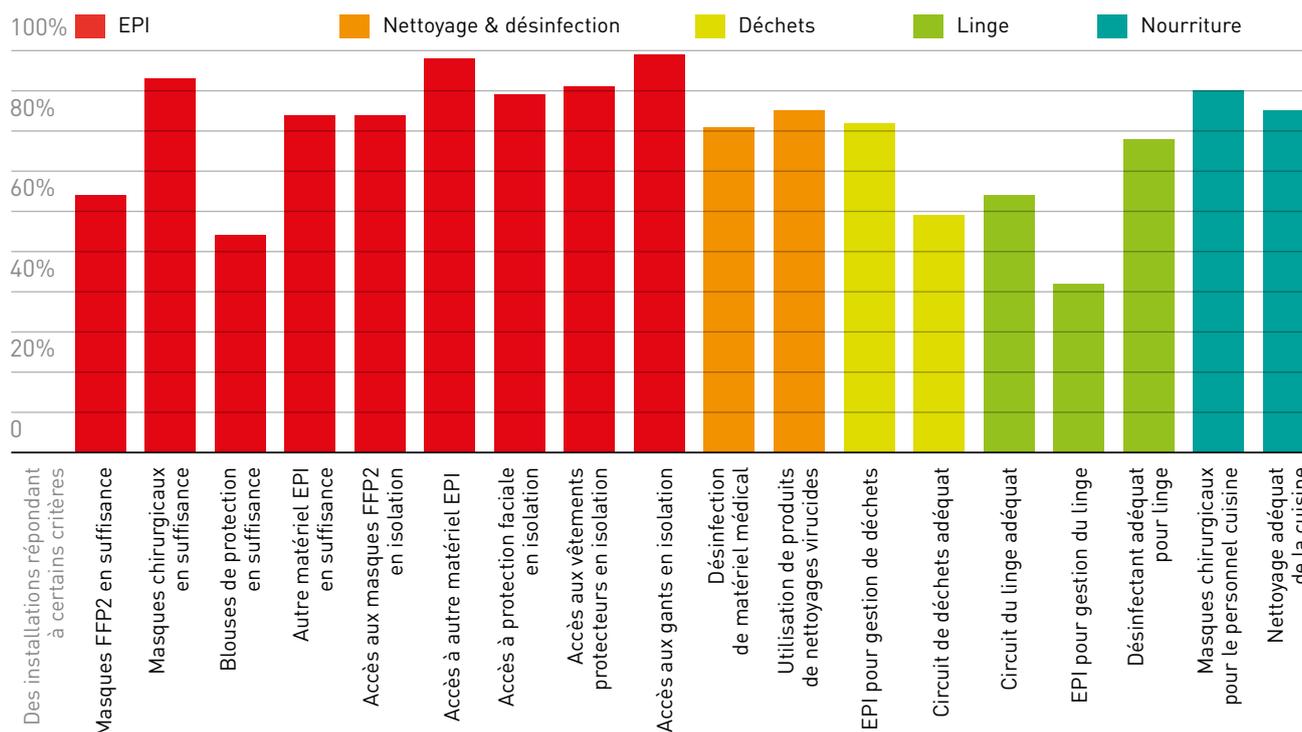
avec un patient mais pas seulement) d'une protection quelconque ou adéquate. Les données de nos outils d'évaluation montrent que **seules 64% des structures visitées disposaient de masques FFP2 en suffisance. Des blouses de protection étaient suffisamment disponibles seulement dans 54% des cas, et parmi le personnel en charge du linge, seuls 42% étaient protégés par des EPI adaptés.**

Cette différence entre la situation dans les maisons de repos et le personnel de première ligne extérieur en matière de protection était flagrante et difficile à supporter pour le personnel. La coordinatrice de l'intervention MSF en région bruxelloise relate :

« Une des maisons de repos les plus affectées que l'on a visitée nous a rapporté s'être retrouvée sans matériel de protection aucun, mais face à une équipe d'ambulanciers habillés en « cosmonaute » qui ont pris une trentaine de minutes pour désinfecter leur ambulance devant la porte. Ce décalage ne faisait qu'accroître leur sentiment de laissés pour compte de cette réponse à l'urgence. »

- Par rapport à une situation de transmission virale et de crise, les **pratiques de contrôle environnemental (nettoyage et désinfection) et les connaissances n'étaient pas adaptées** :
  - **15% des établissements visités ne possédaient pas de produits virucides par exemple**
  - **La désinfection du matériel médical était inadéquate dans 19% des cas.**
  - En matière de gestion du linge, **64% des maisons de repos visitées avaient un circuit de flux entre le linge sale et propre distinct. Même constat dans les cuisines** : seules 59% des structures appliquaient un circuit de gestion des déchets approprié. Une guidance de base pour les services auxiliaires se révélait nécessaire.
- **En matière d'information :**

**Graphique 9 :** Résultats de l'analyse des outils d'évaluation MSF lors des visites des maisons de repos. Proportion des structures dans lesquelles le standard minimal est atteint pour les indicateurs sélectionnés.



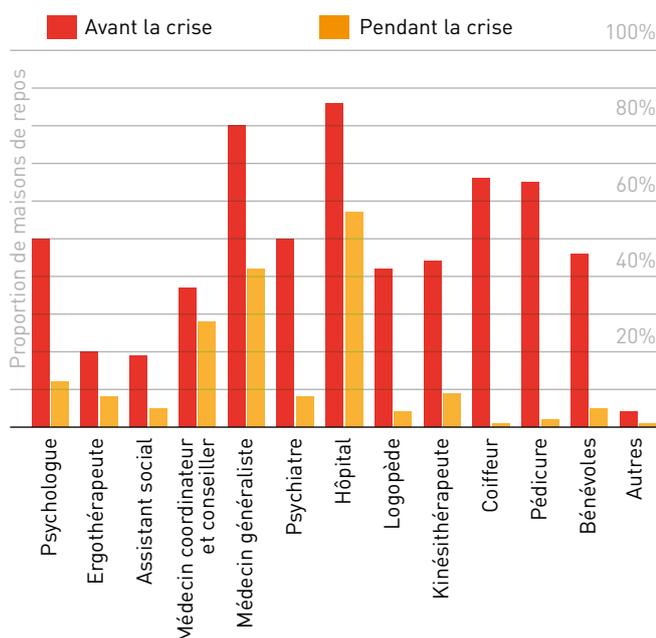
- **Seuls 53% des établissements évalués estimaient leur personnel suffisamment informé au sujet du coronavirus**, sans parler du personnel externe tel que les employés intérimaires, de sociétés de nettoyage ou bénévoles, qui n'étaient pas toujours briefés de manière adéquate. Ceci venait s'ajouter à un faible niveau de base préalable mais également un manque d'application des précautions standard, même dans le chef de certains médecins généralistes et coordinateurs (alors que les hôpitaux, eux, bénéficient d'experts en la matière, d'audits et de formations continues).
- Les recommandations et guidances manquaient de clarté et n'étaient pas souvent adaptées aux réalités des maisons de repos, menant notamment à des difficultés (et place) pour cohorter les patients selon leur statut Covid-19, et à permettre des circuits de gestion du linge, déchets et matériel médical infectés plus adéquats.

Une responsable en promotion de la santé explique :

« Les mesures de prévention et de contrôle des infections étaient parfois tellement erratiques dans certaines maisons de repos que lors des visites, on voyait du personnel de santé protégé par des sacs poubelle en guise de tablier ou alors habillé en protection totale mais passant de chambre en chambre sans mesure de désinfection, transmettant ainsi le virus d'une pièce à l'autre. Dans d'autres cas, le sol était tellement chloré que nos souliers collaient au sol, sans parler des émanations toxiques que cette concentration représentait. Il était clair que les mesures d'hygiène de base étaient déjà très faibles préalablement à la crise. Notre équipe s'est ainsi retrouvée un jour face à un rat dans les cuisines d'une résidence. »

Combinées à un manque de dépistage systématique du personnel et des résidents (tout du moins jusqu'à la moitié du mois

**Graphique 10 :** Résultats d'analyse de l'enquête MSF auprès des maisons de repos (questionnaire national). Comparaison avant et durant la crise liée au Covid-19 des possibilités des maisons de repos de référer vers un service externe et de venue de services extérieurs à la maison de repos.



d'avril), ces défaillances ont eu pour conséquence une augmentation des taux d'infection nosocomiale au sein des résidences et ont impacté sans commune mesure avec le passé la santé - et la vie- des résidents, du personnel et de leurs familles.

## Organisation des soins et prise en charge médicale des résidents

**Les visites de médecins généralistes** ont, selon le questionnaire national envoyé aux maisons de repos, **diminué de moitié** durant la crise par rapport à la situation qui la précédait (voir [graphique 10](#)). Le manque de matériel de protection, combiné à la peur du virus (à leur niveau mais également pour les équipes gestionnaires des maisons de repos) et à la barrière de leur propre âge dans certains cas ont contribué à cette situation qui a eu un impact majeur sur le suivi médical des résidents.

Les médecins coordinateurs et conseillers (MCC), lorsqu'ils étaient également encore disponibles et présents, se sont retrouvés à prendre des **décisions sur des patients qu'ils ne suivent pas en général, compliquant la qualité de prise en charge médicale des résidents, la définition et la clarté quant à l'approche thérapeutique à suivre, ou encore la prise de décision de référer ou non un patient.**

**Le manque de tout** (matériel de protection, tests de dépistage, guidances et recommandations claires), **le personnel surchargé et en nombre insuffisant, des mesures d'hygiène et de désinfection non optimales, et un environnement de vie inadapté à une réponse médicale de cette ampleur**, sont venues compléter ce tableau. Résultat des courses: **seuls 68% des maisons de repos visitées par les équipes MSF dépistaient des patients, 78% d'entre elles mettaient les cas suspects dans des chambres individuelles, et l'isolement ou cohortage des cas confirmés positifs au Covid-19 a eu lieu dans seulement 6 cas sur 10.** Une tendance confirmée par les réponses au questionnaire envoyé au niveau national, où à peine plus de 50% des maisons de repos ont mis en place le cohortage de leurs résidents.

En ce qui concerne les références de patients vers l'extérieur et les possibilités de venue des services de soutien externes par rapport à la période pré-crise, le [graphique 10](#) indique la **nette diminution de ces capacités, avec notamment une diminution des possibilités de référer les cas graves vers les hôpitaux, passées de 86% à 57%.**

Dans les maisons de repos visitées par nos équipes, à peine plus de 70% des structures rapportent avoir reçu une réponse adéquate à tous leurs appels vers les services d'urgence (numéro 112).

Les critères d'acceptation ou de déni de transfert par ces services étaient souvent obscurs. Certains résidents en état d'urgence (et qui désiraient vivre et être référés) ne purent en bénéficier, alors que d'autres furent pris en charge. Certains gestionnaires de maisons de repos nous ont rapporté s'être retrouvés dans des situations où les ambulanciers ont demandé une fois arrivés à leur porte:

« Vous avez de l'oxygène? Si oui, on ne prend pas le résident. Et donnez-leur plus de morphine. »

Dans d'autres cas, les ambulanciers avaient reçu des consignes de leur hôpital de référence de ne pas prendre les patients de plus d'un certain âge, souvent 75 ans mais descendant jusqu'à 65 ans parfois.

Cette situation fut dénoncée par MSF lors d'un briefing presse au milieu du mois d'avril, indiquant que:

« ...les mesures prises dans la première phase pour protéger la capacité des hôpitaux étaient logiques, mais qu'il était temps d'ajuster la stratégie. » (Médecin en charge de la réponse MSF).

A noter enfin que **le manque de projets thérapeutiques (présents systématiquement dans seulement 71% des cas) et d'accords de fin de vie (présents dans 70% des cas) ont grandement compliqué la gestion des cas graves**, créant des situations non souhaitables en période de crise.

## Santé mentale

Les symptômes émotionnels et psychiques observés à la fois au sein du personnel et des résidents lors de la crise du Covid-19 sont indicatifs de l'impact qu'elle a eue sur la santé mentale de ces deux catégories de personnes. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de résidents âgés, vivant en milieu fermé, isolés, ou souffrant de déclin cognitif, car ils se montrent plus en colère, stressés, agités, renfermés ou excessivement méfiants.

**Parmi le personnel, le sentiment d'impuissance et de désespoir, l'anxiété, la panique, la tristesse, la culpabilité et la colère** ont été les symptômes liés à la crise les plus observés par nos psychologues.

« Lors d'une session de groupe, l'ergothérapeute a quitté la pièce en pleurs. Un des résidents dont elle était proche, qui

avait suivi la naissance de ses enfants, était décédé seul sans pouvoir lui dire au revoir. Pire, elle s'en voulait énormément d'avoir peut-être été à la source des certaines infections par manque de moyens. » (Psychologue MSF)

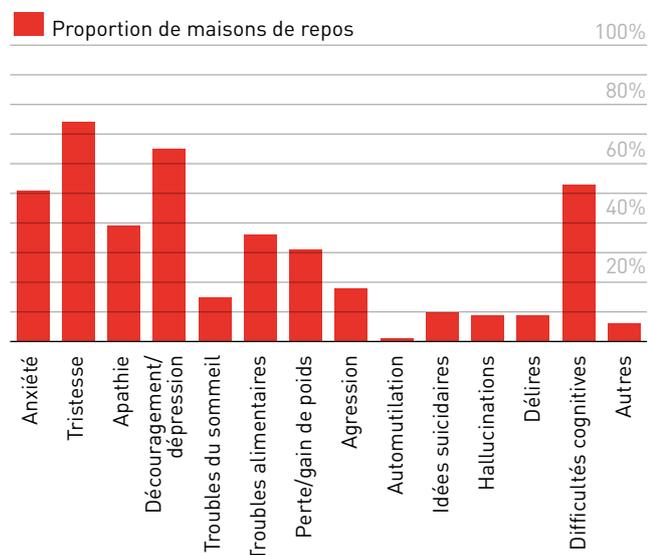
**En ce qui concerne les résidents**, d'après les maisons de repos sondées au niveau national, **9 structures sur 10 ont été les témoins de symptômes mentaux exacerbés voire nouveaux, avec la tristesse, la dépression et une détérioration des capacités cognitives en tête de liste**. Parmi ces structures, environ 10% signalent une **augmentation des idées suicidaires des résidents**, ainsi que l'idée d'avoir recours à l'euthanasie (incluse dans la catégorie « Autre » du **graphique 11**), confirmant l'**augmentation des « syndromes de glissement »** (ou désir d'abandon de vie) au sein des maisons de repos visitées par nos équipes mobiles.

**Les contacts avec la famille, les visites, les balades à l'air libre, et les contacts physiques avec les autres résidents ont été les plus grands besoins** ressentis par les résidents durant la crise, toujours selon les maisons de repos ayant contribué à l'enquête nationale.

Ces besoins aigus en santé mentale à la fois du personnel et des résidents des maisons de repos, initialement relayés au second plan des priorités de réponse à la crise, sont désormais au cœur des domaines à renforcer -et reconnus comme tels- à la fois par les gestionnaires des maisons de repos mais également les instances sanitaires du pays, fédérales comme fédérées. Reste maintenant à passer du discours à l'acte pour mieux adresser ces besoins dans le court et moyen terme.

« A un moment donné, il n'y avait pas de place pour la réflexion concernant les problèmes psychosociaux, mais maintenant nous voyons qu'il y a vraiment un besoin. » (Commentaire d'un cadre infirmier en réponse au questionnaire national).

**Graphique 11** : Résultats d'analyse de l'enquête MSF auprès des maisons de repos (questionnaire national). Proportion de maisons de repos rapportant une augmentation des symptômes psychiques parmi les résidents, tel qu'observés durant la crise du Covid-19.



## Flux de l'information

Comme le montrait le **graphique 5**, le **manque de disponibilité de matériel visuel** (comme des affiches relatives à la promotion de la santé et à l'hygiène) comptait parmi les faiblesses les plus rencontrées dans les maisons de repos visitées par les équipes mobiles. La **communication** en matière de connaissance du personnel sur le Covid-19, les risques de contamination, les moyens de communication mis en place pour le personnel, pour les résidents, envers les familles, etc. ne fut pas optimale non plus.

**La multiplication des recommandations, protocoles et guidelines** issus des autorités sanitaires (mais également associations médicales, groupes chapeautant les résidences, médias, etc.), leur **manque de clarté** (souvent dépourvues de la partie "comment faire?") et le **décalage entre ce qui était prôné et la réalité des maisons de repos** ont grandement contribué à déformer cette communication, et par ricochet la maîtrise de la situation et l'image des maisons de repos et de leur personnel. L'exemple le plus illustratif de ce décalage fut sans conteste la décision par le CNS mi-avril d'autoriser à nouveau les visites

dans les maisons de repos (pour une personne désignée au préalable). Une décision décriée dès le lendemain à tous les niveaux, entités fédérées comme communales ou encore au niveau de certaines directions de maisons de repos, ainsi que par MSF, alertant sur les risques d'une décision trop précoce au vu des taux de transmission et décès toujours trop nombreux au sein des structures.

**L'inadéquation entre les guidances, attentes et capacités des maisons de repos** s'est aussi traduite par une confusion et un stress croissant pour le personnel, mais également les résidents et leurs familles :

- Une utilisation rationnelle du matériel de protection fut une obligation dès début mars. Ceci requérait que le personnel utilise certains matériels de protection à plusieurs reprises. Or, ceci n'était pas toujours faisable en termes de capacité de lavage ou de place dans les couloirs pour se déshabiller/se rhabiller à multiples reprises, etc.
- Le cohortage nécessite une entière adaptation et restructuration de l'espace, mais nécessite également d'avoir de la place, puisqu'il exige de regrouper les résidents en fonction de leur statut (Covid-19 négatif, suspect ou confirmé) ce qui n'était pas souvent faisable, sans parler de l'impact sur le mental des résidents qui se retrouvent obligés de quitter la chambre où ils vivaient parfois depuis des années.
- Les membres du personnel ne savaient pas toujours quelles attitudes adopter par manque de clarté et amendements permanents des recommandations.

*« Ils ne savaient parfois pas à quel moment ils étaient censés porter des gants, même déjà avant la crise. Dans d'autres cas, ils portaient deux paires l'une sur l'autre. Autre exemple, certaines maisons de repos qui hébergent principalement des personnes atteintes de démence se voyaient instruites de garder les résidents confinés dans leurs chambres, ce qui était juste impossible ». (Responsable médicale MSF)*

- Certains groupes de maisons de repos avaient dit à leurs membres de ne pas engager de personnel intérimaire, mettant certaines résidences dans de graves difficultés, alors qu'aucune injonction gouvernementale en la matière n'avait été donnée.
- Dans un autre cas, les familles des pensionnaires d'une maison de repos avaient reçu le message de la direction que tout allait bien, alors que certaines d'entre elles venaient de perdre un des leurs au sein même de la résidence.

**L'information à la fois récoltée et transmise en matière de surveillance épidémiologique** du Covid-19 dans le pays a également connu **quelques écueils** :

- En dépit d'efforts d'alignement au cours de la crise, la **multiplication des systèmes de récolte de données** a impacté l'efficacité de la surveillance et la cohérence entre les entités fédérées. Les régions wallonne et flamande avaient leur propre système de récolte, et devaient ensuite encoder leurs résultats dans le système mis en place au niveau fédéral par Sciensano, tandis que les maisons de repos de Bruxelles et de la Communauté germanophone encodaient leurs données directement dans le système central (le LimeSurvey).
- **Les maisons de repos étaient mises sous pression** (notamment via des appels téléphoniques réguliers de certaines

agences sanitaires) pour remplir ces systèmes de récolte, mais les **informations requises n'étaient pas toujours claires pour les gestionnaires** des structures. Par ailleurs, **certaines ne remplissaient pas systématiquement** les outils de récolte, ce qui se répercute sur la qualité des systèmes d'alerte censés déterminer le degré de besoins et d'urgence des maisons de repos.

- Du fait de la confidentialité initiale des rapports de surveillance épidémiologiques, les maisons de repos n'étaient pas en mesure de comprendre ce qui était fait de leurs données, et de pouvoir jauger de la gravité de leur situation et position dans le tableau épidémique. Certaines directions nous ont dit avoir ressenti cette pression et ce **manque de transparence** davantage à des fins de contrôle et d'identification des foyers épidémiques afin de préparer les hôpitaux à un afflux de patients plutôt que de permettre d'évaluer la gravité des besoins des résidences collectives, et conséquemment du soutien requis et de la stratégie opérationnelle à adopter.
- La **restitution** de l'analyse des données épidémiologiques était initialement inadaptée à une compréhension de la situation dans les maisons de repos.

### Besoins principaux de soutien à venir selon les MR et MRS

En ce qui concerne les types de soutien supplémentaire que les maisons de repos elles-mêmes jugent nécessaire à l'avenir afin de mieux encadrer leurs résidents, il ressort du questionnaire envoyé au niveau national que les réponses les plus fréquentes sont :

- **la formation et soutien psychosocial du personnel (« soins à l'aidant ») ;**
- **des ressources humaines médicales présentes en nombre suffisant ;**
- **le soutien psychosocial des résidents par l'entremise d'un psychologue au niveau interne, et via l'augmentation des possibilités de référer les patients vers des services externes.**

La nécessité d'un soutien religieux et d'un accès accru à la famille en cas de crise ont également été pointés dans les commentaires, ainsi que la nécessité de formation des gestionnaires des maisons de repos.

# Intervention de MSF : leçons que nous en tirons et retour des maisons de repos

La question s'est posée au sein de MSF de savoir si une intervention d'urgence pour une durée extrêmement limitée, dans un contexte comme la Belgique, via uniquement un apport d'expertise technique et dans un type de structures avec lesquelles nous ne sommes pas familiers, allait apporter une réelle plus-value. Rétrospectivement, la réponse ne fait plus de doute.

**Pour les maisons de repos: le soutien externe, sur mesure et « neutre » des équipes fut apprécié.** Certaines structures appréhendaient en effet initialement la venue des équipes mobiles, pensant que leur rôle serait d'inspecter et contrôler les problèmes, sans apporter un soutien ou une solution. À de nombreuses reprises, nous avons été surpris par la gratitude exprimée par nos interlocuteurs pour **les guidances concrètes mais aussi l'espace de discussion et d'écoute positive, surtout lors du premier contact**, face à un désarroi et sentiment d'abandon en dépit de situations et choix difficiles.

La capacité des équipes MSF à fournir des **recommandations pratiques, à répondre aux « questions brûlantes » en tenant compte des besoins spécifiques et des limites des structures**, ainsi que la prise de position et décision même en cas d'incertitude scientifique sur certaines questions (tout en étant transparent sur ces incertitudes) ont également été avancées comme les points forts du soutien. Dans l'ensemble, **ce qui fut dit sur place, pendant la visite, est en général ce qui a été le plus retenu et implémenté.** Et l'appui d'équipes hospitalières expertes des alentours (en hygiène, infectiologie et psychiatrie ou gériatrie), comme ce fut le cas à quelques reprises, a montré **l'importance du réseautage local entre maisons de repos et hôpitaux**, même hors convention entre eux.

L'analyse des visites et des appels de suivi avec les maisons de repos indique par ailleurs que les **recommandations post-visites furent majoritairement implémentées.** Dans les cas où elles ne l'étaient pas, ce fut principalement pour des raisons de manque de temps, de ressources ou pour raison d'inadéquation à la réalité des maisons de repos. Ainsi par exemple, bien que nos équipes avaient déjà adapté les recommandations relatives au nettoyage et à la désinfection à 3x/semaine plutôt que quotidiennement, ce ne fut pas toujours possible pour les maisons de repos qui n'en avaient pas les moyens durant la crise.

Ces éléments montrent **l'importance de traduire les directives générales en appui concret**, au sein même des établissements, adapté aux attentes des maisons de repos et là où le besoin est le

plus pressant. Ils montrent également combien **une approche basée sur de simples binômes voire des équipes de trois personnes peut faire une différence concrète**, tout en étant facilement répliquable.

**Au niveau interne de MSF:** cette intervention nous a permis de parfaire nos connaissances pratiques sur le Covid-19, et également de créer une expertise sur la réalité des maisons de repos et les leçons à tirer en matière d'approches opérationnelles, afin de servir les autres programmes ici comme ailleurs. Une **approche multidisciplinaire à la prévention et contrôle des infections hors du champs strict de la provision de soins** fut certainement un des gains majeurs en matière de connaissances acquises. La **combinaison d'un soutien avec des webinaires, des formations sur place « hands-on » et le développement d'outils qui resteront disponibles en ligne** est par ailleurs un modèle qui a fait ses preuves, et qui a permis de rationaliser le nombre de déplacements des équipes mobiles et de faire bénéficier un nombre plus grand de structures du soutien en conseils et outils.

Cette intervention nous a également éclairés **sur l'ampleur des besoins en santé mentale lors de cette crise et dans ce type d'environnement.** Une prise de conscience également partagée désormais par les maisons de repos qui voient les besoins en soutien psychosocial la prochaine priorité pour eux. Les résultats de notre intervention montrent qu'**une intervention en soutien psychologique in situ, au sein des institutions, est plus efficace** que des sites et outils disponibles en ligne dans ce domaine.

**Sur le plan général:** La place de MSF en tant qu'**acteur expérimenté reconnu dans la gestion pratique des épidémies et acteur « externe » au système de santé belge** existant nous a permis de fédérer les gens, de créer des liens, de partager facilement des informations, ainsi que de former et accompagner d'autres acteurs, indépendamment de leur parcours professionnel ou de leur fonction dans le système de santé.

**L'ouverture à l'implication de MSF dans les instances de coordination de réponse à l'urgence, tant au niveau central qu'aux niveaux régionaux**, a permis d'accroître notre efficacité d'intervention, d'assurer un maintien du leadership par les différentes instances dans la coordination ainsi qu'une meilleure reprise à terme de nos activités. Cela nous a également permis d'influencer certaines stratégies et recommandations, bien que



de manière limitée parfois en ce qui a concerné les politiques et instructions fédérales. **Cependant, si la collaboration avec les autorités fut globalement fructueuse, cela ne revient pas à dire que la réalisation du degré de l'urgence sanitaire dans les maisons de repos n'aurait pas dû être beaucoup plus précoce dans leur chef.** Ce retard, également au sein de MSF, restera un échec sociétal majeur dont nous devons tous prendre acte.

Par ailleurs, les niveaux d'interactions et d'implications ne furent pas partout égaux. **Si la collaboration participative et inclusive s'est surtout ressentie au sein de la plateforme centrale OMG et à Bruxelles** (probablement expliquée par notre présence préalable auprès des migrants et des personnes sans papiers, ainsi que par la taille de notre intervention dans les maisons de repos dans la capitale durant la crise), **les choses furent un peu plus complexes dans le nord du pays.**

À la différence des échanges avec les équipes de terrain de la VAZG, les interactions avec les instances hiérarchiques de l'agence et le Ministère compétent en matière de soins et de santé furent plus difficiles à établir. Ainsi, nos demandes pour une reprise de nos activités et une adoption du modèle des équipes mobiles, poussées dès début avril, ont mis quelque 6 semaines pour trouver réponse. Autre exemple : malgré nos demandes répétées, les portes des différents groupes de travail de la «Task Force Résidences Collectives» mise en place par le cabinet du Ministre régional de la santé ne nous furent pas ouvertes, sauf en matière de santé psychosociale (bien que sur le tard). Alors qu'une cinquantaine de maisons de repos

avaient été identifiées par les services d'inspection de la VAZG comme étant précaires préalablement au Covid-19 (et donc vraisemblablement plus nécessitées d'un soutien dans le cadre de l'épidémie), cette liste ne fut jamais partagée ni avec les équipes de prévention de l'agence, ni avec MSF.

Enfin, **l'implication de différentes composantes de la société civile** (associations et fédérations médicales, ONG, Croix-Rouge, associations de psychologues, etc.) dans la réponse à cette crise a **constitué une réelle plus-value** et joué un rôle prépondérant. Il est **crucial de capitaliser sur les acquis et expériences** de ces divers intervenants afin de guider les mesures et stratégies de réponse ultérieures. **Cependant, la préparation structurelle à une nouvelle vague de Covid-19 dans les maisons de repos devra avant tout se matérialiser au niveau des instances gouvernementales.** La protection sociale des personnes -et ultimement leur santé et leur vie- leur incombe.

# Recommandations

Les maisons de repos hébergent, du fait de leur âge et leurs comorbidités fréquentes, des populations parmi les plus vulnérables au nouveau coronavirus. De plus, la proximité en résidences collectives permet une dissémination rapide et silencieuse parmi les résidents et le personnel d'une infection souvent asymptomatique. Dans le cas d'un rebond épidémique, le personnel des maisons de repos, déjà épuisé par l'impact de la première vague, se retrouvera à nouveau en première ligne.

L'efficacité de ces travailleurs essentiels et exposés aux risques dépendra principalement des changements de soutien opérés par les différentes autorités responsables de la santé et du bien-être des personnes résidant dans ces établissements collectifs.

Afin de mettre à profit certaines des douloureuses leçons tirées de cette première épidémie dans les maisons de repos en Belgique, et de renforcer ainsi la résilience et la préparation aux nouvelles vagues, **nous recommandons de modifier d'urgence quelques éléments de la réponse :**

- La structure complexe des responsabilités politiques en Belgique fait que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour surmonter certaines incohérences potentielles dans la lutte contre une épidémie telle que celle du Covid-19. ***Il est nécessaire de clarifier qui fait quoi, et comment garantir une intervention, une collaboration, une complémentarité et une communication efficaces au sein des entités fédérées, mais aussi entre les différents niveaux et les différents ministères.***
- ***Un plan de réponse à l'urgence spécifique aux maisons de repos, actualisé et doté de ressources adéquates***, est nécessaire, aux niveaux fédéral et régional, avec une répartition claire des rôles et des responsabilités ainsi qu'une cohérence garantie. Ce plan devra comprendre des mesures préventives, mais aussi les directives et ressources pour gérer une épidémie dès son apparition dans une structure et ainsi réduire les coûts humains. Un plan et un processus de mobilisation clairs sont nécessaires pour engager du personnel supplémentaire en cas de besoin, afin de compenser l'absentéisme ou la maladie. Un budget pour l'acquisition d'équipements supplémentaires de protection individuelle et de PCI, et pour les adaptations dans les infrastructures, doit être disponible rapidement. Le feedback du personnel de première ligne, des résidents et des organisations de la société civile qui ont apporté leur soutien, au sujet des forces et faiblesses de l'approche empruntée au cours du premier semestre de 2020, devra renseigner et façonner le plan actualisé.
- Les directives et les protocoles doivent également être ***adaptés et complétés par un soutien pratique - de préférence au sein des établissements - sur la manière de mettre en œuvre les instructions***. Sans tenir compte de la réalité des maisons de repos, la communication des autorités aux établissements n'a pas atteint son but et le bénéfice potentiel des directives générales a été perdu, ne faisant que créer plus de stress pour un personnel déjà débordé.
- ***Dès à présent, des cours de « rattrapage » et des sessions de formation pratique*** devraient être largement diffusés, ce qui contribuerait à une meilleure préparation à une épidémie. Des cours de recyclage ou de base relatifs à l'hygiène, à la désinfection et aux principes de PCI devraient être organisés pour tout le personnel, y compris les personnels de cuisine et de soutien logistique, ainsi que pour les bénévoles. En particulier, les maisons de repos qui n'ont, jusqu'à présent, pas été confrontées à des infections parmi leurs résidents, devraient recevoir une formation pratique spécifique, car elles pourraient être confrontées à des épidémies sans avoir l'expérience de la première vague.
- ***L'apport d'un soutien spécifique aux maisons de repos est bénéfique***. Les établissements ayant un responsable de soins et ceux disposant d'une cellule de crise ont obtenu de meilleurs résultats en termes d'indicateurs de préparation et de réaction à la crise. Le soutien pratique et sur place de MSF et ses équipes mobiles a été très apprécié par les directions et le personnel des maisons de repos. Cela leur a permis de faire face à des situations extrêmement difficiles, de se sentir moins abandonnés et plus confiants quant à la manière dont ils pouvaient faire face aux risques et atténuer les coûts humains de l'épidémie. La plupart des maisons de repos ont réussi à mettre en œuvre les recommandations dans un délai raisonnable après un tel soutien. Nous recommandons ***la création d'équipes mobiles similaires*** qui peuvent être déployées rapidement, lors des demandes d'aide de la part des maisons de repos.
- Afin de garantir ce personnel de soutien aux maisons de repos en temps d'épidémie (et identifié préalablement), des ressources doivent être allouées. ***Des réseaux de coaching et d'autres réseaux de soutien*** - comprenant de préférence des

visites sur place et du personnel de garde - devraient être mis en place dès que possible.

- Il est nécessaire d'améliorer les protocoles et directives de référence des **résidents dont on soupçonne ou confirme le statut infectieux au Covid-19**, afin d'éviter une réticence mal placée à dispenser des soins cliniques adéquats et/ou d'éviter une pression informelle sur les résidents ou leur famille. **L'accès aux soins et la continuité des soins** pour les résidents des maisons de repos doivent être garantis par une continuité et un protocole clair des références hospitalières, ainsi que par les visites habituelles du médecin généraliste ou par une autre personne ayant accès aux dossiers des patients. Cela signifie également que **les projets thérapeutiques et ceux relatifs à la fin de vie doivent être systématiquement présents et actualisés**. Un système de remplacement en cas d'empêchement des **médecins coordinateurs et conseillers est également nécessaire, et le rôle de ces MCC doit être redéfini**.
- Un **besoin accru de soins de santé mentale** a été identifié au cours de l'intervention, tant pour le personnel que pour les résidents. Les soins et les consultations psychologiques doivent être considérés comme des services essentiels pour les maisons de repos. Les interventions dans ce domaine devraient être incluses dès le début de toute intervention dans ces établissements. Des équipes mobiles devraient être identifiées et formées (et mises en stand-by) afin de pouvoir répondre aux demandes de soutien lors des premiers contacts avec le personnel des maisons de repos qui sont souvent confrontés à des niveaux élevés de stress et d'anxiété. Les systèmes de références et le soutien au sein même des établissements par des psychologues externes doivent être renforcés en tout temps, crise comme hors crise, et sans que des obstacles financiers n'entravent ces soins indispensables.
- **Alors que les courbes épidémiques sont en diminution, les maisons de repos ne peuvent pas baisser leur garde**, en raison du risque de propagation rapide parmi le groupe de personnes fragiles dont elles s'occupent. **Il est recommandé de soumettre le personnel et les résidents à des tests de dépistage réguliers** afin de détecter le plus tôt possible les personnes infectées. Une capacité de dépistage accrue et accélérée peut aider les maisons de repos à contrôler leur situation et à prendre des décisions en vue d'une augmentation des

mesures de PCI ou d'un isolement individuel ou en cohorte en fonction des résultats des tests.

- **L'harmonisation des données de surveillance** entre les différentes entités fédérées est fortement recommandée, car les différents systèmes de récolte sont source de confusion et ne permettent pas une interprétation correcte de la situation. Le manque de transparence dans le partage des données des rapports épidémiologiques avec les maisons de repos les a empêchées de comprendre leur situation spécifique et d'adopter les décisions opérationnelles nécessaires.
- **Les initiatives des organisations de la société civile** autour de la question des maisons de repos devraient être encouragées et répertoriées. Les liens avec les autorités à différents niveaux devraient être facilités pour permettre la complémentarité et la collaboration avec les fonctionnaires du service public et les décideurs politiques. Nous recommandons également d'organiser et de faciliter **un échange d'expériences entre les maisons de repos, les directions, le personnel soignant et le personnel auxiliaire afin d'optimiser le partage des enseignements pratiques et des mécanismes d'adaptation** qui ont caractérisé cette période particulièrement contraignante de la crise au Covid-19.
- Enfin, nous voudrions souligner l'importance, **en cas d'épidémie, d'aller au-delà des soins cliniques individuels, principalement gérés par des praticiens privés et des hôpitaux**. Nous recommandons d'adopter une approche de santé publique visant à la détection précoce et à l'atténuation rapide des chaînes de transmission, aidée par l'épidémiologie de terrain et les mesures de contrôle des infections. Les décisions devraient être guidées par les observations épidémiques et, par ailleurs, viser les groupes de population à risque spécifiques.



# Conclusion

La priorité donnée par les autorités à la préservation des capacités hospitalières alors que la courbe épidémique croissait, doublée d'une absence de plan de réponse d'urgence incluant les résidences collectives, ont mené à un manque d'attention et de mesures proactives pour les personnes à risque d'infection et de complications sévères de la maladie, notamment les personnes âgées résidant en maisons de repos. Les sources d'infection potentielles d'une communauté vivant en milieu confiné ont été sous-estimées, en particulier le rôle du personnel (souvent porteur asymptomatique) ou encore la présence ignorée du virus au sein des structures avant l'alerte.

Ces lieux, avant tout des résidences de vie, se sont vus contraints de fermer leurs portes et de se transformer en hôpitaux de fortune, mais sans la préparation, les connaissances et les moyens -humains et matériel- requis. Le manque de matériel mais aussi de stratégies claires et de capacités, notamment en matière de dépistage, ont par ailleurs créé des délais supplémentaires dans l'implémentation des mesures nécessaires d'isolement des cas suspects, le regroupement des résidents malades et le dépistage du personnel afin de réduire la transmission virale.

Une analyse plus poussée est nécessaire afin d'évaluer l'efficacité mais également les conséquences des mesures de mitigation et de réponse adoptées par les différents niveaux d'instances gouvernementales du pays, ainsi que de l'impact des délais dans leur mise en œuvre. Mais un fait est clair : les négligences ont mené à de nombreux décès qui auraient pu être évités, et ont causé la souffrance des résidents, de leurs familles, mais également du personnel aujourd'hui à bout.

Nos évaluations de la situation dans les 135 maisons de repos soutenues par nos équipes, ainsi qu'un questionnaire envoyé sur l'ensemble du territoire, confirment ce manque de préparation à l'urgence, le décalage entre les capacités de réponses et les besoins, et le coût humain qu'ils ont engendré, au niveau de la santé physique mais également mentale. Pourtant, la plupart des maisons de repos visitées par les équipes mobiles n'avaient pas reçu de visite jusqu'alors. Personne pour s'enquérir de leur sort ou les aider à mener cette « guerre » contre le coronavirus. Au quotidien, nos équipes écoutaient des directeurs, des infirmiers, du personnel technique désemparés, qui se sentaient abandonnés alors que la maladie gagnait du terrain, et perdant au gré des jours des résidents, devenus amis pour bon nombre. Ce personnel se sentait coupable, honteux de n'avoir pas pu faire mieux, stigmatisé en dépit de son rôle de première ligne et des longues heures dévouées au travail.

Si l'idée d'une intervention de MSF en Belgique dans le cadre du Covid-19 ne coulait pas nécessairement de source, et nous a menés à nous questionner quant à la réelle plus-value que l'organisation pouvait apporter dans un tel contexte et un délai limité, elle ne fait plus de doute aujourd'hui. Le personnel des maisons de repos ne s'est pas retrouvé jugé. Des points ne lui ont pas été attribués. A la place, ensemble avec les équipes de gestion, la situation a été évaluée et des solutions concrètes et sur mesure en matière de PCI, d'organisation des soins et de santé mentale ont été trouvées. Le personnel s'est senti soutenu dans ses efforts pour faire reculer la maladie ou la maintenir hors des murs, et davantage équipé pour faire son travail dans de meilleures conditions de sécurité.

Les dernières semaines d'intervention de MSF furent dédiées à la fois à accompagner les quelques maisons de repos demandant encore un soutien, mais également à assurer une reprise de nos activités par les autorités. Au-delà de la transmission d'outils et d'acquis, certaines initiatives de plaidoyer furent nécessaires. Nous avons notamment exprimé publiquement notre préoccupation sur le fait qu'en dépit d'un certain renforcement des capacités des maisons de repos ayant bénéficié d'un soutien par les différents partenaires, le système n'est pas prêt à faire face à une nouvelle crise sanitaire de cette ampleur. Notre rôle n'est pas de rentrer dans les solutions d'architecture politique que ce pays devrait adopter afin de mieux répondre à une nouvelle vague de Covid-19, mais bien d'encourager le développement et l'adoption sans délai au niveau fédéral comme fédéré d'un plan de contingence et de réponse cohérent, crédible et financé, afin d'éviter un nouveau drame humain dans les maisons de repos. Un plan qui se baserait sur les expériences des établissements-mêmes et des divers intervenants, mais également -et surtout- sur le vécu des résidents durant la crise.

A l'instar de nombreux autres pays, ces aînés ont été les laissés pour compte de la réponse à l'urgence, trop fragiles et trop âgés pour être la priorité. Pour eux mais aussi pour le personnel des maisons de repos, exsangue, il est plus que temps de leur rendre la place et le respect qui leur reviennent et d'agir, urgemment.



# Liens utiles

<https://www.covid-resources.msf.be/>  
(mot de passe: Covid19msf)  
<https://covid19-mr-wzc.be/maison-de-repos.html>  
[www.info-coronavirus.be](http://www.info-coronavirus.be)  
<https://www.health.belgium.be/en>  
<https://www.sciensano.be/en>  
<https://www.ccc-ggc.brussels/>  
<https://www.iriscare.brussels/fr/>  
<https://www.aviq.be>  
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/>  
<http://www.ostbelgienlive.be/>  
<https://www.maisonmedicale.org/>  
<https://www.croix-rouge.be/>  
<http://www.aframeco.be/>  
<https://domusmedica.be/>  
<https://www.dezorgsamensamen.be/>  
<https://zorgenvoormorgen.be/>  
<http://www.cresam.be/offre-de-soins>  
<http://www.reseaupartenaires107.be>  
<https://www.psyformed.com>  
<https://www.psy.be/fr>

# Glossaire

**AFRAMECO** : l'Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins

**AViQ** : Agence pour une vie de qualité

**CNS** : Conseil national de sécurité

**CGG** : Centrum voor geestelijke gezondheidszorg (centre de santé mentale)

**Cocom** : Commission communautaire commune

**Covid19** : maladie à Coronavirus 2019

**DGGS** : Direction générale Gezondheidszorg Soins de Santé

**EPI** : Equipement de protection individuelle

**FMM** : La Fédération des maisons médicales

**MCC** : Médecin coordinateur et conseiller

**MR** : Maison de repos

**MRS** : Maison de repos et de soins

**MSF** : Médecins Sans Frontières

**OMG** : Outbreak Management Group

**OMS** : Organisation mondiale de la Santé

**OST** : Outbreak Support Team

**PCI** : prévention et contrôle des infections

**Sciensano** : Institut national de santé publique

**SPF Santé publique** : Service public fédéral Santé publique

**VAZG** : Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

**Médecins Sans Frontières**

46 Rue de l'Arbre Bénit, 1050 Bruxelles

Contact: [info-analysis@msf.org](mailto:info-analysis@msf.org)

 [facebook.com/msfbelgique](https://facebook.com/msfbelgique) |  [twitter.com/msfbelgique](https://twitter.com/msfbelgique) | [www.msf.be](http://www.msf.be)

