

Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn
Brussel



Observatoire
de la Santé et du Social
Bruxelles



Avec la collaboration de :



WELZIJN
WONEN
ZORG



École de
Santé Publique
de l'ULB

L'ÉPREUVE DU COVID EN MAISON DE REPOS (ET DE SOINS) EN RÉGION BRUXELLOISE

Une étude qualitative auprès des professionnels,
des résidents et de leurs proches
RAPPORT DE SYNTHÈSE

Sous la direction de
SYLVIE CARBONNELLE

Avec **AMANDINE KODECK, CÉLINE MAHIEU, OLIVIA VANMECHELEN**



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn
Brussel



Observatoire
de la Santé et du Social
Bruxelles

L'ÉPREUVE DU COVID EN MAISON DE REPOS (ET DE SOINS) EN RÉGION BRUXELLOISE

**Une étude qualitative auprès des professionnels,
des résidents et de leurs proches**

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Sous la direction de
SYLVIE CARBONNELLE

Avec AMANDINE KODECK,
CÉLINE MAHIEU,
OLIVIA VANMECHELEN

PARTENARIAT DE RECHERCHE

Co-contractants :

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl

Sylvie CARBONNELLE

Coordination générale, recherche et rédaction du rapport

(excepté le volet relatif aux médecins MCC et MG)

sylvie.carbonnelle@ulb.be

Coordination Infor-Homes/Home-Info asbl

Amandine KODECK et Ivan DE NAEYER

Collaborations :

Centre de recherche Approches Sociales de la Santé (CRISS), ESP-ULB

Céline MAHIEU

Enquête auprès des médecins, rédaction de ce volet

Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg

Olivia VANMECHELEN

Enquête dans les institutions de la Communauté flamande (WZC)

L'Observatoire de la Santé et du Social est le commanditaire du rapport.

Mise en page : Idealogy

Traduction : Traduction interne (Direction Traduction d'Iriscare)

Pour plus d'informations :

Observatoire de la Santé et du Social

Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune

rue Belliard 71, boîte 1 - 1040 Bruxelles

<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Pour lire et citer le rapport complet :

Carbonnelle S. (dir.), Kodeck A., Mahieu C., Vanmechelen O. L'épreuve du Covid

en Maison de repos (et de soins) en Région bruxelloise. Une étude qualitative auprès

des professionnels, des résidents et de leurs proches. Observatoire de la Santé et du Social

de Bruxelles-Capitale. 2023. Disponible via : *<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/>*

[publications/rapports-externes](https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/rapports-externes)

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands.

01

Introduction

Les maisons de repos (et de soins) ont été fortement impactées par l'épidémie de Covid depuis le début de l'année 2020, une situation sanitaire reconnue comme inédite, en raison de sa gravité et de sa complexité. Ce secteur a particulièrement souffert et a connu de nombreux bouleversements. Si plusieurs études précédentes ont apporté un éclairage sur la situation de l'accompagnement et des soins résidentiels aux personnes âgées dans ce contexte épidémique, notamment eu égard à la spécificité des publics accueillis, à des facteurs organisationnels ou liés aux politiques de santé, aucune en Région bruxelloise ne s'était encore focalisée sur le vécu des principaux acteurs concernés, à savoir les professionnels, les résidents et leurs proches, ni à leur « donner la parole ».

Cette étude répond à un **double objectif**. D'une part, **rendre compte de l'expérience de la crise** de ces trois types d'acteurs : à quelles situations ont-ils été confrontés, à quelles difficultés ont-ils dû faire face ?, qu'est-ce qui a constitué un « support » , qu'est-ce qui leur a permis - ou pas - de résister ? -, de quelle manière leur vie - vie professionnelle, familiale, personnelle, voire le sens de leur vie - en a été affectée. D'autre part, dégager un bilan de la crise fondé sur le croisement de ces perspectives-expertises afin de **formuler des pistes d'amélioration** et/ou de changement dans les pratiques, susceptibles de permettre aux

maisons de repos (et de soins) d'être mieux outillées et préparées dans le futur. Si cette crise a été le révélateur d'un manque de moyens, de lacunes, de défaillances, elle a aussi mis en lumière certaines limites du modèle institutionnel actuel au regard des attentes sociétales en matière d'accompagnement des personnes avançant en âge et ouvert le champ de nouveaux possibles.

Le rapport de recherche se présente en quatre parties, brièvement présentées ici sous forme d'aperçu. La première est consacrée à la **crise vécue par les professionnels**. Elle aborde cette épreuve selon quatre moments significatifs, suivant en cela le récit qu'ils en ont produit : le temps du désordre, le temps de la réorganisation, le temps de la réouverture et le temps du bilan personnel. La deuxième traite de l'**expérience des familles et des proches** en mettant au jour les éléments qui ont contribué à leurs vécus contrastés. La troisième partie donne la **parole aux résidents**, dont l'expérience, elle aussi hétérogène, a été déployée à partir des trois formes d'épreuve typiques qu'ils nous ont donné à entendre. Enfin, le dernier chapitre « **Penser le futur** » dégage, sous forme de points de vigilance, les principaux enseignements tirés de l'expérience de tous les acteurs rencontrés. Il ne s'agit pas à proprement parler de recommandations, mais de pistes visant à améliorer l'accompagnement institutionnel des personnes vieillissantes.

Déroulement de l'étude et méthodologie

La recherche a combiné plusieurs **méthodes qualitatives** complémentaires : 104 **entretiens semi-directifs** menés dans 11 MR.S et 2 WZC (woonzorgcentra) de différentes communes et relevant des trois secteurs public, privé commercial et non-lucratif¹, 2 **focus-groupes** avec des 'proches' de résident.e.s et 1 **atelier-scénarios** rassemblant 10 « témoins privilégiés » du secteur MR/MRS. Elle s'est déroulée en plusieurs phases sur une durée de 16 mois, d'avril 2021 à octobre 2022, la phase d'entretiens ayant eu lieu principalement entre juillet et décembre 2021.

1. 50 professionnels travaillant en MR.S-WZC dont 14 directions, 17 soignant.e.s, 5 paramédicaux, 14 non soignant.e.s, 13 médecins, 34 résident.e.s et 7 'proches' (cf. rapport Annexes Tableau 2. Répartition par profil).

03

La crise sanitaire vécue par les professionnels

Le **premier moment**, 'une situation de chaos', décrit en profondeur la sidération, le désarroi et l'effroi face aux informations médiatiques et aux premiers signes de la présence du virus dans les institutions (symptômes inhabituels, décès fulgurants, etc.). Bien que les professionnels de maisons de repos, soignants comme non soignants, soient régulièrement confrontés à la mort, c'est son caractère brutal, l'ampleur du phénomène, l'incapacité de soulager et de venir en aide aux résidents, ni pour certains de les faire hospitaliser, qui outre un manque de moyens de protection contribuent à comprendre leur sentiment d'impuissance, d'échec, de déroute. Nombreux expriment la détresse de s'être sentis seuls à gérer une situation à laquelle ils ne s'estimaient pas préparés, évoquent un véritable « *parcours du combattant* » et un « *règne de la débrouille* ».

Le **second moment**, 'composer avec le virus et s'adapter', se concentre sur la réorganisation à différents niveaux des maisons de repos (et de soins). Travail - soins, repas, activités -, espaces, communication interne, confinement des résidents, accompagnement en fin de vie, contacts avec les familles : tout ce qui fait le quotidien de ces institutions, leur routine, a été modifié. Cela a constitué tout à la fois un temps de tâtonnements, d'essais-erreurs, de « *bricolage* », mais aussi un temps d'inventivité. Certains déclarent s'être sentis portés par un sentiment de solidarité et d'entraide, par les mobilisations multiples et les soutiens publics dans la cité, tels que les « *félicitations aux fenêtres* » ou l'aide reçue de bénévoles et de familles qui apportaient des repas, par exemple.

Néanmoins, alors que nombre d'institutions défendent la notion de « lieu de vie » dans leur

projet institutionnel, et s'attellent à être ouvertes sur l'extérieur, loin de l'image négative de prison qui leur est parfois attribuée, leur fermeture a été perçue par la plupart des professionnels comme un anti-modèle. Avec le recul, si la plupart des directions ou responsables de soin estiment avoir fait ce qu'il fallait faire, respecté les mesures à la lettre, voire les avoir étendues, d'autres considèrent a posteriori avoir été trop stricts, étant donné leurs effets collatéraux (accompagnement « *déshumanisé* » - en particulier en fin de vie -, effets délétères sur les résidents, soins funéraires malmenés ou empêchés,...) et en appellent à étendre la réflexion en matière d'éthique et de droits humains, spécifiquement en situation épidémique.

Plusieurs maisons de repos ont été fortement soutenues par leur médecin coordinateur, de même que par les médecins généralistes des résidents. La bonne collaboration avec les uns et les autres est apparue comme un facteur particulièrement important pour pouvoir faire face au virus : organiser les tests, suivre l'évolution de la situation, mettre en place les mesures de confinement et d'isolement, répondre aux questions des équipes, diffuser des formations par internet, effectuer les demandes d'hospitalisation, etc. Leur présence ou un contact régulier quand cela a pu être le cas ont maintes fois été soulignées par des directions et des soignants reconnaissants d'avoir pu compter sur leur aide, d'avoir pu « faire équipe ».

Quelques maisons de repos ont néanmoins été confrontées à une mise en retrait ou une défection des médecins, parfois des médecins âgés qui craignaient probablement pour leur santé. Par contraste, certains généralistes regrettent que des maisons de repos ne leur aient plus donné

accès, leur aient « *fermé la porte* », les percevant, au même titre que toute personne extérieure, comme des vecteurs de contamination.

Le **troisième moment**, 'réouvrir et tenir dans la durée' est celui des nouveaux défis. Il s'agissait alors de renormaliser la vie dans les maisons de repos (et de soins) en composant avec le virus. La plupart du personnel non soignant a été affecté à de nouvelles tâches : organiser les espaces de rencontre, les rendez-vous, accueillir les visiteurs, amener les résidents, vérifier le respect des gestes barrière, désinfecter le mobilier, contrôler le temps, répondre aux questions et inquiétudes, voire aux récriminations des proches, réceptionner du linge ou autres effets personnels, etc. Bien que cette période ait été vécue sur le mode du soulagement pour les professionnels, les résidents et leurs proches, elle en a cependant été génératrice de frustrations, d'aménagements délicats avec les familles qui se montraient rétives au respect des règles fixées. Si ce moment était donc vivement attendu, la mise en place des visites s'est avérée éreintante, tant d'un point de vue organisationnel, qu'en termes de charge de travail et de charge mentale. Une directrice dira à ce sujet : « *Les politiques ne se rendent pas compte des implications sur le terrain !* ».

Enfin, le **quatrième moment** est celui du bilan. Si la majorité reste abasourdie par le bouleversement engendré par la crise Covid au niveau des pratiques et du sens de l'accompagnement, d'autres se réconfortent à l'idée d'avoir pu contribuer à maintenir l'institution à flot et les résidents en vie. Sentiment de réussite et sentiment d'échec coexistent dans les différents discours des professionnels et sont même parfois étroitement noués dans un même entretien.

Les uns se montrent ainsi plutôt satisfaits du travail accompli étant donné les difficultés qu'ils ont dû affronter et les moyens qui ont été les leurs. Avoir pu limiter les décès, avoir pu prendre soin des résidents restés en vie malgré

les innombrables contraintes, avoir contribué à ce que leur institution puisse continuer à fonctionner sans « *couler* », avoir « *fait équipe* », avoir affronté l'épreuve ensemble, font partie des diverses déclinaisons de ce sentiment de réussite.

En contrepoint de ce discours, d'autres professionnels restent affligés par un état de sidération, un sentiment de défaite, un découragement, un épuisement intenses. La crise a trop duré pour eux, ils n'en voient pas la fin, ils ont épuisé leurs ressources, ils expriment leur douleur, leur détresse, leur désenchantement professionnel : « *Les blessures sont là et ne sont pas encore refermées* » dira une infirmière cheffe. Elle retient le sentiment d'impuissance face au nombre de cas, la brutalité des mesures en matière de fin de vie qui ont mis à mal ses valeurs, et enfin la violence qui a, selon elle, été générée par cette crise : ne pas pouvoir accompagner les résidents comme elle l'aurait souhaité, être confrontée à leur souffrance, à la colère des familles,... Elle observe par ailleurs dans son institution que les équipes sont à bout, qu'elle ne parvient pas à « *faire redécoller l'avion* », qu'il est difficile de remettre de la vie.

Différents professionnels ont exprimé le souhait de changer de travail, de quitter le secteur. Evoquant l'épuisement, l'impact sur la santé physique et mentale (« *on est ruinés* »), le sentiment de sacrifier sa vie personnelle et familiale, et l'amertume face à des promesses de revalorisation non tenues, ils estiment que leur engagement a ses limites.

Enfin, au moment du bilan, des soignants manifestent leur colère et expriment un sentiment d'indignation vis-à-vis des politiques à l'égard des maisons de repos. Ils estiment ne plus pouvoir exercer leur métier, ne plus pouvoir « *être dans le soin* », c'est-à-dire en capacité d'apporter du bien-être aux résidents. Ils déplorent être contraints de délaissier le « *prendre soin* », de délaissier les résidents au regard de leurs propres critères et valeurs.

L'expérience des familles et des proches.

De la résignation à l'indignation

L'expérience des proches apparaît plurielle, fortement hétérogène. Elle se décline entre satisfaction à l'égard de la manière dont la crise sanitaire a été contrôlée et gérée par les équipes et incompréhension, colère, voire indignation vis-à-vis des mesures édictées et/ou de la gestion en interne.

Dans les discours, on peut constater un contraste frappant entre deux tendances : d'une part un **discours de reconnaissance** vis-à-vis de la maison de repos, de la direction, ou du personnel considérés avoir « *fait du mieux qu'ils pouvaient* », tant du point de vue de l'attention portée aux résidents que du souci de maintenir le lien avec leur(s) proche(s) ; d'autre part un **discours de dénonciation** vis-à-vis de restrictions jugées illégitimes, imposées trop longtemps, d'un personnel en sous-effectifs, d'un déficit d'accompagnement, d'attention et/ou de soins, voire de négligences. Ces dénonciations sont parfois portées par une volonté de « *se battre pour les autres résidents* », une volonté de changement en profondeur des politiques institutionnelles. Elles cristallisent parfois aussi des mécontentements antérieurs à la crise au sujet de dysfonctionnements dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées (commercialisation, inadéquation des normes, manque de personnel, manque de formation, etc.).

Pour tous, le confinement de leur parent, les périodes de fermeture de l'institution, puis la reprise limitée des visites ont été fortement perturbants, perturbation qui s'est accentuée avec la durée de ces fermetures et leur répétition. Plusieurs ont estimé la situation insupportable, d'autant plus lorsque les moyens de maintenir le contact étaient limités. D'aucuns ont souffert de ce que des problèmes d'ordre cognitif ou même auditifs de leur

parent n'aient pas permis de communiquer de manière satisfaisante avec lui et aient constitué *de facto* un obstacle à la relation. Ils estiment qu'il aurait été souhaitable de tenir compte de ces situations spécifiques et de procéder à certains ajustements vis-à-vis des règles afin d'autoriser davantage de souplesse. D'autres se sont sentis totalement impuissants face au constat d'ennui, de perte de repères, de souffrance de leur proche.

D'autres encore ont éprouvé une puissante colère, de la révolte, au sujet de la dégradation des conditions de vie/ de santé et de bien-être de leur parent institutionnalisé. Altération, estiment-ils, que ces derniers ont eu à subir d'autorité, sans concertation ni attention à leur mode de vie dans l'institution, à ce qui importe pour eux et qui les « tient ».

Les règles en matière de confinement et de visites ont quelquefois été incriminées. Plusieurs estiment qu'elles manquaient de clarté, qu'elles étaient appliquées avec un certain arbitraire ou que leur changement fréquent les rendait difficiles à suivre. D'autres considèrent qu'il n'aurait jamais fallu interdire totalement aux visiteurs de se rendre auprès de leur parent, qu'il aurait fallu autoriser l'exercice d'un droit au risque et consulter les résidents. Le confinement des résidents aura mis en lumière l'importance de la présence, du réconfort, de l'aide quotidienne apportés par les proches, support qui ne semble pas pris en considération de la même manière dans toutes les maisons de repos, et pas suffisamment par les Autorités de santé.

Comme l'ensemble des témoignages le montrent, la période du Covid a singulièrement mis **à mal la place des familles et des proches**. Si certaines

institutions qui avaient l'habitude de les impliquer ont tenté bon an mal an de continuer à le faire en se mobilisant pour les informer, permettre un maximum de visites, favoriser le contact avec leur parent/proche, maintenir les liens, d'autres n'y ont pas accordé autant d'attention ou n'ont pas été en capacité à le faire. Alors qu'une

forme d'engagement des proches est régulièrement attendue, la crise sanitaire semble avoir brutalement renversé les règles du jeu et conduit les professionnels à attendre des familles qu'elles se tiennent à distance, ne se manifestent pas, « restent invisibles », avec l'ensemble des tensions et frustrations qui en ont découlé.

L'expérience des résidents. D'une épreuve relativisée à une épreuve de rupture de la vie ordinaire

Le vécu des résidents (pour rappel, plus d'un an après le début de l'épidémie) se révèle comme pour les proches fort contrasté. Il apparaît lié non seulement à leur parcours (notamment aux épreuves biographiques passées), à leur mode de vie dans la maison de repos (centré davantage sur leur espace de vie personnel, à savoir leur chambre, ou sur les espaces de vie collectifs, ou orientés vers la vie extérieure, « hors les murs ») et au fait d'avoir été malade du Covid, mis en quarantaine, mis en isolement (cohortage) ou pas, et dans ce cas, d'avoir pu rester dans leur propre chambre ou au contraire avoir dû changer d'environnement (être déplacé à un autre étage notamment). Il apparaît également lié aux relations et contacts qu'ils sont parvenus à maintenir ou non avec leurs proches, d'autres résidents, des membres du personnel ; à la présence soutenante, réconfortante de leur entourage.

Différentes figures se dégagent donc au sujet de l'expérience des résidents. Elles vont d'une forme d'accommodation à la situation, conjuguée à une relativisation de l'épreuve, à une seconde figure dominée par un sentiment de perte d'allant, de fatigue, par un amoindrissement de l'impulsion vitale, et au-delà encore, à une troisième figure concentrant un sentiment de déstabilisation de l'existence, de rupture d'équilibre expliquée par les privations et les limitations de la liberté d'action.

Ainsi plusieurs considèrent ne pas avoir été trop bouleversés ni affectés par la période de crise qu'ils ont vécue. S'ils estiment que les multiples mesures sanitaires ont été pénibles, ils déclarent

s'en être accommodés et s'y être résignés au regard du contexte général et des risques encourus. Ils se sont sentis soutenus, mais aussi encouragés à rester prudents, à l'instar de la population générale. Si le temps fut long pour eux, ils ont toujours gardé l'espoir de retrouver la vie d'avant, considérant la période vécue comme une parenthèse. En outre, la maison de repos a représenté pour eux, malgré les mesures contraignantes auxquelles ils ont dû se soumettre, un lieu où ils se sont sentis en sécurité et protégés, davantage pensent-ils que s'ils s'étaient trouvés ailleurs, comme à leur domicile, où ils se seraient trouvés plus isolés.

D'autres résidentes et résidents sont **restés marqués** par cette période. Elle a fortement modifié leurs habitudes. Ils ont adhéré aux mesures, mais estiment avoir dû rester confinés trop longtemps, dans certains cas, avoir été surprotégés. Petit à petit cela les a rongés : le manque de contacts, d'activités et de vie à l'extérieur les a conduits à se replier sur eux-mêmes. Ils souhaiteraient se ressaisir et retrouver le goût de vivre, mais ne sont pas certains d'y parvenir. Ils ne sont ni en colère ni révoltés, mais plutôt découragés, voire déprimés. La crise les a projetés dans la « vieillesse ». Ainsi, suivant Vincent Caradec, ils expriment un « changement qualitatif qui touche l'être », insistent sur la fatigue qui est aujourd'hui la leur, sur leur manque d'intérêt et évoquent la perspective de la mort »². Alors que la maison de repos était perçue comme un moyen de retarder la phase du « devenir vieille/vieux », d'être entouré et protégé tout en restant indépendant et en conservant une « vie à soi », le cadre de vie en confinement les y a brutalement propulsés.

2. Caradec V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, 2001, p. 102.

Enfin, une troisième figure se concentre sur l'**épreuve d'enfermement**. Le discours des résidentes et résidents est focalisé sur la détresse ressentie face aux multiples privations dont la plus significative se rapporte à la période d'isolement. C'est sous cette figure que l'on rencontre notamment, mais pas seulement, des personnes plus jeunes, entrées en maison de repos dans la continuité d'un parcours institutionnel (secteur de la psychiatrie, du handicap), personnes dont la vie se déroule principalement à l'intérieur de l'institution. Certaines ont montré peu d'adhésion et de tolérance aux mesures imposées (port du masque, distance sociale, confinement en chambre, interdiction de circuler...) conduisant parfois les professionnels à fermer leur porte à clé. *A contrario*, d'autres personnes ont montré peu de tolérance vis-à-vis des co-résidents qui ne respectaient pas les mesures, s'incitant elles-mêmes à se confiner davantage et se replier plus que demandé.

Un cas emblématique de cette « épreuve d'enfermement » est celui de Madame Henriette (90 ans) une femme qui se considère totalement

« *autonome* ». Elle n'a pas supporté ses conditions de vie qu'elle a jugées inhumaines durant la quarantaine. Elle dit s'être sentie « *complètement abandonnée* » par le personnel, avoir manqué d'information et de soutien. Son récit relate en outre une dépersonnalisation de l'accompagnement : du personnel qu'elle ne reconnaissait pas, qui limitait les interactions au minimum, sans aucunement s'enquérir de son bien-être. Le confinement, la réorganisation en unités, la distance à maintenir avec autrui, le manque de disponibilité du personnel, la limitation de la vie sociale, tous ces éléments ont participé sur le long terme à modifier son rapport au monde, à créer une rupture dans la trame de sa vie quotidienne, à lui faire entrevoir la fin de sa vie en noir : « *Je suis à la fin de ma vie. Je ne voudrais plus recommencer. (...) J'ai beaucoup vieilli à cause de ça !* ». Nous avons appris le décès de plusieurs des personnes interrogées, dont une « battante » en particulier, survenu avant la clôture de l'étude.

Penser le futur.

Points de vigilance issus de l'expérience de la crise Covid-19 en MRS/WZC

La crise du Covid a créé une onde de choc dans les maisons de repos. Les professionnels ont dû affronter de nombreuses difficultés et se sont par ailleurs largement mobilisés avec les « moyens du bord » pour poursuivre l'accompagnement et les soins des résidents. L'épreuve de la crise a laissé des traces dans les équipes, sur le moral des professionnels. Certains sont parvenus à « faire face », mais d'autres sont encore fortement affectés par ce qu'ils ont vécu, et ont perdu la motivation, voire envisagent de quitter le métier. Nombre de résidents et de proches ont quant eux souffert du manque de liens résultant des mesures sanitaires.

D'une part, cette période a mis en lumière un **état de malaise préexistant** (tension entre « faire habiter et soigner », entre protéger et prendre soin, écart entre une vision d'un accompagnement porteur de sens et de respect et les moyens disponibles ; sentiment de déconsidération du secteur et au-delà, sentiment de négligence des personnes vivant en maison de repos, manque de reconnaissance professionnelle aux plans matériel et symbolique, etc.). D'autre part, elle a mis l'accent sur une volonté de changement, sur le souhait de **repenser le modèle structurel et culturel actuel** des maisons de repos, animé par une plus forte préoccupation que par le passé pour le « bien-être » conjoint des résidents, de leurs proches et des professionnels.

Ce dernier chapitre du rapport présente les principaux points de vigilance qui ont été soulevés lors des entretiens, des focus groupes et discutés en atelier-scénarios. Si les uns relèvent de propositions plus immédiates et concrètes (scénarios pragmatiques), les autres s'inscrivent davantage dans une vision plus lointaine et rêvée (scénarios utopiques).

Nous invitons le lecteur à consulter le rapport complet pour prendre connaissance de l'ensemble des propositions abordées pour chacun des points d'attention énoncés ci-dessous (pp. 84 à 96 - chapitre 6).

1) Faciliter la gestion de crise

- Niveau des Autorités (réactivité, plan de crise, disponibilité de matériel, coordination, communication, prise en compte de publics spécifiques,...)
- Niveau des maisons de repos et de soins (développement de dispositifs de crise, optimisation de la structure des établissements, amélioration de l'accès au numérique, communication autour des mesures,...)

2) Repenser l'organisation et le cadre de travail

- Personnel en maison de repos (encadrement, prise en compte de l'évolution des profils de résidents, fonction de psychologue, transdisciplinarité)
- Formation (avancée en âge, éthique, modèles d'accompagnement,...)
- Conditions de travail en MR.S/WZC (amélioration des conditions de travail, articulation vie professionnelle/ vie privée, reconnaissance,...)
- Culture institutionnelle - Modèles d'accompagnement (articulation entre le cure et le care, soutien des capacités des résidents et de la citoyenneté, modèles

organisationnels centrés sur le bien-être de tous-tes : professionnels, résidents et proches,...)

3) Renforcer les collaborations au sein et autour des MR.S/WZC

- Collaborations au sein du secteur même, entre MR.S/WZC (renforcer les synergies, la concertation, le travail en réseau,...)
- Collaborations MR.S/WZC-hôpitaux (renforcer les collaborations MR.S/WZC- hôpitaux, favoriser la continuité des soins,...)
- Collaborations MCC - MG (améliorer les collaborations et la complémentarité des rôles,...)

4) Considérer la souffrance des soignants, des résidents et des proches

- Réflexion éthique (développer une culture et un accompagnement à la réflexion éthique,...)
- Accompagnement de fin de vie et pratiques mortuaires (améliorer les pratiques et concevoir des aménagements en contexte épidémique,...)

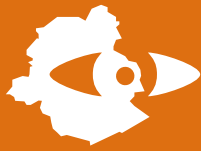
5) Favoriser la participation des résidents et l'inclusion des proches

- Participation des résidents (favoriser une meilleure participation aux décisions qui les concernent,...)
- Reconnaissance du rôle des proches (améliorer la communication, reconnaître leur expertise, préserver les liens sociaux,...)
- Gestion des conflits et des plaintes (opérationnaliser et faire connaître la fonction de médiation,...)
- Participation aux instances de concertation et de décision (représentation des résidents et des proches dans l'élaboration des politiques d'accueil et des soins des personnes âgées)

6) Revaloriser l'image des maisons de repos (et de soins)

- Attentes à l'égard des médias (amélioration de l'image des maisons de repos, reconnaissance de leur utilité sociale, des professionnels,...)
- Attentes à l'égard des pouvoirs publics (meilleure prise en considération des réalités complexes du secteur du point de vue de ses missions multiples et de la diversité de profils, renforcer la complémentarité entre le secteur MR.S/WZC et le domicile selon une logique de « parcours de vie », revalorisation de l'image du secteur dans le système de santé et auprès de la société,...).

Une importante bibliographie citée et consultée est également mentionnée. En outre, le lecteur trouvera en annexe quelques éléments de contextualisation de la gestion de l'épidémie de Covid en MR.S en Région bruxelloise (janvier 2020-décembre 2021).



Les maisons de repos (et de soins) ont été fortement impactées par l'épidémie de Covid. Si différentes études ont apporté un éclairage sur la situation socio-sanitaire dans ce contexte, aucune en Région bruxelloise ne s'était encore focalisée sur le vécu des principaux acteurs concernés, à savoir les professionnels, les résidents et leurs proches, ni à leur « donner la parole ».

Mobilisant une approche qualitative, cette étude vise à rendre compte de l'expérience de la crise du Covid par les professionnels, les résidents et leurs proches. En croisant ces perspectives-expertises, des pistes d'amélioration et/ou de changement dans les pratiques ont été formulées en vue de permettre aux maisons de repos (et de soins) d'être mieux outillées et préparées dans le futur.

Ce document est également disponible en néerlandais.
Dit document is ook in het Nederlands beschikbaar onder de titel:
'Covid, een beproeving voor de woonzorgcentra in het Brussels Gewest.
Een kwalitatieve studie onder het personeel, de bewoners en hun naasten.
SAMENVATTEND VERSLAG.'