

Demande d'avis concernant les résidents actuellement confinés en MR-MRS, en région bruxelloise.

Coordination de l'écriture, Thérèse Van Durme, Be.Hive, chaire interdisciplinaire de la première ligne

La liste des personnes consultées pour la rédaction de cet avis se trouve [en annexe I](#)

Table des matières

Demande d'avis concernant les résidents actuellement confinés en MR-MRS, en région bruxelloise. .	1
Contexte de la demande	2
La demande	2
Organisation de la consultation	2
1. Constats à propos du contexte de la demande.....	3
2. Effets du confinement sur la santé mentale des résidents.....	4
3. Effets du confinement sur le report du recours aux soins (« adéquats ») des résidents	13
4. Lorsque les visites seront permises.....	15
5. Communiquer auprès de la population à propos de ces mesures.....	15
6. La situation des maisons de repos flamandes à Bruxelles	17
7. Continuer à développer des soins de qualité au sein des MR-MRS après la crise du Covid-19	17
8. Références bibliographiques	20
9. Annexe I :les personnes consultées.....	21
10. Annexe 2.....	22

Contexte de la demande

Etant donné les décisions qui devront être prises très prochainement en matière de (dé-) confinement, Partant du constat que de nombreux aspects de la gestion de la pandémie sont encore négligés, notamment concernant les personnes âgées, et spécifiquement celles en MR-MRS, Monsieur le Ministre Maron a adressé une demande à Be.Hive, chaire interdisciplinaire de la première ligne, en tant qu'organisation scientifique indépendante, le 16 avril 2020¹.

La demande

« Organiser un débat multidisciplinaire, tenant compte des contraintes de confinement pour les acteurs multidisciplinaires, autour des questions suivantes

1. Dans quelle mesure le confinement des personnes âgées en MR-MRS a-t-il des effets pervers sur leur santé (au sens large) ? Quels sont ces effets pervers et n'y-t-il pas lieu de les mettre en balance avec une gestion purement épidémiologique?
2. Que désirent les personnes âgées en MR-MRS ? Comment en tenir compte au mieux, dans le respect de la dignité des personnes, compte tenu des enjeux sanitaires de la pandémie ?

Cet avis doit envisager « l'accompagnement, la guidance, le respect de l'autonomie et des besoins relationnels des personnes ».

Le rapport est demandé pour le vendredi 24 avril 2020.

Organisation de la consultation

La consultation s'organise en six étapes.

- Premier brainstorming le 17/04, via vidéoconférence (17h-18h45).

Les objectifs étaient les suivants :

- Déterminer un format pertinent, faisable et robuste pour répondre à la demande,
- Déterminer les thèmes à traiter les moyens d'obtenir les informations pour nourrir et étayer l'avis et le débat, au vu du temps très court pour répondre à l'avis et des conditions de la pandémie (confinement et charge de travail majorée).

Nous avons contacté par mail ou téléphone les personnes et profils repris dans la liste proposée dans le courrier du Ministre, en l'étoffant avec les stakeholders que ces personnes contactées nous renseignaient. Cette liste se trouve en annexe. Certaines personnes n'ont cependant pas pu être contactées pour ce brainstorm, en raison du temps très court entre la demande et la réunion.

- Rédaction d'un premier texte martyr, sur base de ce brainstorming. Le texte sera soumis lundi matin à l'ensemble des stakeholders, c'est-à-dire ceux qui ont participé à la réunion du 17/04 et ceux identifiés par les personnes déjà contactées.
- Demande de réaction de la part des stakeholders d'ici mercredi 22/04, 16h.
- Intégration des remarques des stakeholders et rédaction d'une deuxième version.
- Vendredi 24 matin : envoi d'une deuxième version vers les stakeholders et demande de réaction avant midi.
- Vendredi 24/4 p.m. rédaction du rapport, qui contiendra des avis divers. En effet, on peut s'attendre que sur certains points, il ne sera pas possible d'arriver à un consensus.

¹ La demande initiale a été adressée le 14 avril à la Société Scientifique Belge de Gériatrie et de Gérontologie (SBGG). Bien que très intéressée par la demande, la SBGG a dû décliner la mission, en raison de la charge de travail importante de ces membres, en cette période de pandémie. Ils participent néanmoins activement à la consultation et au débat.

I. Constats à propos du contexte de la demande

Désir de participer

Les personnes présentes sont très désireuses de participer, se disent volontaires pour partager leur expertise mais se disent un peu mal à l'aise en raison du manque de moyens (temps et informations fiables) pour pouvoir répondre de manière pertinente à la demande d'avis. À titre d'exemple : la demande porte sur les effets négatifs du confinement sur la santé mentale des résidents et sur le report du recours aux soins. Pour répondre à la demande, il serait nécessaire de pouvoir disposer de données fiables concernant ces effets (en comparant la situation actuelle à celle en-dehors du confinement)². Nous reviendrons plus tard dans le texte sur ce point, lorsqu'il sera question des recommandations pour améliorer la santé mentale des résidents

Urgence de la demande d'avis et limites de cet avis

Les personnes consultées reconnaissent bien entendu la pertinence de la demande de consultation dans le contexte actuel, où Mme Wilmes, au terme de la réunion avec le Conseil National de Sécurité le 13 avril 2020, a annoncé que les résidents des MRS et MRPA pouvaient recevoir une visite de la part d'un membre de leur famille, sous conditions. Cette annonce avait été réalisée sans que les Ministres régionaux, ou autres entités compétentes en la matière, n'aient été consultées.

L'urgence ne justifie cependant pas que l'on ne s'assure pas de la qualité de l'information. Les participants à cette note veulent donc attirer l'attention sur le fait que les avis exprimés dans cette note sont donc basés sur les meilleures données disponibles, mais que la qualité des données ne permet pas de donner des recommandations en toute confiance. Il ressort également de ce qui précède, que cet avis est situé dans le temps, et basé sur les données actuellement disponibles, et les avis qui en découlent sont donc susceptible de changer. À titre d'exemple, notons les données insuffisantes concernant le statut immunitaire des personnes ayant été guéries du coronavirus, qui peuvent conditionner l'avis concernant le dépistage systématique (1) – un exemple parmi d'autres.

Tenir compte d'autres recommandations

Les personnes consultées renvoient à la note rédigée par l'AFRAMECO, avec le soutien du Collège de Médecine Générale (CMG), le soutien scientifique du Département de Médecine Générale (DUMG) de l'Université Liège, sous la coordination de Jean-Luc Belche, au sujet des recommandations à l'attention des médecins coordinateurs de maisons de repos, pour l'organisation des soins de qualité pour les résidents confinés et/ou atteints du Covid-19.

Il existe un besoin immédiat et urgent de repenser et d'adapter le fonctionnement de ces établissements face à l'épidémie. Il s'agit notamment :

- d'y prioriser les dépistages,
- de bien équiper les soignants et d'organiser des unités spéciales pour les malades du Covid-19, avant même l'apparition de premiers cas.
- d'élaborer des plans de prévention à l'attention des centres de soins résidentiels, pour contrôler les infections et isoler immédiatement les cas d'infection.

² Pour évaluer l'impact sur leur santé mentale, il serait possible d'envisager par exemple

- la réalisation d'un screening en ligne de la qualité de vie auprès des résidents (à l'aide d'une échelle simplifiée)(16).
- la mesure de l'utilisation de psychotropes et d'anxiolytiques avant et après le confinement.

Approche orientée 'solutions'

Enfin, notons que cette note se veut orientée 'solutions', plutôt que 'problème' et nous présentons dès lors des solutions très concrètes et d'application immédiate, en insistant sur la nécessité de faire **circuler l'information parmi les MR-MRS, par rapport aux bonnes pratiques identifiés**. Elles sont présentées dans les pages qui suivent par une flèche (→). Ceci est d'autant plus important que, au vu du caractère exceptionnel de la pandémie, très peu d'écrits existent sur le sujet de l'accompagnement des résidents en MR-MRS en période de confinement généralisé.

2. Effets du confinement sur la santé mentale des résidents

Il est reconnu que les situations de crise mettent en évidence, parfois de manière caricaturale, les forces et faiblesses du système. Dans ce contexte, le manque d'attention à la santé mentale des résidents, est un exemple flagrant. Considérons les données structurelles : en temps normal, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) psychologues et d'éducateurs rémunérés, par nombre de résidents est beaucoup plus faible en MR-MRS que pour les résidences pour personnes porteuses de handicap³.

Il existe peu d'éléments de la littérature permettant de documenter l'effet du confinement sur la santé mentale des personnes âgées, dans un contexte de pandémie. Nous avons trouvé une seule étude chinoise portant sur la population générale de moins de 60 ans, sur une mois, qui ne montre pas d'association entre le niveau de stress et les mesures de confinement (2). Nous pensons néanmoins que ces données ne sont pas transposables à la situation vécue par les résidents en maison de repos, au vu du niveau de dépendance et de santé mentale préexistants. D'autres recherches sont donc nécessaires pour évaluer le rapport coût/bénéfice du confinement.

Le déconfinement souvent présenté comme seule intervention pouvant améliorer la santé mentale des résidents

Il n'est pas besoin d'études pour constater le mal-être et la tristesse des résidents actuels, privés depuis plusieurs semaines des visites de leurs proches. Néanmoins, sans données collectées de manière systématique, notre avis ne peut être que prudent sur ce point. D'une part, des témoignages relèvent que les liens entre les résidents se sont renforcés et des exemples de solidarité entre eux sont nombreux. D'autre part, notons que, en dehors de la crise actuelle, les résidents en MR-MRS se sentent très seuls (selon l'enquête de la Fondation Roi Baudouin menée en 2012, un résident sur 10 se sent extrêmement seul) (3), voire ne reçoivent quasiment pas de visites. Selon deux autres études, la mortalité est plus importante pour ces profils de résidents, comparativement à ceux qui se sentent moins seuls (4,5). Ces études concernent une époque avant le Covid-19 et laissent présager que la situation actuelle risque d'entraîner une mortalité accrue qu'il sera utile d'investiguer lorsque ces données seront disponibles.

D'autres témoignages nous sont parvenus, de résidents qui trouvaient que la vie avait moins de sens sans le contact direct avec leurs proches, et refusaient les soins. Il ne nous a cependant pas été possible d'objectiver l'ampleur du phénomène à ce jour.

De même, les propos relevés dans la presse, relayés par certains professionnels, font état d'une augmentation du nombre de personnes souffrant du syndrome de glissement. Dans la littérature concernant le syndrome de glissement gériatrique, un processus complexe de déclin fonctionnel difficile à expliquer (6), est souvent accompagné de déshydrations, *symptômes dépressifs*, une fonction immunitaire altérée et une hypercholestérolémie (7). Il est donc logique d'associer le confinement

³ Pour les MRS, pour 30 résidents avec un niveau de dépendance « modéré », on peut (doit) engager 5 ETP infirmier, 5,2 ETP aide-soignant, 1 ETP ergo/kiné/logo, et 0,1 ETP de personnel de réactivation (qui peut « éventuellement » être un psychologue). Un psychologue (master coûte plus cher qu'un personnel de réactivation autre (type éducateur, etc.). Au vu de la différence de coût pour la MRS, très peu de structures intègrent un psychologue, à l'inverse des structures pour personnes porteuses de handicap qui ont très fréquemment au moins un psychologue dans leur cadre.

actuel, à une augmentation du nombre de résidents à risque de, ou souffrant de syndrome, du fait de la séparation avec leurs proches. Selon une des personnes consultées, les syndromes de glissement surviendraient actuellement chez 30 à 40% des résidents. Ces perceptions très différentes marquent la nécessité de pouvoir disposer de données fiables pour évaluer l'impact du confinement sur la santé mentale.

Or, nous manquons à l'heure actuelle des données robustes permettant d'évaluer l'impact du confinement sur la santé mentale des résidents. Dans l'hypothèse où le confinement devrait perdurer, il serait utile **d'avoir une idée plus précise de la santé mentale des résidents**, afin de pouvoir cibler des interventions permettant de l'améliorer, tout en évaluant l'effet de ces interventions sur leur santé mentale. Les personnes consultées constatent en effet que, dans le discours actuel, le déconfinement est proposé comme seule intervention pour améliorer la santé mentale des résidents.

Or, nous partons de l'hypothèse qu'au vu du manque de ressources matérielles (masques, blouses, gants) et humaines, pour assurer la protection des résidents, d'une part, et de l'incertitude liée à la réponse immunitaire des personnes (âgées ou non), après avoir été guérie du Covid-19, d'autre part, il ne sera pas possible de lever le confinement complet dans les MR-MRS avant plusieurs mois.

Nous relevons ici certaines pistes qui ont été évoquées lors de la réunion du 17 avril 2020, pour améliorer la santé mentale des résidents. Les pistes relevées lors de cette réunion ont été rassemblées dans un document et envoyé le 20/04 aux personnes listées en annexe I. Ceux-ci ont réagi sur cette première version du document. Toutes leurs remarques ont été intégrées au mieux, dans une deuxième version, qui est celle-ci.

Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait qu'il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de relever des preuves scientifiques étayant l'efficacité de ces mesures, ni même d'établir un quelconque niveau de recommandation.

a) Les interventions permettant d'améliorer la communication entre les résidents et le maintien de leurs activités.

La communication sert comme vecteur d'interactions sociales, mais permet aussi de donner envie à participer à des activités. À leur tour, ces activités permettent d'entretenir les capacités résiduelles, notamment sur le plan physique et cognitif. En effet, des études ont révélé que les interactions avec des pairs significatifs étaient souvent souhaitables et souhaitées par les résidents. Or, dans certaines MR-MRS, les personnes sont confinées dans leur chambre, les repas ne sont plus pris en commun, ce qui accroît de manière importante le sentiment d'isolement et le risque de détresse. Là aussi, il convient de nuancer, vu qu'avant le confinement et selon la même étude menée par la Fondation Roi Baudouin, un quart des résidents ne prendraient jamais les repas avec d'autres (3). Il n'en reste pas moins que pour 70% des résidents qui prenaient leurs repas quotidiennement avec leurs pairs, les mesures actuelles peuvent avoir un impact sur l'interaction entre les résidents.

- ➔ Les recommandations (notamment celles de la région flamande et de l'AFRAMECO) recommandent de maintenir les interactions entre les résidents, moyennant les mesures de protection (protections physiques (parois de plexiglas), distance d'1,5 m)
- ➔ Lorsque des mesures de mise en place de services Covid-19 (unités tout à fait séparées) sont mises en œuvre, ces mêmes autorités signalent qu'il n'est alors pas nécessaire de confiner les personnes contaminées dans leur chambre. La position par rapport à la mise en place de ces services Covid-19 en MR-MRS est très mélangée. Pour certaines personnes consultées, il s'agit d'une excellente idée, pour d'autres, non. Pour ceux qui y sont défavorables, l'architecture ne s'y prête pas facilement et d'autre part, déménager des résidents dont les repères sont déjà mis tellement à mal, ne ferait qu'amplifier le syndrome de glissement.
- ➔ Il en va de même lorsque des tests de dépistage sont réalisés, pour les résidents testés positifs et qui ne sont pas/plus symptomatiques, il faut permettre à ceux-ci le déconfinement au sein de la structure. Ils peuvent manger ensemble et avoir des activités communes. C'est déjà le

cas dans une structure à Huy qui a été testée récemment et où on a vu que 95% des professionnels et résidents avaient été testés positifs. Cela a sensiblement changé l'organisation des choses au sein de la structure

- ➔ Dans certaines MR-MRS, les professionnels ont mis des interventions très inventives en place (p.ex. activités physiques de groupe, en respectant la distance de sécurité, par exemple). Les promenades avec un membre du personnel (lorsque la charge de travail le permet) ou avec un bénévole, semblent très importantes et à maintenir, si possible.
- ➔ Ces activités sembleraient plus attrayantes si elles sont organisées en petits groupes.
- ➔ Le maintien des activités musicales par la musique dans les couloirs, le passage d'un musicien et d'un chanteur sur les pourtours externes de l'établissement avec présence des Résidents aux fenêtres, terrasses, balcons..., les karaokés en petits groupes ; La musique est un atout fondamental en cette période de confinement tant pour les Résidents que pour le personnel
- ➔ En fonction du niveau d'autonomie des résidents, il serait utile d'envisager de les inviter à trouver eux-mêmes des solutions pratiques pour restaurer ou améliorer la qualité des interactions.
 - La législation imposant 4 fois par an un comité des résidents, la proposition serait d'organiser le comité en respectant les gestes-barrière, et en vidéo conférence avec quelques familles volontaires pour évoquer (sans décider avec eux d'emblée) des pistes de solution réalistes et SMART.
 - Questionner les besoins des résidents, (en suscitant des comités de résidents en petits groupes + conserver les échanges de groupes) (enquête papier si capacités physiques et cognitives)
 - Communiquer par rapport au testing dans les institutions, pour rassurer les professionnels et les résidents, et améliorer ainsi les conditions psychologiques de travail.
- ➔ Il serait utile soutenir massivement et généraliser les initiatives mises en place pour réduire les effets négatifs du confinement, en créant une plate-forme d'échanges de pratiques efficaces, entre le personnel de différentes institutions. À titre d'exemple, diffuser ces bonnes pratiques via des capsules vidéo accessibles à l'ensemble des institutions, moyennant une validation par un modérateur qui en vérifierait la pertinence.
- ➔ Renforcer les équipes d'encadrement et particulièrement de personnel de réactivation par du personnel qui sera consacré spécifiquement au soutien psychologique des résidents. (Voir aussi plus loin, sous 'soutien aux professionnels'.

Enfin, notons le problème de l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques, parvenus à un certain équilibre dans l'établissement et qui voient toutes leurs habitudes chamboulées avec un taux de tolérance au changement très limité (dépressif, bipolaire, etc.). Le recours à un avis de psychiatre ou psychogériatre est indispensable pour aider à passer le cap de ces crises à défaut de pouvoir ou non hospitaliser le résident.

- b) *Les interventions permettant d'améliorer la communication des résidents avec leurs proches, à l'extérieur.*

Toutes les mesures qui suivent seront assorties des éléments suivants

- (a) Des directives écrites claires, mises à jour en fonction des meilleures données disponibles, concernant les gestes barrières et l'utilisation de matériel de protection,
- (b) La mise à disposition de matériel de protection, de désinfection et d'élimination adéquat en quantité suffisante et
- (c) D'un professionnel pouvant superviser ces mesures et éduquer les membres des familles en conséquence.

La communication numérique produit déjà des effets positifs, comme le montre un témoignage d'un CPAS bruxellois « **les résidents revivent après avoir conversé avec leur famille** »

Plusieurs initiatives ont été relevées

- ➔ Des maisons de repos qui disposent d'un **jardin** organisent des rencontres avec distanciation sociale si le temps et la mobilité du résident s'y prêtent. P.ex. le membre de la famille est sur un banc ou un fauteuil ; le résident est à 1,5 m sur un fauteuil et un membre du personnel est présent.
- ➔ Installation d'un sas à l'entrée de la maison de repos, comprenant un système de barrière à l'aide de plexiglas amovibles, afin que les proches puissent rencontrer les résidents, sans devoir rentrer dans la maison de repos.
- ➔ Installation d'un sas de visites en extérieur (acquis par le CPAS, et ce sas se déplacera de MR en MR au fil des semaines)
 - Les deux dernières initiatives représentent néanmoins un surcoût important, auxquelles certaines institutions ne pourront pas faire face. Il serait dès lors utile de créer une plateforme de corps de métiers volontaires.
- ➔ En généralisant les contacts vidéo réguliers entre les résidents et leur famille : Mise à disposition de **tablettes et smartphones**, pour pouvoir communiquer avec les proches. Certaines firmes commerciales ont mis ce matériel à disposition pour les MR-MRS, pour les résidents qui le souhaitent.
 - C'est un premier pas, qui ne suffit hélas pas toujours, notamment en raison (a) des compétences parfois très pauvres des résidents, par rapport à l'utilisation de ces outils, qui ont besoin de l'aide de tiers pour pouvoir s'en servir ; (b) des compétences très pauvres dans ce domaine, de leurs proches.
 - Il est donc nécessaire de s'assurer que ces outils puissent être effectivement utilisés dans les MR-MRS, voire de prévoir un accompagnement des résidents et de leurs proches.
 - ⇒ Des projets pilote ont déjà eu lieu en maints endroits, où des volontaires proposaient un accompagnement, à l'aide de ces outils, aux personnes âgées souffrant de solitude. Ces projets étaient très appréciés en raison de leur impact sur le sentiment de solitude.
 - Pour ce qui est de la mise à disposition des tablettes et de smartphones : certaines ASBL reconditionnent et distribuent des smartphones dans les MR-MRS. Ces smartphones sont équipés d'une carte SIM et un abonnement permettant un échange de données dans des conditions confortables (les vidéoconférences peuvent consommer pas mal de data).
- ➔ Il est possible de proposer la réalisation de capsules vidéo par la famille ou par le résident (voir annexe 2)

- ➔ Contacts au travers d'une vitre donnant sur l'extérieur. Notons que des initiatives ont été proposées par des entreprises disposant d'échafaudages permettant un contact visuel par la fenêtre aux étages supérieurs⁴⁵.
- ➔ Livraison de lettres et cadeaux via un sas.
- ➔ Ces lettres et cadeaux peuvent provenir de la part de bénévoles. À titre d'exemple, une initiative coordonnée par le Vlaamse Gemeenschaps Commissie (VGC, Brussel.helps) et proposée à toutes les MR-MRS bruxelloises. Environ 70 MR-MRS y ont répondu favorablement et reçoivent régulièrement des envois⁶.
- ➔ Des nouvelles de chez nous, 'uit ons kot' : un journal pour les personnes isolées donnant des nouvelles de leur famille ou de proches⁷⁸
- ➔ Garantir les exercices de kiné individuels pour maintenir les capacités de la marche et éviter la dégradation physique irréversible,
- ➔ Là où la MR-MRS dispose d'aménagements extérieurs, il est utile d'organiser des activités à l'extérieur (jardin, terrasse, balcon) : en veillant au maintien des distances de sécurité. L'impact des activités extérieures est important sur la santé mentale et pour l'apport de vitamines D.
- ➔ Certains recommandent le renforcement en Zinc des résidents par l'alimentation pour améliorer leur immunité. L'effet du renforcement en vitamine C a été insuffisamment démontré.
- ➔ Améliorer le sentiment de bien-être en assurant des soins de beauté avec les professionnels qui continuent à avoir accès aux MR-MRS (coiffure, maquillage, soins des ongles) pour maintenir l'estime de soi indispensable à la santé psychique (8),

Certaines de ces mesures requièrent cependant des ressources en personnel supplémentaires, ce qui peut être compliqué dans les MR-MRS où la charge de travail est déjà lourde⁹. Dans ce champ également, certaines MR-MRS ont fait preuve de créativité

- ➔ En mobilisant des volontaires, adéquatement encadrés, qui peuvent venir en soutien pour ces personnes. Ces volontaires sont recrutés via les étudiants stagiaires, issus des formations aux métiers œuvrant en MR-MRS, mais aussi les travailleurs mis au chômage technique en raison du Covid-19. Dans le cadre de cette dernière option, il faut également envisager un assouplissement des règles, permettant aux employés de travailler dans une autre organisation que la leur¹⁰. Dans le cas où des personnes extérieures entrent dans la MR-MRS, il est important de bien peser le bénéfice de les faire entrer, contre le risque de contamination. La définition de leur rôle dans l'institution doit également être précis afin que leur soutien soit vécu positivement.

⁴ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/04/17/bij-woonzorgcentrum-in-deurne-kan-familie-met-hoogwerker-tot-a/>

⁵ https://www.standaard.be/cnt/dmf20200417_04925875

⁶ <https://www.vgc.be/brussels-helps#paragraphe-2878>

⁷ <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Indirect/ExternZoek/20200401IND>

⁸ <https://neveo.io/#!/>

⁹ La suppression des visites des bénévoles, les stagiaires (kinés, ergo, logo, infirmiers, aides-soignants, ...), la coiffeuse, les pédicures, les dames de compagnie, parmi d'autres, fait qu'une grande partie de l'aide a disparu du jour au lendemain, aggravant encore la pénurie du personnel dans ce secteur en crise du coronavirus (beaucoup de personnel absent).

¹⁰ Des représentants des employeurs et employés du secteur social (PC 330) ont conclu un accord-cadre permettant aux employés de travailler dans une autre organisation que la leur. À cette fin, les employeurs sont invités à utiliser une convention-type. Voir p.ex. https://verso-net.be/over-verso/nieuws/nieuws-detail/2020/04/02/Uitwisseling-personeel-gemakkelijker-gemaakt-in-strijd-tegen-Covid-19?utm_source=mailing&utm_medium=email&utm_campaign=corona-update-kaderakkoord-uitwisseling-aanwervingspremie-ibo-enquete-unisoc-inspiratiesessies

- ➔ Il est recommandé d'apporter un soutien et des informations spécifiques aux volontaires, agissant auprès de personnes désorientées : des recommandations ciblées permettraient de garantir un accompagnement adéquat et de renforcer également le bien-être des volontaires, qui ne sont pas forcément à l'aise avec la maladie.
- ➔ Il pourrait être utile de créer des **plateformes électroniques** ou soutenir les plateformes électroniques existantes, au niveau des quartiers, pour **faciliter l'échange** entre la demande des MR-MRS (appels à volontaires) et l'offre. Ensuite, pour former les volontaires par rapport aux tâches qu'ils seraient amenés à remplir dans les MR-MRS (formation à la rencontre avec les résidents, tout en respectant les consignes de sécurité liées à la pandémie actuelle).
- ➔ Pour accueillir les familles et les former à s'équiper et effectuer les gestes-barrières correctement, des **éducateurs en hygiène** pourraient être formés et déployés dans les MR-MRS. Selon les personnes consultées, ces éducateurs seraient d'ailleurs utiles en-dehors de la pandémie, lors des infections saisonnières (grippes, ou infections à C. Difficile).

Comme nous l'indiquions dans l'introduction, il est trop tôt pour pouvoir affirmer que les mesures de confinement actuelles ont un impact sur la mortalité. En revanche, nous constatons que la majorité des résidents qui ont des proches, sont affectés par l'absence de visites, surtout lorsqu'ils sentent leurs forces diminuer.

- ➔ Dans ce cas, il conviendrait d'examiner la possibilité d'étendre le droit de visites à ces personnes, et ne pas les réserver aux résidents dont l'espérance de vie se limite à quelques semaines. En effet, ce groupe de résidents n'est pas susceptible de se servir de tablettes numériques etc. D'ailleurs, il existe à Bruxelles des possibilités de visites à titre exceptionnel, sur base d'un arrêté du 30 mars en passe d'être prolongé :
 - « Sauf situation spécifique (situation de nécessité, soins palliatifs, décès), les visites aux résidents dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale sont interdites sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. ». La Région Wallonne a élaboré une circulaire allant dans le même sens (dérogation pour les visites des familles des résidents en fin de vie, ou présentant un syndrome de glissement, sans devoir recourir à une décision de 'statut palliatif')
- ➔ Par conséquent, il convient de prévoir des moyens de communication, des mesures exceptionnelles si les résidents sont dans un état de santé critique afin de permettre aux proches d'être présents lorsque la situation s'aggrave.

c) *Autres interventions pour améliorer la santé mentale des résidents*

Les conditions de confinement n'entraînent pas uniquement une diminution des interactions sociales. La pandémie elle-même étant responsable d'une augmentation de la mortalité dans les MR-MRS¹¹, il est nécessaire de pouvoir offrir aux résidents, la possibilité d'être accompagnés dans leur travail de deuil (des pairs décédés dans la MR-MRS, voire de leurs proches, décédés à l'extérieur). En effet, on peut s'attendre que le cumul des conditions d'isolement, de l'incertitude liée à leur propre devenir, ait un impact délétère sur la santé mentale des résidents. À cela s'ajoute le fait de ne pas pouvoir se dire au revoir et les rites de deuil ne peuvent pas avoir lieu. Cela justifie **l'augmentation de l'offre du soutien psychologique par des professionnels**. Nous avons eu des échos que la qualité d'écoute des professionnels actuellement en place dans certaines MR-MRS est très bonne, et que les résidents y semblent sereins, mais d'autres échos, plus préoccupants, justifieraient des mesures plus spécifiques. Cet accompagnement pourrait aussi être étendu aux familles et aux soignants.

¹¹ Selon les données publiées le 16/04/20 par le Prof Dirk Devroey
<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10219783962902330&set=a.3791844767444&type=3&theater>

→ Parmi celles-ci, nous proposons de réaliser un screening systématique à des fins cliniques, à l'aide d'un outil rapide (un outil de mesure de la qualité de vie, mentionné à la page 2), de la santé mentale des résidents, par les professionnels actuellement en place, en commençant par des MR-MRS volontaires¹². En effet, il est utile que ces tests soient réalisés par des professionnels connaissant bien la personne, afin de dépister rapidement les signes de détérioration.

- En commençant par une écoute active par un psychologue de première ligne, notamment mais pas limité à des sessions de groupe, en centrant les interventions sur la psychoéducation et le soutien des capacités résiduelles via des processus d'empowerment (tout en respectant les gestes-barrière)
- Il convient de trouver un juste équilibre entre la reconnaissance de la réaction 'normale', à un phénomène exceptionnel, et la médicalisation de ce phénomène.
- Intégrer les rites de deuil des résidents décédés, confirmant aux autres résidents la considération de l'institution pour la personne décédée et le vécu du groupe.
- Si les conditions le permettent, encourager l'organisation d'offices religieux qui permettent de maintenir le sentiment d'unité, d'appartenance et de valeur
- Soigner la communication à l'attention des résidents par rapport aux interventions des militaires dans les murs (ex. opérations de désinfection en tenues militaires qui peuvent évoquer des souvenirs pénibles).

En parallèle, les aides extérieures peuvent être mobilisées :

- Plusieurs acteurs de la santé mentale se sont mobilisés pour soutenir les MR-MRS.
- Communiquer davantage au sein des MR-MRS les numéros des lignes d'écoute organisées les soirs et les weekends ainsi que les lignes des permanences téléphoniques assurées en journée par les Services de Santé Mentale (SSM) en assurant davantage un aspect local pour pouvoir créer des liens et une continuité en période post épidémique¹³.
- Rappeler aussi les numéros des lignes spécialisées : Respect Seniors en Région Wallonne (0800/30 330), Ecoute Seniors pour les Bruxellois francophones (02/223 13 43), OMB pour les Bruxellois néerlandophones (02/511 91 20).

→ Pour les résidents qui souffrent de problèmes psychiatriques, les inviter à faire appel aux initiatives existantes, pour tenter de compenser les effets délétères du confinement

- Actuellement les équipes mobiles des projets I07 n'interviennent pas auprès des personnes âgées. Il serait utile d'examiner la pertinence et la faisabilité de les faire intervenir en MR-MRS.
- Possibilité de mobiliser les SSM présents sur le territoire, autour des MR-MRS, pour un appui à distance ou sur place. Les SSM préparent la mise en place de cellules pouvant assurer une présence régulière dans différents lieux pour suivre et/ou répondre aux questions relatives à la santé mentale.
- Impliquer des étudiants, futurs psychologues cliniciens en dernière année.
- Les psychologues en chômage technique, qui ont une expérience du public cible (à savoir les personnes âgées). La plupart des psychologues ont en effet

¹² Voir également l'initiative du Pr Elke Van Hoof : online screening en stappenplan « iedereen ok ».

¹³ Le SSM ULB vient de lancer, en partenariat avec la Ligue, une ligne verte à destination des résidents des MR/MRS (0800 21 020). Les SSM vont contacter les MR/MRS sur toute la Région pour mesurer l'étendue et le contenu des besoins et les possibilités de mise en œuvre.

fait 5 années d'étude parfois en ayant tout au plus eu 30h de cours sur 5 ans sur la question de la personne âgée ...

- Il sera difficile de déployer uniquement des psychologues spécialisés. A défaut, il serait important que les psychologues spécialisés puissent organiser des séances de supervision (en ligne) aux psychologues non-spécialistes pour les aider s'ils rencontrent des difficultés sur le terrain ou se questionnent sur certaines méthodologies utilisées.

Nous plaidons pour une **attention particulière pour les patients atteints de troubles cognitifs**, qui forment un groupe à risque important concernant la santé mentale, et pour qui la réalisation d'un outil de screening standardisé peut être compliqué. Il existe des outils pouvant être utilisés en hétéroévaluation. Nous renvoyons ici au vade mecum réalisé par l'AFRAMECO cette semaine (section 9, page 5)¹⁴. Ces personnes étant particulièrement sensibles au toucher, l'absence de contact physique avec leurs proches est particulièrement mal vécue.

- Il peut être très difficile d'obtenir des mesures de distanciation sociale pour les personnes désorientées et c'est la raison pour laquelle c'est l'entièreté de l'unité qui est isolée (et non pas les résidents dans leur chambre).
- Il sera sans doute nécessaire d'adapter, en fonction de l'état physique et psychologique de la personne désorientée, les rencontres avec les proches : le téléphone est rarement suffisant et en cas de mise en relation derrière une vitre, le résident ne comprend pas pourquoi le proche ne rentre pas dans la MR-MRS, ce qui augmente son angoisse.
- Permettre aux personnes présentant des troubles cognitifs de participer aux activités de la maison de repos, et ce malgré le confinement.
- Ce serait une erreur de sous-estimer l'importance du courrier, des dessins, que les résidents, mêmes désorientés, peuvent consulter quand ils veulent et à leur rythme.
- Inclure les personnes désorientées dans un projet commun (réalisation d'un clip, d'une exposition post confinement pour accueillir les proches, etc....) et mettre en avant leur créativité : cela peut leur permettre de mieux vivre cette période et d'améliorer leur santé mentale.
- Réfléchir à la mise à disposition d'équipements de protection individuelle (EPI) transparents pour les professionnels accompagnant les résidents atteints de troubles cognitifs.

¹⁴ Sur le site: <http://www.senescence.ulg.ac.be/domaine/outil-devaluation-de-la-solitude-des-residents/>, un outil est mis à disposition, pouvant être utilisé en auto- (pour les résidents orientés) et en hétéro-évaluation (pour les résidents désorientés).

A noter qu'il existe également en hétéro un outil international (l'ADRQL qui a d'ailleurs été utilisé par Jan Delepeleire dans son étude QUALIDEM). Il y a 15 questions sur la dimension « humeur et comportement » qui me semble utile peut-être pour les personnes désorientées.

d) *Soutien aux professionnels en place :*

Certaines personnes consultées ont eu des échos par rapport au caractère anxiogène des nombreuses informations contradictoires circulant à propos du Covid-19, provenant de sources différentes, parfois au sein de la même source. Leurs directions se trouvent dans une position difficile : elles relayent ces informations auprès de leurs employés et, en raison des contradictions, sont rendues responsables des incohérences (auprès des résidents et des employés). Il s'ensuit que l'ambiance de travail est donc parfois très lourde et cela se répercute sur la relation avec les résidents. Certains professionnels demanderaient même des congés maladie, avec comme corollaire de faire peser la charge de travail sur leurs collègues.

- Proposition de la pérennisation de ce groupe de travail pluridisciplinaire mis en place pour ce présent avis, au-delà de la date du 24/4 Ce groupe détaché pourrait être considéré comme experts - conseillers auprès du ministre afin de donner des informations plus structurées et moins disparates.
- Appui sur le plan matériel (logistique),
- Appui en ressources humaines (skill-mix adéquat en fonction de la spécificité du travail)
 - Les professionnels des hôpitaux de jour gériatriques peuvent-ils venir en renfort ? Certains d'entre eux sont au chômage, étant donné que les consultations jugées non prioritaires ne s'y déroulent plus.
 - Idem pour les membres du personnel des centres de soins de jour et d'accueil de jour¹⁵ ?
- Le soutien de leurs compétences. Dans ce temps de confinement, la formation à l'écoute des résidents et de leurs familles, de la part des soignants, revêt une importance particulière.
- Écoute des besoins et des demandes des soignants. Des soignants respectés dans leur fonction seront plus à même d'offrir une écoute aux résidents qu'ils aident et qu'ils soignent.
- Organisation de groupes de parole réguliers dans les institutions pour permettre au personnel suivi psychologiquement par des professionnels qualifiés (soignant et non-soignant) de souffler, d'exprimer sa souffrance, son vécu et apaiser le sentiment d'impuissance des soignants par rapport à la situation.

L'ensemble des institutions devrait faire l'objet d'un contact par les fonctionnaires de d'Iriscare pour s'assurer que les conditions maximales y sont mises en place pour assurer les mesures sanitaires et le bien-être des résidents.

e) *Le cas particulier des familles endeuillées*

Dans certaines MRS aucun effet personnel n'est rendu aux familles (« tout sera brûlé ») ; dans d'autres les vêtements sont lavés et rendus aux proches. Les funérailles sont « express » et en petit comité. Ceci est souvent vécu par les proches comme des violences ou de la négligence à l'égard du défunt.

→ Les mesures sanitaires en lien avec le traitement de la personne décédée et les rites funéraires doivent être clarifiées et expliquées aux familles et au public.

¹⁵ dans une institution MRS, ils ont été remplacé pour l'accueil des visites prise de température du visiteur consignes d'hygiène et mise en place des EPI

3. Effets du confinement sur le report du recours aux soins (« adéquats ») des résidents

Par soins adéquats, nous entendons le recours aux soins essentiels que leur condition chronique ou aiguë requiert. Il s'agit de soins annulés ou reportés (dans le cadre d'une maladie chronique) ou de soins n'ayant pas lieu, alors que leur condition médicale le requiert. En effet, ces soins essentiels ne peuvent pas être postposés en raison du confinement, que le patient soit dans un état Covid-19 positif ou palliatif.

Plusieurs mécanismes sont à l'œuvre dans ce cadre, qui peuvent expliquer ce report du recours aux soins des résidents.

(a) **Pour les résidents souffrant de maladies chroniques déjà diagnostiquées avant le confinement.**

Plusieurs problèmes se posent :

- La recommandation faite aux médecins généralistes de ne plus se rendre dans les MR-MRS, pour éviter la propagation de la pandémie. Ceci se justifiait parce que, dans un contexte de libre choix de prestataire, plusieurs médecins généralistes se rendaient dans les MR-MRS, augmentant de manière importante le risque de propagation du Covid-19. En outre, le manque de matériel de protection disponible dans les MR-MRS, ce risque était fortement majoré.
- ➔ Pour garantir la continuité des soins, tout en évitant que de multiples médecins ne se rendent dans les MR-MRS, certains cercles de médecine générale ont organisé un pool de médecins généraliste. Sur base volontaire, et en fonction du tropisme pour les personnes âgées, ceux-ci s'organisent pour qu'il n'y ait, au maximum, que 6 ou 7 médecins généralistes différents dans les MR-MRS. Ceci a été organisé en Flandre ('cohortzorg') et en Wallonie. MSF est intervenu également.
- ➔ Chaque MRS dispose d'un médecin coordinateur (MCC). Cela signifie que, si la visite de la part du médecin généraliste du résident n'est pas possible, le médecin coordinateur dispose d'un plan de prise en charge thérapeutique dans la MRS pour faire face à cette éventualité. Pour ce qui est des MR (ou autres institutions qui ne disposent pas d'un médecin coordinateur, il serait utile de demander de désigner un médecin 'réfèrent'. À défaut, il reviendrait au cercle de médecine générale d'assurer la continuité de la prise en charge médicale des résidents (voir section organisation médicale du Vademecum), via un pool de médecins volontaires triés. Le mieux étant la tenue régulière d'un 'tour de salle',¹⁶ par un même médecin, avec la supervision du MCC ou d'un MCC en backup pour les MR. Le contact avec le gériatre peut être utile pour un avis, notamment pour une éventuelle hospitalisation ou adaptation du traitement au sein de l'institution.
- ➔ Prévenir les abus en termes d'augmentation des prix de prise en charge en transports non-urgents (ex : surfacturation 250€ pour désinfection du véhicule)

(b) **Pour les résidents atteints de pathologies aiguës, autres que le Covid-19.**

➔ toute pathologie aiguë ('non Covid-19') ne doit pas être hospitalisée, ne doit pas avoir un avis médical ou même un avis du médecin traitant; un tri clinique est ici nécessaire, dans un délai court, pour analyser la plainte avec le personnel en contact direct et le médecin le plus adéquat (ordre de préférence: médecin généraliste du résident, puis médecin de l'institution (MCC ou volontaire fixe), puis médecin de garde...), éventuellement en concertation avec gériatre; voir l'initiative de SMUG (SMUR gériatrique) lancé au CHR citadelle depuis 1 semaine

¹⁶ Dans certaines MRS (cfr Marche-en-Famenne) le médecin coordinateur a prévu des paires MG+ assistant qui fonctionnent pendant une semaine et s'occupent de tous les résidents de la MRS avant de passer le relais à une autre paire. Ils passent chaque matin à la MRS, et en coordination avec une infirmière, commencent par rencontrer les patients non suspects de Covid-19, puis les patients suspects puis les patients atteints.

(c) Pour les résidents atteints de Covid-19

Pour Hans Kluge, (OMS Europe), beaucoup de personnes, même très âgées et souffrant de multiples maladies chroniques, ont de bonnes chances de se rétablir, si elles sont bien soignées.

Les directives anticipées revêtent une importance essentielle, afin de pouvoir suivre les souhaits de la personne, lorsqu'elle n'est plus en mesure de s'exprimer. Ce point est développé ci-dessous¹⁷(e).

(d) Pour les résidents en phase palliative

Selon certains experts, une toute grande partie des résidents en MR-MRS se trouveraient en phase palliative, du fait de l'observation que la survie moyenne des résidents en MR-MRS est de 1,5 à 2 ans. Beaucoup de résidents souffrent d'affections chroniques sévères et ont une espérance de vie limitée.

→ Il serait possible de faire appel aux structures palliatives existantes, pour venir en soutien aux professionnels des MR-MRS qui accompagnent les résidents.

(e) Pour les résidents en fin de vie

Pour les points (c) à (e), nous renvoyons au Vademecum de l'AFRAMECO et du CMG.

De manière générale:

Les directives anticipées revêtent ici leur importance fondamentale, auprès de toutes les catégories de résidents

→ Si les entretiens permettant de préciser les souhaits de la personne n'ont pas encore eu lieu, il est important qu'une personne de confiance ou le médecin généraliste puisse entamer la discussion avec le résident autour de ses souhaits thérapeutiques. Ces entretiens seront aussi menés avec les proches du résident, surtout si le résident n'est plus capable de s'exprimer. Les proches et le médecin généraliste seront mis au courant de ces entretiens et des directives.

Ces entretiens concernant les soins et les souhaits en fin de vie sont une base importante pour s'accorder sur ces points. Le fait d'inviter le résident à exprimer ses souhaits par rapport à comment il désire être soigné, est absolument essentiel. Ceci pourra être articulé en discussion avec ses proches et les professionnels. Ceci ne s'improvise pas et c'est la raison pour laquelle LUCAS a développé plusieurs études pour pouvoir jeter des bases robustes pour cette intervention dans les MR-MRS (9–14). Un des résultats est un module de formation concernant les directives anticipées en MR-MRS. Au centre du modèle se trouve un dispositif de prise de décision partagée. Les aidants et les professionnels sont également impliqués dans la formation. Les résultats obtenus auprès de 60 équipes sont robustes (14) et c'est la raison pour laquelle LUCAS a souhaité mettre le modèle de formation à la disposition du public via une publication(15).

En bref: ces écrits forment une base scientifique utile pour diffuser la formation à grande échelle, via le principe de train-the-trainers, ainsi qu'un suivi au sein des MR-MRS.

Avec le médecin généraliste du résident, le **pharmacien d'officine** peut jouer un rôle essentiel. À deux, ils connaissent bien l'état de santé du résident et son plan thérapeutique. Nous constatons que, durant cette période de confinement, ils appellent la MR-MRS lorsque le traitement doit être renouvelé.

Le travail en MR-MRS sera soutenu, si possible, par les infirmiers, les aides-soignantes et les aides familiales du domicile (cf. ce qui se fait dans certaines régions en Flandre), pour peu que le matériel EPI soit disponible.

Sur ce point et après la crise du Covid-19, il sera important de tirer les leçons de la situation actuelle, notamment en adaptant les normes d'encadrement, à la lourdeur des soins et de l'aide dans la

¹⁷ Notons néanmoins un point très inquiétant qui nous est revenu de différents côtés (tant à Bruxelles qu'en Wallonie). Selon ces témoignages, certains hôpitaux refusaient les personnes âgées Covid-19 ayant besoin de soins plus lourds (non intensifs mais difficiles à mettre en œuvre en MRS), alors que des lits Covid-19 étaient encore vides dans ces hôpitaux. Il existe donc un effort de communication à faire au sujet des critères d'admission et le Vademecum de l'AFRAMECO et du CMG viennent donc à point nommé.

population actuelle dans les MR-MRS. Cette population requiert en effet un encadrement professionnel plus nombreux, davantage formé et plus diversifié.

4. Lorsque les visites seront permises

4.1 S'enquérir auprès du résident, du choix de la personne, s'il est capable de s'exprimer.

À défaut, il conviendra de se référer à la cascade prévue dans la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient.

Lors du déconfinement progressif des résidents, il sera utile d'envisager un patchwork d'actions (p.ex. une visite par semaine, plus le téléphone, plus la visioconférence, plus tout autre moyen) pour que la fréquence et la qualité des contacts soit aussi proche qu'avant la crise.

4.2 Tests de dépistage, à répéter si le premier test est négatif.

Selon Sciensano "Si du personnel médical est disponible", un test de dépistage pour le Covid-19 doit être réalisé pour tout nouvel arrivant, y compris asymptomatique, au moment de son inscription dans un établissement pénitentiaire, un centre d'accueil de demandeurs d'asile, un centre accueillant des sans-abris ou tout équivalent. Si le résultat est négatif, il faudra faire un nouveau test après cinq jours. Il est en effet possible que les personnes contaminées toujours en période d'incubation reçoivent un test négatif au coronavirus. »

Il serait logique de faire de même avec des visiteurs de sorte à protéger les résidents et le personnel et préserver le cohortage.

Alors que certains plaident le testing pour remettre des travailleurs en emploi en vue de relancer l'économie, il est tout sauf illégitime que ces tests sérologiques soient pratiqués pour les visiteurs dans les maisons de repos afin qu'elles assurent la continuité des soins, avec le moins de dommages humains et d'absentéisme possibles.

4.3 Ces visites supposent que les maisons disposent du matériel de protection en suffisance.

5. Communiquer auprès de la population à propos de ces mesures

Comme décrit dans la demande de mission, la situation dans laquelle se trouvent les personnes âgées résidant en maison de repos (et de soins) ainsi que leur famille est une conséquence de la priorité accordée lors de la crise, de centrer tous les efforts sur les hôpitaux. Une des conséquences est que, dans la toute grande majorité des cas, les soignants des hôpitaux ont bénéficié d'un soutien massif de la population, ce qui était particulièrement bienvenu, au vu des conditions de travail rencontrées, en particulier dans les services d'urgence, de soins intensifs, et Covid-19.

Si nous nous réjouissons de cette image positive qui s'est construite autour des professionnels hospitaliers, il convient d'être vigilants à que ce ne soit pas au détriment de l'image des résidents des MR-MRS et les professionnels qui les soignent. Dans une société dans laquelle la discrimination la plus importante est l'âgisme, il serait utile de pouvoir contribuer à construire une image aussi positive des soins et à l'aide aux résidents, qu'aux soins aux patients hospitalisés, afin que les résidents et professionnels qui les soignent bénéficient également des élans de solidarité et de soutien de la part de la population générale¹⁸¹⁹.

→ Nous proposons donc la réalisation d'une **campagne visant à améliorer l'image** de nos aînés et de l'aide qui leur est apportée par leurs proches et les professionnels. Cette campagne de

¹⁸ La notion de justice et d'égalitarisme doit être rappelée ici. En effet le principe d'équité entent qu'il n'est pas acceptable de sélectionner les personnes à protéger en priorité en fonction de leur seule valeur « économique » immédiate ou future, c'est-à-dire de leur « utilité » sociale: la dignité d'une personne n'est pas tributaire de son utilité.

¹⁹ Pour information dans ce sens : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577265/il-faut-mettre-fin-a-l-agisme>

communication valoriserait l'importance de l'autonomie des résidents, via des soins relationnels de qualité et qui font appel à des initiatives innovantes qui font appel à la créativité de tous.

→ Comme tout plan de campagne de communication, le plan tiendra compte de ce qui est organisé, et communiqué, dans les différentes régions et par le niveau fédéral. Les autorités doivent éviter un nouveau cafouillage en la matière, et un dispositif différent en fonction des régions ne ferait qu'accentuer l'organisation des soins et de l'aide. Cette campagne pourrait sensibiliser certaines familles peu impliquées à la nécessité de maintenir les contacts avec les proches hébergés en MR-MRS. Enfin, elle permettrait sans doute également aux personnes jusqu'ici réticentes au respect des mesures de confinement, de mieux en comprendre les raisons et de manifester ainsi leur solidarité.

À court et moyen terme, l'amélioration de l'image des résidents et des soignants en MR-MRS est vraiment importante pour le bien-être des résidents, leurs familles et les professionnels, ainsi que pour tout le secteur.

6. La situation des maisons de repos flamandes à Bruxelles

La question émanait du cabinet de Monsieur le Ministre Maron et concernait donc les MR-MRS bruxelloises. Or, il se trouve 8 maisons de repos (WZC) à Bruxelles, qui sont reconnus par la Flandre. Ces 8 maisons de repos demandent avec insistance que le cabinet de Monsieur le Ministre Maron puisse s'accorder également avec la région flamande pour ce qui est des bonnes idées et de suivre une stratégie qui soit articulée – dans la mesure du possible – à celle menée en Flandre. Quelques-unes de ces pratiques.

- Scénario pour des soins intermédiaires en Flandre: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#64a15579-3339-47b2-ab2a-0673bb109fc4>
- Soins de cohorte à domicile: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cohortzorg-in-thuiszorg> (les demandes à propos de ce modèle sont très nombreuses)
- Soins résidentiels: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/10-puntenplan-voor-residenti%C3%ABle-voorzieningen>
- www.vivelverbindt.be

7. Continuer à développer des soins de qualité au sein des MR-MRS après la crise du Covid-19

Comment contribuer à l'amélioration des soins de qualité et à la qualité de vie des résidents dans les MR-MRS après la crise du Covid-19, à partir d'une perspective organisationnelle ? **Le secteur a positivement évolué au cours des 30 dernières années et il convient de le reconnaître.** Néanmoins, toute crise a le potentiel de jouer le rôle de révélateur par rapport au fonctionnement du système mis en place pour les résidents. La crise du Covid-19 n'échappe pas à cette règle

1. Une fois la crise passée, il sera intéressant de repenser sérieusement l'accompagnement de la santé mentale des aînés en structure résidentielle comme à domicile. Depuis de nombreuses années, la Ligue Bruxelloise de Santé mentale « milite » en ce sens, en y incluant la réflexion autour de la future réforme des projets 107 concernant les personnes âgées. La ligue dispose d'ailleurs d'une coordination personne-âgée.
2. Plusieurs psychologues ont proposé de mettre leurs services au profit des résidents des MRS. Le constat de ces intervenants est que malgré leur mise à disposition, les demandes sont peu nombreuses, ce qui tendrait à montrer que le facteur financier n'est pas le seul en cause pour expliquer le peu de psychologues présents dans les MR-MRS.
3. La crise actuelle est une opportunité pour introduire les psychologues de première ligne dans les MR-MRS. Notons que l'INAMI octroie à présent une intervention pour les prestations au-delà de 65 ans. De plus, la région wallonne vient de décider des mesures complémentaires (près de 20 millions€) pour le soutien psychologique des résidents et des soignants via la Santé Mentale, 141 psychologues vont pouvoir intervenir en MR-MRS.
4. LUCAS et le centre d'expertise WVG ont appuyé les autorités flamandes, afin de développer des indicateurs de qualité pour les MR-MRS en Flandre (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/campagnes-en-projecten/woonzorgcentra/kwaliteitsindicatoren-voor-woonzorgcentra-vip%C2%B2>). Une initiative similaire est en cours auprès de la PAQS <https://www.paqs.be/fr-BE/Accompagnement/MR-MRS>
5. Les manuels de LUCAS décrivent quelques principes généraux concernant les soins aux personnes âgées présentant une démence. L'élaboration des indicateurs de qualité suivent une approche centrée sur les aspects psychosociaux de la personne (Kitwood, 1997), en accordant une attention particulière à la relation soignant-soigné (cadre de référence Dely et al., 2018)/ <https://www.dementie.be/themas/referentiekader/algemeen>).

Pour dispenser des soins de qualité, cette relation de soins doit comprendre 6 aspects fondamentaux:

- Changer le regard à propos de la maladie, de manière à ce que la personne vienne *avant* la maladie
- Normaliser ou 'aussi normal que possible' (en matière d'environnement, structuration de la journée, activités quotidiennes, etc.)
- Autonomie et implication lors de la prise de décision (si possible), en toute tranquillité (lorsque c'est nécessaire)
- Des soins bien centrés sur les objectifs de la personne, même lorsque le comportement est difficile à gérer, traduit dans un plan d'accompagnement personnalisé, sur base d'un dossier comprenant des informations centrées sur la personne vue dans sa globalité (terrain et habitudes socioculturelles, souhaits et envies)
- Collaboration avec les proches et les aidants proches
- Professionnels disposant de compétences et connaissances spécifiques à la démence et une approche authentique, centrée sur la personne vue dans sa globalité.

Dans ce cadre, la responsabilité des autorités consiste à veiller à ce que les structures et processus dans les MR-MRS facilitent au mieux des aspects relationnels et l'approche globale des personnes vivant avec une démence.

6. Au même titre que LUCAS, la PAQS propose de soutenir certaines actions, notamment pour les actions suivantes :
 - a. Interactions entre résidents :
 - Organisation et soutien des comités de résidents
 - Évaluation de la satisfaction et des besoins
 - Organisation d'une plateforme d'échanges de bonnes pratiques, de webinaires, de capsules vidéo
 - b. Recueil de bonnes pratiques pour les rencontres entre résidents et familles/proches, et soutien à la mise en œuvre, à l'évaluation et à l'amélioration continue
 - c. Formation continue, notamment pour l'hygiène (bonnes pratiques, e-learning, affiches, ...)
 - d. Pour après la crise
 - i. Identification d'indicateurs qualité, soutien à la récolte et au suivi de ceux-ci, et mise en œuvre d'actions d'amélioration (cité dans le texte)
 - ii. Travail sur la sécurité des résidents, et des familles/proches
 - e. Projet de vie
7. Un pan de littérature vante les mérites du « culture change ». L'idée générale est que les institutions actuelles ressemblent avant tout à un hôpital (lieu de soin) où accessoirement les personnes âgées vivent. Or, de nombreuses études suggèrent que plus une structure ressemble à un hôpital, moins bien les gens se portent. Le « culture change » est l'idée que la structure doit avant tout ressembler à un lieu de vie (comme à la maison) où accessoirement « certaines » personnes âgées sont soignées. Retourner les choses dans ce sens change complètement l'organisation et les modalités d'accompagnement du vieillissement. A noter que dans le secteur du handicap en Belgique, on est clairement plutôt dans ce type d'approche (personnel en civil, plus petites structures à taille humaine, décoration « comme à la maison » ou à tout le moins nettement moins mode hôpital »).

La question que nous posons est donc celle-ci: Comment pouvons-nous réaliser ceci après la période du Covid-19, tout en se protégeant des virus ?

Il est donc nécessaire de développer une vision forte, ainsi que des lignes directrices claires pour les institutions. Peut-être est-ce le moment d'interagir avec d'autres secteurs, tel le secteur de la jeunesse et du handicap, qui se posent des questions similaires.

Enfin, la situation de l'accompagnement des résidents dans les MR-MRS et les leçons à tirer pour la période post-crise évoque avec force l'adéquation de la formation initiale des professionnels (surtout de la santé). Alors que la population de personnes âgées de plus de 65 ans forme la majorité de la patientèle pour la quasi-totalité des professionnels, la partie dévolue lors de la formation de base varie de 0% à 10% selon les études. Les professionnels sont donc, sauf exceptions heureuses, amenés à soigner des gens sans grande qualification pour leur offrir les soins auxquels ils ont droit. Dans une formation pour direction de MRS, 1/3 de la formation, concerne la gestion financière, 1/3 la législation et règles/normes, et 1/3 la gestion des ressources humaines. Sans une formation adéquate quant à la spécificité de l'accompagnement de la personne âgée, en réponse à son projet de vie et ses objectifs de vie individuels, comment penser le projet institutionnel de façon adaptée ?

8. Références bibliographiques

1. Prompetchara E, Ketloy C, Palaga T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2020;38(1):1–9.
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A Longitudinal Study on the Mental Health of General Population during the COVID-19 Epidemic in China. *Brain Behav Immun.* 2020;
3. Vandembroucke S, Vermeulen B, Maggi P, Delye S, Gosset C, Lebrun J-M, et al. Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique. 2012;
4. Jansson AH, Muurinen S, Savikko N, Soini H, Suominen MM, Kautiainen H, et al. Loneliness in nursing homes and assisted living facilities: prevalence, associated factors and prognosis. *J Nurs Home Res.* 2017;3:43–9.
5. Pitkala KH. Loneliness in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc [Internet].* 2016 Aug 1;17(8):680–1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.007>
6. Rocchiccioli JT, Sanford JT. Revisiting geriatric failure to thrive: a complex and compelling clinical condition. *J Gerontol Nurs.* 2009;35(1):18–24.
7. Mezuk B, Edwards L, Lohman M, Choi M, Lapane K. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(9):879–92.
8. Christen-Gueissaz E. Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi au quotidien. Seli Arslan; 2008.
9. Ampe S, Sevenants A, Coppens E, Spruytte N, Smets T, Declercq A, et al. Study protocol for 'we DECide': implementation of advance care planning for nursing home residents with dementia. *J Adv Nurs.* 2015;71(5):1156–68.
10. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: policy vs. practice. *J Adv Nurs.* 2016;72(3):569–81.
11. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: influence of 'we DECide' on policy and practice. *Patient Educ Couns.* 2017;100(1):139–46.
12. Goossens B, Sevenants A, Declercq A, Van Audenhove C. Improving advance care planning for people with dementia in nursing homes: 'we DECide optimised.' In: Poster presentation-26th Alzheimer Europe Conference, Date: 2016/10/31-2016/11/02, Location: Copenhagen. 2016.
13. Goossens B, Sevenants A, Declercq A, Van Audenhove C. 'We DECide optimized'-training nursing home staff in shared decision-making skills for advance care planning conversations in dementia care: protocol of a pretest-posttest cluster randomized trial. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):33.
14. Goossens B, Sevenants A, Declercq A, Van Audenhove C. Improving shared decision-making in advance care planning: Implementation of a cluster randomized staff intervention in dementia care. *Patient Educ Couns.* 2019;
15. Van Audenhove C, Sevenants A, Rombouts W, Laevens P. Vroegtijdige zorgplanning in de woonzorg. Kiezen in overleg. Brussel: Politeia Uitgeverij; 2019.
16. Missotten P, Yliff M, Etienne A-M, Adam S, Dupuis G. L'Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour Personnes Agées (ISQV-65+©): premiers éléments de validation. *Rev Francoph Clin Comport Cogn.* 2012;17(1):69–82.

9. Annexe I :les personnes consultées

Profil	Personnes contactées avant le 17/04	Personnes contactées après le 17/04
Brusselse Huisartsenkring - BHAK		Vincent Janssens Nathalie Van Beylen
BRUZEL/Huis voor Gezondheid		Annick Dermine
Cercles bruxellois		Christophe Barbut
Chaire de la première ligne	Emily Verté*	
	Jean Macq*	
	Thérèse Van Durme*	
CPAS Bxl	Marie-Christine Piron	
	Jean-Marc Rombeaux	
Des représentants de personnes âgées	Stéphane Adam*	Marie Bourcy (Alzheimer Belgique)
Ergothérapeutes		Bénédicte Vanden Hove Olivier Ferrali
Ethicienne	Cécile Bolly*	
Expert en soins palliatifs	Vandennoortgate Nele*	
Fondation Roi Baudouin	Bénédicte Gombault*	
Infirmiers		François Trufin (cadre de santé dans 3 MR-MRS à Bruxelles-Namur et Antwerpen) Olivier Gendebien (MRS)
Infor Home/Home Info	Amandine Kodeck	Myriam Bodart
Ligue Bruxelloise pour la santé mentale		Yahyâ Hachem Samii Sylvie Veyt
Kenniscentrum Woon & Zorg	Olivia Van Mechelen*	
la Fédération des médecins coordinateurs et conseils (AFRAMECO)	Jean-François Moreau*	
		Michel Hanset
La LUSS		Fabrizio Cantelli Sophie Guisen
VPP		Ilse Weeghmans
LUCAS	Chantal Van Audenhove	
	Anja Declercq	
DUMG de l'ULiège	Jean-Luc Belche	
Organisations faitières	Denis Herbaux* (Santhéa)	Bernadette vanden Heuvel (Zorgnet ICURO) Lien Van Malderen (Zorgnet ICURO) Christian Dejaer (GIBBIS)
Psychologues		Nathalie de Wouters (ReSanté-Vous) Laurence Ruscart (Espace Zia)
PPLB	Paul De Munck*	
SBGG	Marie de Saint-Hubert*	Nicolas Berg (Espace Séniors)

Tableau 1. Personnes contactées pour cet avis. Les personnes dont le nom est repris avec un astérisque étaient présents lors de la réunion du 17 avril 2020.

10. Annexe 2

Dans l'utilisation de la technologie tablette ou autre, il est possible de réaliser des capsules vidéo sont des petits enregistrements vidéos de quelques secondes ou minutes réalisés en mode « selfie » ou avec l'aide d'une autre personne qui s'occupe de filmer. Ces vidéos sont réalisées via un smartphone, une tablette ou une webcam. Le principe est, plutôt que de prendre une photo, d'enregistrer une information vidéo de quelques secondes à plusieurs minutes. Cet enregistrement peut inclure simultanément plusieurs membres de la famille (enfants, petits-enfants, etc.) qui communiquent de façon humoristique/positive un message au résident (ex : « Mamy, tu as vu comme je jongle bien ! » ; « Mamy tu as vu ma nouvelle chambre ! » ; « Papy, je t'aime et je pense bien à toi ! » ; « Moi, pour le moment, je fais un peu de bricolage dans la cuisine comme tu peux voir » ; « Papa, je dois repeindre le mur de ma cuisine mais je ne sais pas trop bien quel enduit mettre ni quelle peinture choisir ... » ; « Papa, je viens de retomber sur la vidéo du premier concert de Queen que nous avons été voir ensemble, c'était génial ... ; c'est grâce à toi que j'ai découvert ce groupe ».



Il convient de veiller à ce que l'inverse soit possible ; à savoir effectuer des capsules vidéo à l'intention des proches. Plus concrètement, il s'agit de filmer avec un smartphone une réponse du résident à destination de ses proches, ou plus simplement un message que le résident souhaite leur transmettre. Si le résident est désorienté ou présente des difficultés d'expression verbale, un professionnel peut filmer le résident dans une situation de la vie de tous les jours (un repas, une activité, etc.) et faire suivre cette

séquence à la famille.

Les avantages sont multiples. Le plus important est que c'est plus facile à gérer du point de vue organisationnel comparativement à l'appel vidéo en direct. Les capsules vidéo réalisées par les proches peuvent être envoyées par e-mails, WhatsApp (ou autre application; le dispositif pouvant varier selon les institutions et les facilités de chacun) et idéalement centralisées sur un ordinateur de la MR-MRS. Les vidéos peuvent alors être automatiquement activées d'une tablette au moment décidé par la structure en fonction de la disponibilité des professionnels, du résident et du matériel (ex : une vidéo peut être reçue le matin et diffusée l'après-midi ou le lendemain selon les circonstances du moment). De même, les capsules vidéo réalisées par les professionnels peuvent être envoyées par e-mails, WhatsApp (ou autre application/dispositif) aux proches.