

Note de discussion et recommandations

Institutions de soins pour personnes âgées

CIM Santé publique 8 avril 2020

Introduction

Dans le cadre du RMG, un premier groupe de travail (Comité Hospital & Transport Surge Capacity) a été mis en place pour coordonner les activités au niveau des hôpitaux et des services d'ambulances. Un second groupe de travail (Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity, Comité POCSC) a été constitué afin de donner avis sur les secteurs qui interviennent en amont ou en aval des hôpitaux (médecins généralistes, soins infirmiers à domicile, structures intermédiaires à mettre en place pour la prise en charge de patients COVID-19 qui n'auraient plus (ou pas) besoin d'une hospitalisation, maisons de repos / et de soins, ...).

Un groupe de travail plus opérationnel, le « Outbreak Management Group, OMG » a également été mis en place suite à la décision du RMG du 20 mars 2020. Il rassemble les entités en charge de collectivités résidentielles (maisons de repos et de soins, institutions pour personnes handicapées, centres d'accueil de Fedasil, etc.) et est coordonné par la DGGS. La mission du groupe est de suivre et de limiter l'épidémie COVID-19 dans ces structures.

Les objectifs du groupe sont :

- l'harmonisation de la collecte de données et analyse journalière de la situation tant au niveau régional qu'au niveau national afin d'orienter les mesures à prendre ;
- le soutien des entités en charge des collectivités résidentielles par la mobilisation des moyens nécessaires et la mise en œuvre de stratégies appropriées en vue de parvenir aux objectifs fixés.

Cette note reprend les analyses et recommandations principales relatives aux MR/MRS émises par le Comité POCSC et l'OMG, en vue de soutenir un maximum les acteurs de terrain.

Populations particulières

Le profil des résidents des MR/MRS constitue une particularité qui les différencie significativement des patients hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire. Les approches/solutions proposées en vue de contenir la crise COVID-19 doivent en tenir compte (type de masques, hygiène des mains, hygiène de la toux, etc.).

Problèmes et pistes identifiés

1. Dépistage

Jusqu'à présent, le nombre très restreint de tests diagnostiques autorisés ne permettait pas l'écartement du personnel ou l'isolement efficace des résidents contagieux des autres, non encore infectés. De ce fait, la propagation se poursuit. **L'élargissement du dépistage** (soutenu par la plate-forme des hôpitaux académiques qui s'engage à accroître les capacités des analyses de laboratoire) est initié par une phase pilote à concurrence de 20.000 tests en maisons de repos, pour tout le pays. L'objectif est de quantifier la problématique COVID-19 tant pour les résidents que pour le personnel. Le RAG a fourni un avis, approuvé par le RMG, concernant le personnel asymptomatique ayant un test positif. Au cours de l'IMC du 6 avril

2020, décision a été prise d'étendre progressivement le dépistage à tous les résidents et tout le personnel des MR/MRS. Une attention devra être portée :

- à la disponibilité des PPE : parallèlement à la stratégie de dépistage, il faut assurer que le matériel de protection nécessaire à la mise en œuvre des conséquences du dépistage soit fourni aux MR/MRS ;
- à la nécessité de tester à nouveau le personnel ayant des tests négatifs.

Les membres de la CIM s'engagent à collaborer pour élaborer et assurer le suivi d'une politique commune et cohérente en matière de tests et reconnaissent la priorité à accorder, dans ce domaine, au secteur des maisons de repos.

2. PPE

Des commandes de PPE ont été réalisées à différents niveaux. Il a été décidé dès le 25 mars en IMC de mettre en place une gestion centralisée du matériel, en vue d'une redistribution équitable sur tout le territoire national et d'un financement afférent. Afin d'obtenir une répartition transparente du matériel, **chaque niveau de pouvoir s'est engagé à fournir pour le 7 avril les informations exactes et complètes du matériel commandé, livré et distribué.**

Il est clair que le matériel de protection (masques, tabliers, etc.) reste insuffisant dans les MR/MRS. Celui-ci sert d'une part à protéger le personnel soignant par rapport aux résidents isolés ou cohortés et d'autre part à limiter la contamination à partir des résidents COVID-19. A la demande du Cabinet de la Ministre De Block, un sous-groupe du RMG est chargé d'actualiser les recommandations sur l'utilisation des masques buccaux. Compte-tenu de la pénurie, il est important que ces recommandations soient respectées par les professionnels.

3. Pénurie de personnel

Force est de constater que dans certaines MR/MRS le personnel se porte absent pour cause de maladie, par manque de matériel de protection ou par anxiété.

Le RMG a approuvé la recommandation du RAG concernant les membres du personnel asymptomatiques mais ayant un test positif (setting hospitalier ou setting MRS). Un confinement à domicile de 7 jours est conseillé. Si toutefois il y a pénurie de personnel, le professionnel peut travailler dans une unité COVID-19 à condition d'être équipé du matériel de protection (masque chirurgical, gants, tablier, lunettes, visière) adéquat et d'appliquer les règles d'hygiène des mains.

Il faudrait prévoir un **soutien psychologique du personnel** qui travaille dans des circonstances parfois difficiles.

En outre, suite à la demande de permettre davantage de **prestations par les étudiants**, un projet d'arrêté de pouvoir spéciaux a été rédigé prévoyant de neutraliser les prestations réalisées au cours du second trimestre 2020 dans le quota maximum d'heures pouvant être prestées en base annuelle.

4. Emergence de foyers de contamination

Un nombre important de MR/MRS a déjà notifié au moins deux cas de COVID-19 parmi leurs résidents (plus d'un tiers en Wallonie, env. 40% en Flandre, plus de 50% à Bruxelles).

Le personnel malade et absent représente une contrainte d'autant plus forte qu'elle s'exerce sur les structures déjà en difficulté. Ces dernières peuvent faire appel **au soutien graduel que les entités fédérées ont mis ou mettent en place.** Il s'agit en premier lieu d'un soutien téléphonique à deux niveaux (informations générales et expertise technique) pour la gestion des clusters. Les MR/MRS peuvent ensuite

faire appel **aux volontaires** qui se sont inscrits pour remplacer les capacités logistiques ou techniques (nursing, soutien psychologique...) manquantes. Enfin, **des équipes mobiles (MSF/AZG)** sont organisées afin d'apporter in situ des conseils pratiques et idoines. Ceci requiert des **formations**, du **matériel de protection** et une **couverture d'assurance** pour les volontaires.

Un coaching des équipes de soins et des directions – comme réalisé par les équipes mobiles de MSF/AZG – a prouvé jouer un rôle important et a permis une **meilleure application des règles d'hygiène** et d'**organiser correctement l'isolement ou le cohortage** des résidents contaminés. MSF/AZG s'est engagé à s'investir encore plus aux côtés des MR/MRS.

5. Soutien spécialisé aux MR/MRS

Sur la base des règles existantes, l'hôpital, via sa **fonction de liaison externe du programme de soins de gériatrie**, doit pouvoir offrir un maximum de soutien aux MR/MRS s'il s'agit d'un patient qui quitte l'hôpital pour retourner en MR/MRS, mais également pour garantir la continuité et pour aider les MR/MRS à implémenter des pratiques adéquates vis-à-vis des patients gériatriques. Les MR/MRS pourraient aussi se tourner vers l'hôpital avec le(s)quel(s) elles ont des accords de collaboration en cas de besoin plus important sur une question gériatrique (ce qui pourrait, par exemple, se faire via contact entre le médecin coordinateur et conseiller de la MRS et le médecin responsable de l'équipe gériatrique de l'hôpital). Ceci, cependant, restera sans doute des conseils portant sur la prise en charge gériatrique plus que sur la gestion du COVID-19.

A l'instar du soutien fourni par la liaison externe en gériatrie, les équipes d'hygiène hospitalière ou de soins spécialisés (usage de concentrateurs d'oxygène, ...) peuvent soutenir les MR/MRS. Des initiatives ad hoc sont déjà menées en fonction des possibilités des hôpitaux. **Le personnel hygiéniste des hôpitaux devrait être invité à collaborer avec la fonction de liaison externe pour apporter sa propre expertise dans la démarche de soutien aux MR/MRS.** Par ailleurs, il est proposé aux entités fédérées d'examiner dans quelle mesure **un soutien des équipes palliatives ambulatoires** pourraient également apporter un renfort aux personnel des maisons de repos en prodiguant des conseils adaptés au contexte de la crise COVID-19.

6. Médicaments

Face à la demande du secteur de pouvoir disposer d'un minimum de stock de produits pharmaceutiques qui, pour cause de pénurie, ne sont pas faciles à trouver en officine publique, l'AFMPS propose que le MCC (médecin coordinateur et conseiller) se constitue **un stock minimal (à raison de 1 boîte de Scopolamine 10 x 0,5 mg/1 ml, 1 boîte de Midazolam 15mg/3ml et une boîte de Morphine 10mg/1ml)** afin d'assurer une prise en charge adéquate des patients COVID-19 en maison de repos (ces médicaments étant parfois nécessaires de façon urgente en raison d'une dégradation rapide de l'état de santé de certaines personnes). Les médicaments cités seront reconnus comme nécessaires dans la 'trousse' du MCC et **l'agence des médicaments autorisera, à titre exceptionnel, que ces médicaments soient stockés au sein de l'institution, pour autant qu'ils soient mis sous clef dans un local accessible seulement au personnel qualifié** (direction, infirmier en chef, médecin ou autre personne désignée formellement par la direction). Ceci suppose, d'une part, qu'un registre soit tenu par l'établissement, indiquant le stock, les quantités et dates d'administration et, d'autre part, que toute perte ou vol soit signalé à l'agence des médicaments. Les entités fédérées sont invitées à examiner comment, dans le cadre du financement du MCC, elles peuvent intervenir dans l'achat de ce 'stock minimum', du fait qu'il ne pourra pas être facturé au nom d'un patient

La question de la **mise à disposition d'oxygène** dans les maisons de repos est, quant à elle, encore à l'examen.

7. Communication

Sciensano rassemble sur un site web dédié l'ensemble des procédures d'application dans le cadre de la crise COVID-19. Une procédure destinée aux collectivités résidentielles y est publiée, qui toutefois, ne s'applique pas toujours bien aux MR/MRS en raison des caractéristiques des résidents (forts dépendants dans les actes de la vie journalière ou souffrant de démence). Pour celles-ci, **les entités fédérées ont élaborées et publient chacune leurs propres procédures**, régulièrement mises à jour.

Sciensano centralise des données issues de la notification des cas COVID-19 dans les MR/MRS (et dans les autres collectivités résidentielles). Ces données proviennent de différentes sources. Néanmoins, **une plus grande harmonisation possible dans les données rapportées est recherchée, afin d'obtenir des résultats comparables, autorisant une interprétation commune** et, dès lors, facilitant la prise de décision au niveau de la CIM.

Un rapport journalier confidentiel sera fourni à l'OMG. Une sélection de ces résultats sera utilisée pour un rapport journalier et un rapport hebdomadaire plus global qui seront transmis :

- au Cabinet de la Première Ministre
- au Cabinet de la Ministre fédérale de la Santé publique
- aux autorités et administrations régionales en charge de la santé (Cabinets, Zorg en Gezondheid, AViQ, CCC, Ostbelgien)
- au Comité scientifique
- aux gouverneurs provinciaux.

Actuellement, et notamment par les restrictions antérieures en matière de tests des patients hors hôpital, il est difficile d'avoir des données précises concernant les décès liés au coronavirus en maisons de repos.

Le secteur des maisons de repos héberge de l'ordre de 140.000 personnes et on constate que la durée moyenne de séjour est de l'ordre de 3 ans. Cela signifie que, en moyenne, chaque mois, environ 3.880 résidents de maisons de repos décèdent (même si une partie d'entre eux décèdent à l'hôpital), soit plus d'une centaine par jour. Avec la stratégie d'extension du testing, il devrait être davantage possible de mesurer l'impact réel de la crise sanitaire actuelle.