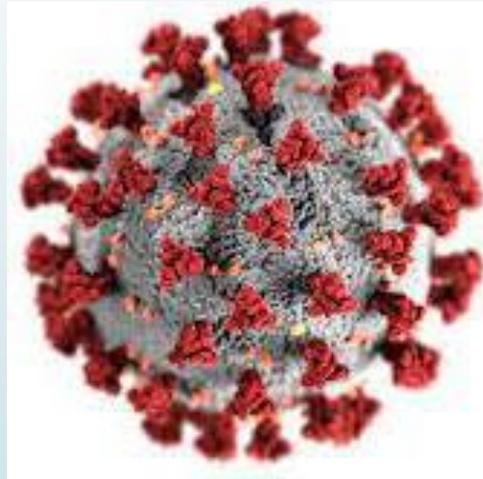


Rôles du MCC en cas de crise sanitaire?



Dr Jean-François Moreau

Président de l'AFRAMECO Asbl.

Association francophone des médecins coordinateurs et conseillers

Sondage 1

Pour mieux vous connaître

Vous êtes: MCC: 0 OUI 0 Non

Médecin Référent (MR): 0 Oui 0 Non

Médecin généraliste (non référent et non MCC) 0 Oui 0 Non

Directeur MR-MRS: 0 Oui 0 Non

Infi Chef: 0 Oui 0 Non

Autre: 0 Oui 0 Non

En tant que MCC vous avez apporté votre aide à d'autres institutions (MR-MRS) que celles avec lesquelles vous avez un contrat d'entreprise?

0 Oui 0 Non

En tant que Directeur, si votre institution avait un MCC, a-t-il été présent pendant la crise? 0 Oui 0 Non

Votre institution a-t-elle déjà été touchée par la Covid-19?

0 Oui 0 Non



Formation du MCC

- ▶ Dans **chaque MRS**, le gestionnaire désigne **un MCC** qui est **médecin généraliste** et qui, **au plus tard deux ans après sa désignation a obtenu le certificat de formation de base (24h su 2 ans max) agréée par Aviq-Cocom**: qui comprend notamment la **Prévention des infections** et gestion de l'antibiothérapie. **Techniques de communication. Nutrition, Soins palliatifs. Gériatrie.**
- ▶ Pour conserver sa qualification de MCC, le médecin doit suivre, **chaque année, au moins 6 heures de formation permanente** abordant l'un des thèmes suivant: la prescription de **médicaments**; la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence; la nutrition; l'animation; l'**hygiène**; la prévention et le traitement des escarres; **les aspects éthiques de la fin de vie**; la continence; l'évolution des réglementations.

Missions du MCC

En Relation avec le corps médical

- ▶ • **coordonner et (organiser= Cercles de MG) la continuité des soins médicaux;**
- ▶ • **coordonner la composition et la tenue des dossiers médicaux** des médecins traitants;
- ▶ en 2014: **Dossier de soins** qui comprend:
 - ▶ •(a) le dossier médical établi par le médecin traitant;
 - ▶ •(b) la fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation,
 - ▶ •(c) le dossier infirmier, paramédical, kiné et psychosocial qui contient notamment:
 - ▶ **les éventuelles mesures de contention ou d'isolement;**
 - ▶ **les souhaits exprimés en matière de soins futurs**
- ▶ • **coordonner les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel.**
- ▶ • coordonner la politique de soins en concertation avec les médecins traitants.
- ▶ • Pour ce qui est des médicaments, il s'agira au moins de rédiger et d'utiliser un **formulaire pharmaceutique.**

Missions du MCC

En Relation avec l'infirmier Chef

L'infirmier en chef doit assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.

les tâches liées aux soins dont :

- ▶ • concertation pluridisciplinaire tous les 2 mois
- ▶ • mise en place de **politique de maîtrise des infections**, prévention des escarres, soins bucco-dentaires, procédures de contention, incontinence urinaire, **soins palliatifs** contention et/ou **isolement**,
- ▶ • procédures relatives aux médicaments: organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens; établir et actualiser chaque année le formulaire médicopharmaceutique.

Missions du MCC

En Relation avec l'infirmier Chef

- Formation et formation permanente:
 - **participer à l'organisation des activités relatives à la formation et à la formation permanente dans le domaine des soins de santé pour le personnel de la maison de repos et de soins, et pour les médecins traitants concernés.**

En concertation avec la direction de l'établissement:

Le MCC assiste la direction dans certaines matières telles que:

- ▶ • Le projet de vie, le programme de qualité
- ▶ • L'adaptation des locaux, l'achat de matériel, l'extension et la diversification des activités
- ▶ • Les relations avec les médecins traitants et le cercle de médecins généralistes.

Missions du MCC

En concertation avec la direction de l'établissement:

- ▶ Le règlement général de l'activité médicale (RGAM):
 - ▶ • Ce règlement général, précédemment dénommé règlement d'ordre intérieur, voit son contenu développé et définit au minimum les points suivants:
 - ▶ • L'engagement des médecins traitants, par leur signature du RGAM, porte notamment sur : la **politique médicale cohérente** au sein de la MRS (prescription de médicaments, concertation pluridisciplinaire, concertation avec le MCC)
 - ▶ • le respect des règles définies par le cercle des médecins généralistes pour désigner un généraliste lorsque le résident n'en a pas
 - ▶ • les contacts avec la famille et les proches;
 - ▶ • l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et, notamment, la prescription des médicaments les moins chers ainsi que le recours aux prescriptions électroniques.
 - ▶ • le transfert d'informations en cas de **maladies transmissibles**.

Missions du MCC

En concertation avec la direction de l'établissement:

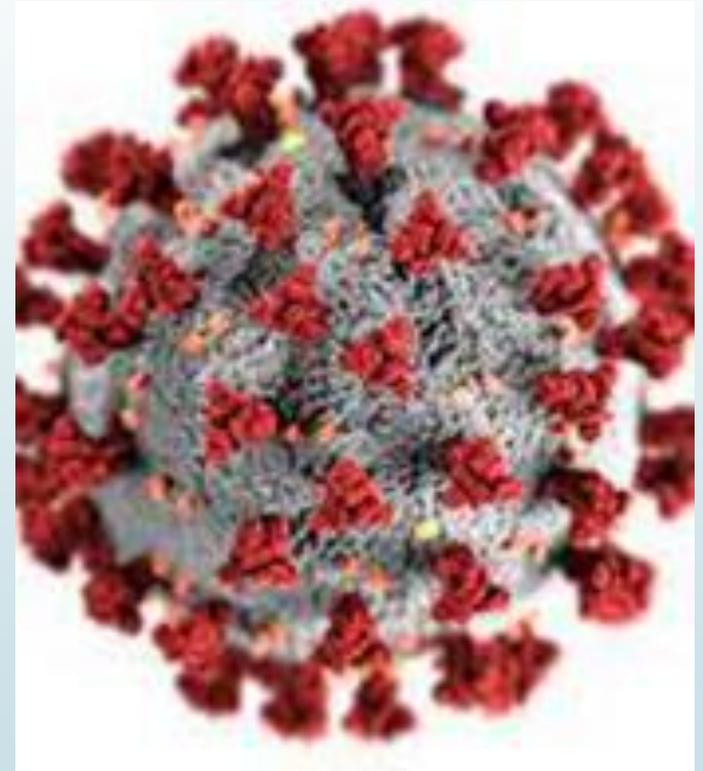
▶ Les normes de qualité:

- ▶ • La MRS doit procéder à l'enregistrement de certaines données (escarres, chutes, infections nosocomiales, etc.).
- ▶ • La MRS doit disposer de **procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement des résidents pour risque de contamination**. L'arrêté développe particulièrement les procédures relatives aux mesures de contention ou d'isolement.
- ▶ • La MRS invite les résidents à faire connaître **leurs souhaits éventuels quant aux soins et traitements futurs**. A la demande du résident, ces souhaits sont notés dans le dossier de soins mais **révocables** à tout moment. En outre, l'arrêté rappelle l'obligation du prestataire de soins de **toujours chercher à découvrir la volonté réelle du patient**.
- ▶ • Dans le cadre des soins relatifs à la fin de vie, le MCC et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés du **respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs**, ainsi que du **respect des volontés du résident concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie**.

Missions du MCC

Fin février 2020 arrivée du Sars-Cov-2

- 10 mars 34 cas de covid-19 dans une MRS de Bruxelles
- 13 mars confinement et fermeture des institutions:
TOUTE VISITE AUX RESIDENTS EST INTERDITE, A DATER DE LA PRESENTE COMMUNICATION.
(AVIQ)



Sondage 2: MCC et Médecin Référent (MR)

Chaque institution a dû créer une cellule de crise, en tant que MCC ou médecin référent, y avez –vous été invité systématiquement?

Oui Non

Chaque institution a dû créer une cellule de déconfinement, en tant que MCC ou médecin référent, y avez –vous été invité systématiquement?

Oui Non

Pendant la première vague avez-vous dû réaliser le testing des résidents ? Oui Non

Pendant la première vague avez-vous dû réaliser le testing du personnel ? Oui Non

Pendant la deuxième vague avez-vous dû réaliser le testing des résidents ? Oui Non

Pendant la deuxième vague avez-vous dû réaliser le testing du personnel ? Oui Non

Pendant la première vague avez-vous dû prendre en charge médicalement les résidents?

Oui Non

Pendant la deuxième vague avez-vous dû prendre en charge médicalement les résidents?

Oui Non

Sondage 2: Directions - Infi Chefs – Médecins traitants - Autres

Chaque institution a dû créer une cellule de crise, en tant que Direction avez –vous invité systématiquement le MCC ou le médecin référent?

0 Oui 0 Non

Chaque institution a dû créer une cellule de déconfinement, en tant que Direction avez –vous invité systématiquement le MCC ou le médecin référent?

0 Oui 0 Non

Pendant la première vague, pensez-vous que c'était le rôle du MCC- Médecin référent de réaliser le testing des résidents ? 0 Oui 0 Non

Pendant la première vague, pensez-vous que c'était le rôle du MCC- Médecin référent de réaliser le testing du personnel ? 0 Oui 0 Non

Pendant la première vague, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, pensez-vous que c'était le rôle du MCC- Médecin Référent de prendre en charge médicalement les résidents?

0 Oui 0 Non

Pendant l'entre deux vagues vous avez dû rédiger un Plan Interne d'Urgence (PIU), pensez-vous que cela vous est ou a été utile? 0 Oui 0 Non



Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Repose sur l'hygiène et les EPI:

il a fallu attendre près d'un mois pour être fournis et être créatifs en attendant...20/3 intervention d'équipes d'hygiène mobiles MSF/MM - 25/3 affiche pour usage rationnel des masques - **28/3 INAMI**: Priorités pour le matériel de protection personnel: En priorité : **Cas suspects/confirmés en isolement dans les collectivités résidentielles / Personnes qui s'occupent de ces cas suspects/confirmés**

Aujourd'hui, les EPI sont disponibles mais sur le terrain contamination des institutions par du personnel peu ou pas symptomatiques malgré le port d'un masque le plus souvent chirurgical, mais pas de port du masque par les résidents. Nous recommandons le port du **FFP2 ou équivalent K95 par le personnel et le port d'un masque chirurgical par le résident lors des soins**. Port des EPI adaptés par le personnel selon le statut des résidents.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Repose sur l'identification des personnes porteuses et contagieuses:

La possibilité de tester les résidents et le personnel est intervenue un mois après le début de crise... Le MCC s'est transformé en médecin du travail pour tester le personnel et a dû tester tous les résidents (solidarité MCC-Cercles-MG). Actuellement possibilité de testing collectif ou individuel permettant d'avoir une image « rapide » de l'institution.

Nécessite l'isolement des personnes identifiées porteuses du germe: les institutions touchées par de nombreux cas ont été encouragées à **compartimenter** les services (pas d'échange de personnel entre services) et à **cohorter les résidents** en positifs-suspects-indemnes avec les procédures de gestion des EPI, tours logiques pour les soins, les repas, le nettoyage, le linge. **Le cohortage s'applique aussi au personnel:** le personnel positif asymptomatique ou revenant après une Covid-19 sont prioritairement dédiés aux résidents Covid-19.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite l'identification des symptômes par le personnel soignant et l'appel au médecin traitant pour identifier un cas possible et le tester pour confirmer et **prévenir le MCC** : des MT ont refusé de se déplacer (pas d'EPI et pas de tests) et ont mis la charge sur le MCC qui n'est pas traitant dans sa fonction et sans connaître les résidents (dossiers incomplets, pas de PSPA,...).

- 14/3 MG enjoins de faire des consultations téléphoniques (tri covid,...) Les visites chroniques des MG sont supprimées dans les MR-MRS (comme à l'hôpital les soins non urgents), **seules les visites demandées par le personnel infirmier doivent être honorées si EPI disponibles.**

- 19/3 SBGG Algorithme de tri admission hôpital suspicion covid résident MRS.

Aujourd'hui le personnel est mieux informé, mais certains médecins traitants ne viennent toujours plus en institution sans donner de solution de suivi clinique pour leurs patients. Bien souvent, de fait, la charge retombe sur le MCC.

Missions du MCC

Contexte Légal

- ▶ **Au moins 75 %** des prestations du MCC doivent être accomplies au sein de la MRS.
- ▶ Pendant ses heures de prestations, le MCC **n'est pas autorisé à remplir la fonction de médecin traitant.**
- ▶ **Libre Choix du Résident**
 - ▶ • **Le libre choix par le résident** du médecin traitant est confirmé mais aussi celui **de l'hôpital** lorsque cela est nécessaire.
 - ▶ • Lorsque le résident n'a pas de médecin traitant, une liste actualisée des médecins généralistes disponibles doit lui être remise.
 - ▶ • La direction établit également un règlement comprenant les règles applicables le cas échéant. Ce règlement est soumis pour approbation au(x) cercle(s) de médecins généralistes.
 - ▶ • **Tout médecin traitant doit assurer la continuité des soins pour ses patients** en dehors de la continuité des soins organisée par le Cercle de médecins généralistes (nuit, WE et jours fériés).

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite l'identification des symptômes par le personnel soignant et l'appel au médecin traitant:

Aujourd'hui le personnel est mieux informé: Il faut être attentif à certaines présentations cliniques atypiques, notamment dans la population gériatrique :

- **oculaires et cutanées** : œil rouge unilatéral, érythème du visage, urticaire (géante), érythème multiforme (EEM), rash pétéchial (vascularite), marbrures, lésions de type engelures, eczéma dyshydrotique d'une ou plusieurs extrémités ou sur le tronc ;
- **digestifs** : nausée, diarrhée ;
- **neurologiques** : anosmie, agueusie, confusion, apathie, déficit neurologique aigu, syncope, chutes inhabituelles;
- **cardio-vasculaire** : signe de décompensation cardiaque droite évoquant une embolie pulmonaire et /ou signe évoquant une thrombose veineuse profonde (TVP)
- **générales** : alternance hyperthermie et hypothermie, qui sont des signes cliniques précurseurs ou additionnels.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

La prise en charge des résidents par le MCC a été autorisée au plus fort de la crise, mais ne se justifie plus (EPI disponibles et procédures claires).

•16/4 dérogation de l'ordre des médecins pour que le libre choix du résident soit suspendu:
«il faut privilégier l'efficacité dans le respect des droits du patients. Les dispositions pour faire face à la propagation du virus, notamment la nécessité éventuelle de limiter le libre choix du médecin, doivent s'apprécier en tenant compte de leur impact sur la sécurité mais aussi sur la qualité des soins et le bien-être du patient. Si les risques pour la santé paraissent devoir imposer de limiter le libre choix du médecin, les mesures nécessaires doivent être prises par le médecin coordonnateur ou le médecin référent désigné et les médecins traitants pour garantir la continuité des soins et une prise en charge optimale de chaque patient.»

Malgré nos rappels insistants de la nécessaire visite au chevet d'un résident malade par son médecin traitant, fort est de constater que certains estiment que la consultation téléphonique est la règle!

D'autre part certaines institutions ne font appel aux médecins traitant que tardivement (2-3 jours de délai)alors qu'un cluster est constaté.

D'autres institutions se sont refermées et refusent les visites dites « chroniques » des médecins traitants et s'estiment aptes à appeler si un problème survient pour un résident...

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA pour orienter le mieux possible la prise en charge d'un résident nécessitant des soins aigus (MT-Résident-Equipe de soins).

- Le 1/4 publication d'un **arbre décisionnel revu par le Collège de médecine générale**
- Le 16/4 rappel de l'ordre des médecins:

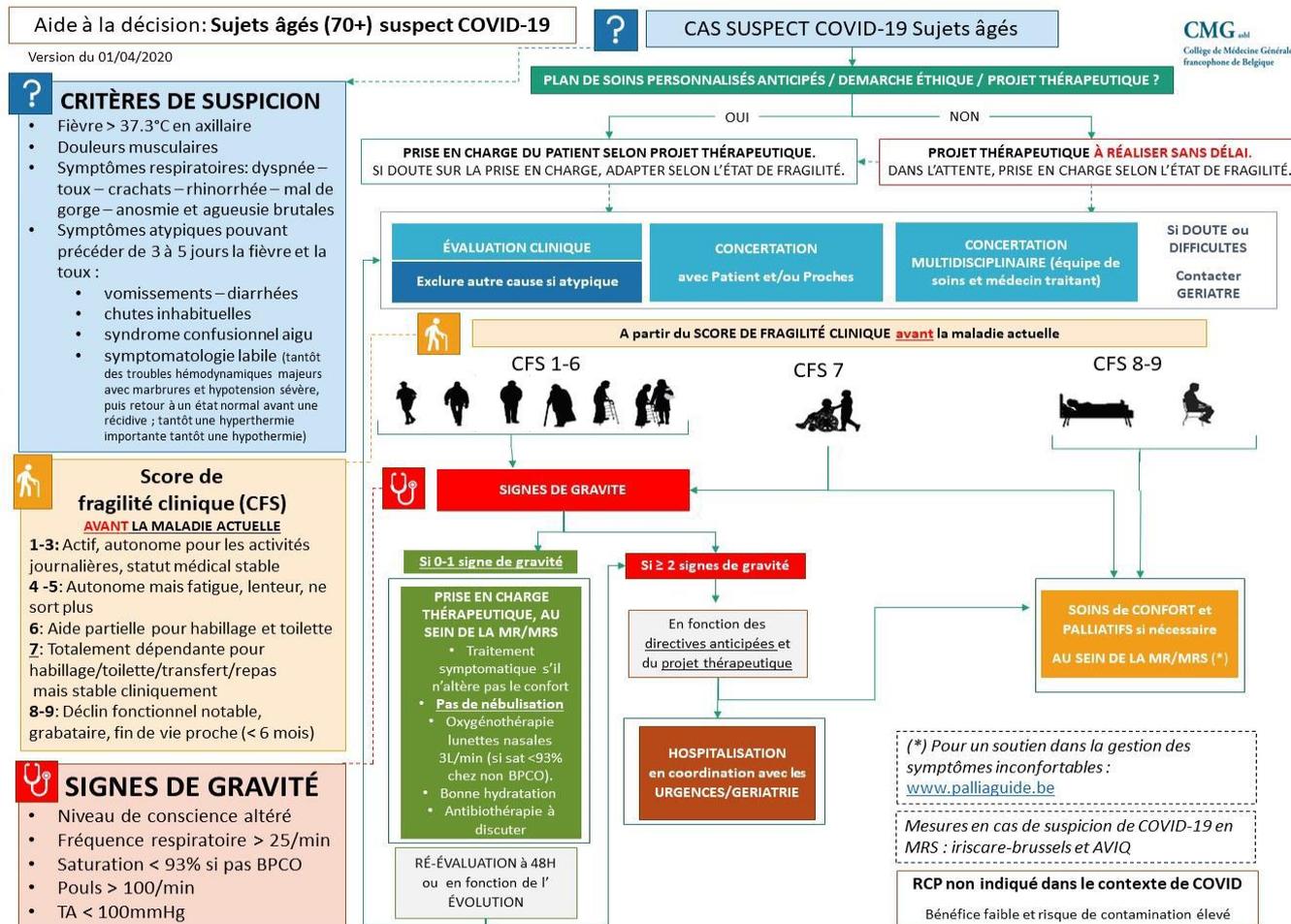
*«Le projet thérapeutique (anciennement NTBR) est un document qui aide à anticiper une décision thérapeutique en cas d'évènement survenant à un chez un patient et **créant une situation critique**. Le projet thérapeutique doit être le fruit d'une concertation entre le médecin traitant (ou le médecin ayant en charge le patient au sein de l'institution), le personnel soignant infirmier et la famille (si la personne n'est pas capable d'exprimer sa volonté). C'est donc **un document qui doit être établi pour chaque patient en concertation avec des soignants qui le connaissent. Il ne peut être question de classer les patients en fonction de critères même objectifs.**»*

Aujourd'hui, les institutions ont pris conscience de la nécessité d'un projet anticipé de soins, celui-ci s'il existe devrait **être implémenté d'un questionnaire spécifique Covid-19**. En effet, les résidents ont parfois un projet de soins différent vis-à-vis d'une maladie infectieuse plutôt que de leurs pathologies chroniques. Mais la covid-19 n'est pas une maladie infectieuse comme les autres...

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA pour orienter le mieux possible la prise en charge d'un résident nécessitant des soins aigus (MT-Résident-Equipe de soins).



Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA pour orienter le mieux possible la prise en charge d'un résident nécessitant des soins aigus (MT-Résident-Equipe de soins).

Projet thérapeutique de Nom :		Prénom :		DN : / /		Age : ans		Etage :		Chambre N° :		
Score de fragilité clinique(CFS) AVANT LA MALADIE ACTUELLE : points												
1-3: Actif, autonome pour les activités journalières, statut médical stable						4-5: autonome mais fatigue, lenteur, ne sort plus :						
6: Aide partielle pour habillage et toilette :						7: dépendant pour habillage/toilette/transfert/repas mais stable cliniquement :						
8-9: déclin fonctionnel notable, grabataire, fin de vie proche (< 6 mois) :												
Comorbidités : MMSE : /30 Obésité <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque NYHA III à IV <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/> Insuffisance Respiratoire <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Dénutrition O (MNA< 7) Immunosuppression <input type="checkbox"/> Cirrhose Child B O												
Personne de Contact : Nom :			Prénom :			N° GSM :			Informée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Mandataire désigné : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Nom :			Prénom :			N° GSM :			
Le dispensateur de soins n'est pas tenu de chercher si le patient a désigné un mandataire. Le médecin ne peut déroger à la décision du mandataire désigné qui constituerait une menace pour la vie du patient ou une atteinte grave à sa santé, lorsque celui-ci peut invoquer la volonté expresse du patient. Si le patient n'a désigné aucun représentant, appliquer la réglementation « en cascade » : époux, enfant, parent, frère, sœur, médecin et équipe soignante. L'arrêt ou la non mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance.												
Médecin Traitant: Nom :			Prénom :			N° GSM :						
Médecin assurant les Soins: Nom :			Prénom :			N° GSM :			MT Informé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Les limitations au libre choix ne peuvent avoir d'effet sur le respect du droit à l'autonomie du patient et le droit à consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Les patients et leurs proches doivent être informés de la limitation du libre choix, en ce compris les raisons qui la motivent, et des mesures prises pour garantir l'accès et la continuité des soins. Patient informé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Famille informée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non												
Projet Thérapeutique: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Date projet thérapeutique:			Hospitalisation souhaitée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Réanimation souhaitée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Date premiers symptôme Covid19:			Symptômes :			Date de fin des symptômes :						
Test PCR positif : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Test immunologique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Scanner thoracique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Retour hospitalisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Médicament anti-covid19 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lequel ? :												
Oxygénothérapie si < 94% sat. objectif 92 à 94% Si besoins>5litres O2/minute Considérer hospitalisation si c'est le projet thérapeutique.												
 Dégradation rapide possible entre le 7 ^{ème} et 12 ^{ème} jours !												
Pompes Funèbres : Nom :						Téléphone :						

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA et respect de procédures: Hospitalisation?

CHECKLIST POUR LE MEDECIN SBGG https://geriatrie.be/media/2020/10/Aide-a-la-decision-personnes-agees-MRS-COVID19_FR_2020.10.28.pdf

- Quel est le **degré de fragilité** du résident que je soigne ? Remplir l'échelle de fragilité clinique CFS, qui prend en compte l'état du résident **2 semaines avant une maladie aiguë**
- L'état de santé du résident nécessite-t-il des **examens/diagnostics supplémentaires** afin d'exclure **d'autres maladies (traitables)** ou afin d'évaluer la **gravité** de la maladie ?
- Le résident a-t-il de bonnes **chances de survivre et se rétablir** à un niveau fonctionnel acceptable si un traitement hospitalier (O2/IV) lui est administré ?
- Le résident a-t-il déjà pu discuter d'un **plan de soins anticipé et personnalisé**, de la fin de sa vie ?
- Quels sont les **souhaits et objectifs de soins** du résident ?
- Les **proches ont-ils pu prendre connaissance et discuter de ces souhaits** ?
- **Comment se positionnent les soignants** par rapport aux souhaits et plan de soins anticipés du résident? (sens, possibilité d'adhérer au sein MRS, ...)
- Le **résident et/ou ses proches se rendent-ils compte du pronostic à l'hôpital**, souvent médiocre pour la COVID-19 ?
- Le résident se rend-il compte que les **visites à l'hôpital sont (également) limitées** ?
- **Les objectifs de soins sont-ils documentés** ?
- Un **document contenant ces objectifs est-il fourni au moment du transfert à l'hôpital** et, de préférence, également par téléphone avec un responsable de l'hôpital en question ?

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA et respect de procédures: Hospitalisation?

Avantages d'une admission à l'hôpital :

- Diagnostic différentiel avec **d'autres maladies que la COVID-19, traitables**; tous les patients souffrant de dyspnée ne sont pas nécessairement atteints de la COVID-19 ;
- Administration **d'oxygénothérapie à haut débit** (généralement jusqu'à 5L/min en MRS; jusqu'à 15L/min en hôpital) ;
- **Hydratation et antibiothérapie par voie intraveineuse**, en cas de nécessité ;
- **Logistique plus rapide** des examens diagnostiques et des soins ;
- **Contrôle plus fréquent** des paramètres vitaux.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un PSPA et respect de procédures: Hospitalisation?

Désavantages et risques d'une admission à l'hôpital:

- Un **taux de mortalité élevé** malgré les traitements supportifs hospitaliers maximaux
- Un **risque accru de delirium -confusion aiguë-** en particulier chez des personnes ayant des troubles cognitifs préexistants ; le delirium est grevé de taux de morbidité (complications) et mortalité accrus ;
- Plus de risques d'avoir des (nombreux) **examens invasifs**, potentiellement inconfortables,
- **Déclin fonctionnel** nécessitant un temps de récupération et réadaptation prolongé et dont l'issue est incertaine ;
- En principe, les hôpitaux ont également des **restrictions quant aux visites** avec, parfois, des exceptions en fin de vie.

Sondage 3 Tous les participants:

Pensez-vous que les Médecins Traitants sont informés des consignes thérapeutiques éditées par l'AFRAMECO et le CMG? 0 Oui 0 Non

Pensez-vous que, lors d'un cluster covid, le MCC – Médecin Référent ont un rôle médical à jouer vis-à-vis des résidents?

- Testing des résidents? 0 Oui 0 Non
- Bilan biologique de gravité covid? 0 Oui 0 Non
- Respect des consignes thérapeutiques? 0 Oui 0 Non
- Suivi des protocoles palliatifs? 0 Oui 0 Non

Pensez-vous que les PSPA sont présents pour chaque résident et adaptés à la situation Covid?

0 Oui 0 Non

Pensez-vous que vos équipes sont suffisamment formées aux situations palliatives?

0 Oui 0 Non

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement:

pour le coronavirus traitement symptomatique et **non curatif**.

Lors de la première vague:

- Médicaments réquisitionnés pour les hôpitaux et contingentés.
- **Pas de stock autorisé** pour des médicaments utiles en cas de détresse respiratoire. (22/3 demande aux autorités d'une dérogation, 8/4 'mini-stock' a été défini comme suit : 1 boîte de Scopolamine 10 x 0,5 mg / 1 ml, 1 boîte de Midazolam 15mg/3ml et une boîte de Morphine 10mg/1ml.) **Aujourd'hui ok**
- Nécessité immédiate d'**oxygénothérapie**: Interdiction de stocker des oxyconcentrateurs et délai de parfois 3-4 jours pour être livré (problème logistique), 9/4 numéro d'appel unique national pour commander l'oxygène par les pharmaciens. **Toujours d'actualité, mais délai de 36 à 48H...**

Ce qui est nouveau, ce sont de **nouveaux protocoles de soins**:

<http://www.aframeco.be/system/files/MAJ%20-%20Protocole%20th%C3%A9rapeutique%20COVID%20institution.pdf#overlay-context=vademecum>

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement: pour le coronavirus traitement symptomatique et **non curatif**.

Ce qui est nouveau, ce sont de nouveaux protocoles de soins:

<http://www.aframeco.be/system/files/MAJ%20-%20Protocole%20th%C3%A9rapeutique%20COVID%20institution.pdf#overlay-context=vademecum>

Ces nouveaux protocoles de soins s'appliquent d'une part aux résidents qui vont être **confinés en chambre** et donc ne plus se mobiliser et aux **covid-19 sévères**.

Ces protocoles devraient être disponibles pour les médecins traitants dans chaque bureau infirmier. Il s'avère que malgré cela certains médecins n'en ont pas connaissance ou ne les respectent pas.

Comment définir un cas de covid-19 sévère?

Devant toute suspicion clinique, un **test** PCR naso-pharyngé, salivaire ou antigénique doit être **réalisé aussi rapidement que possible** pour confirmer un covid-19 positif dont le résultat peut n'être disponible qu'après plusieurs jours ou après quelques minutes avec une sensibilité moins grande.

Il nous semble **impératif d'y associer d'emblée une biologie** dont les résultats seront disponibles **dans la journée** et pourront être indicatifs d'une infection covid-19 et dans ce cas apporter des **signes de gravité biologique**.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement: Comment définir un cas de covid-19 sévère?

Cliniquement:

Le Score NEWS : score d'alerte clinique précoce pour évaluer un patient.

Permet de planifier le rythme du suivi infirmier et/ou décider d'une hospitalisation. Si score de 5 à 6 hospitaliser et si ≥ 7 SMUR si c'est le projet thérapeutique.

Paramètres	3	2	1	0	1	2	3	Score	Risque Clinique
Fréquence respiratoire /Minute	≤ 8		9 à 11	12 à 20		21 à 24	≥ 25	0	BAS Surveillance Infirmière 2 à 3 x/j
Saturation O2 en %	≤ 91	92 à 93	94 à 95	≥ 96				1 à 4	
Apport d'O2 ?		OUI		NON				Score Rouge Si +3 pour un paramètre individuel	MOYEN Surveillance Infirmière toutes les 1 à 2 heures
Température en C°	$\leq 35,0^\circ$		35,1 à 36,0	36,1 à 38,0	38,1 à 39,0	$\geq 39,1$		5 à 6	
Tension artérielle en mmHg	≤ 90	91 à 100	101 à 110	111 à 219			≥ 220		
Fréquence cardiaque	≤ 40		41 à 50	51 à 90	91 à 110	111 à 130	≥ 131		ELEVE Surveillance infirmière toutes les demi-heures
Etat de conscience				A			V - P - U	≥ 7	

A = Alerte V = Réagit à la stimulation verbale P = Réagit à la douleur U = inconscient

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement: Comment définir un cas de covid-19 sévère?

Biologiquement: (un bon de laboratoire signé par le MCC peut-être préparé à l'avance)

Hémogramme et formule hémoleucocytaire:

Recherche anémie, **lymphopénie** ($< 700/\text{mm}^3$ en valeur absolue ou $< 10\%$ en valeur relative est corrélé à la gravité) Recherche **hypoplaquettose** (valeur pronostique-taux < 50.000 est corrélé à la gravité);

Fonction rénale et ionogramme: Pour l'équilibration de l'hydratation, pour dépister un trouble ionique, pour adapter les médicaments;

CRP: Une élévation accompagne tout phénomène infectieux (taux $> 100 \text{ mg/L}$ fréquent et ne reflète pas nécessairement une surinfection bactérienne);

Pro calcitonine: Plus spécifique que CRP, permet d'exclure infection bactérienne si négative ($< 0.05 \mu\text{g/L}$) ou si modérée (de $0.05 \mu\text{g/L}$ à $0.5 \mu\text{g/L}$). Au-delà de $0.5 \mu\text{g/L}$, une infection bactérienne sévère est probable ; il faut alors considérer un diagnostic différentiel non-covid (par ex. pyélonéphrite ?) ou une surinfection bactérienne pulmonaire surajoutée au Covid-19.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement: Comment définir un cas de covid-19 sévère?

Biologiquement:

D-Dimères: Si négatif, permet d'exclure TVP/EP ;

Considérer complication thromboembolique possible si d-dimères supérieurs à 2x la valeur normale théorique adaptée à l'âge.

Accompagne tout phénomène infectieux (peu spécifique) et augmente avec âge (pallier de 100/ 10 ans supplémentaires) → d-dimères « normaux » jusqu'à 800 après 80 ans;

Fonction hépatique: Valeur pronostique si décompensation hépatique et adaptation des médicaments;

Ferritine: Valeur pronostique (**taux > 1000** corrélé à la gravité)

RUSU(CU): Exclure une infection urinaire

Radiologiquement:

Le scanner thoracique peut être envisagé si le projet thérapeutique envisage une hospitalisation et des soins avancés, si on peut espérer un gain substantiel à l'instauration de soins avancés. Il est utile pour distinguer une atteinte covid-19 d'une embolie pulmonaire.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un traitement: Prendre en charge un cas de covid-19 sévère?

Le Projet Thérapeutique : Hospitalisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Réanimation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Soins de confort <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sédation Terminale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Poids : Kg Filtration glomérulaire : ml/min Ne pas stocker l'oxygène, mais le remettre en circulation via le fournisseur.	
Dates	
Désaturation <94%-<90% si BPCO objectif Sat 92-94% gazeux, oxyconcentrateur	oxygène en l/min. Lunettes DTM
Encombrement Sécrétions excessives scopolamine 0,5 mg/ 1ml	A la demande max X/j D'office X/J
Température > 38c°	Paracétamol oral 1 gr X/j
	Suppo 500 X/J
	Novalgine IM X/j
Vomissements	litican amp sc dans physio X/j
	Haldol 5mg SC dans physio X/j
	Primpéran 10mg / 1ml X /j
Constipation	fleet 1 x tous les..... jours
	lactulose ml/j
Antibiotique	Amoxi-clav 3X mg/j
	Moxifloxacine 400 1/J
Corticoïdes (à partir de J7 si covid grave pour 10j)	Dexaméthasone 6mg/J Medrol 32mg). Aacidexam (5mg/ml) à raison de 1.5 ml.Solumédrol® 40 mg.
Héparine BPM	Clexane mg x/j Fraxiparine mg x/j Innohep mg x/j
SONDE URINAIRE	OUI 0 NON 0
Diarrhées	imodium
	autres.
Agitation, confusion	haldol 5mg/ml x /j
angoisses	Temesta expidet
	dominal oral IM
	valium sc dans physio ou IM

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite la connaissance de protocoles palliatifs: détresse asphyxique

PROTOCOLE DE DÉTRESSE En cas de dyspnée asphyxiante et de décès imminent		
Description	Date	Dosage
<p>L'objectif est de parvenir à une <u>sédation la plus rapide possible</u>. L'application du protocole de détresse nécessite la <u>présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1), associée à un état de panique (critère 2) ou de l'agitation (critère 3)</u>¹</p> <p>CRITÈRE 1 : Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire intolérable et constante au repos - Tachypnée (> 28 respirations/minute) - Attention obnubilée par le besoin d'air - Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus claviculaire) - Cyanose - Grognement en fin d'expiration - Battements des ailes du nez - Encombrement bronchique sévère <p>CRITÈRE 2 : Associé à état de panique (anxiété intense, regard effrayé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yeux écarquillés - Muscles du visage contracturés - Froncement de sourcils - Bouche ouverte - Dents serrées <p>CRITÈRE 3 : OU associé à une agitation quasi constante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune position confortable - Mouvements fréquents non intentionnels - Agité, combatif 	<p>Par voie sous-cutanée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morphine 5-10 mg sc • Midazolam 5 mg sc (10mg si >70 kg) • Scopolamine 0,5mg sc <p>Dosage à adapter si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non naïf aux opioïdes : <ul style="list-style-type: none"> ○ si prise régulière morphine comprise entre 15 et < 50 mg sc par 24h ☒ 10-15 mg sc. ○ si prise régulière > 50 mg sc par 24h ☒ 25% de la dose journalière sc. • non naïf aux benzodiazépines : <ul style="list-style-type: none"> ○ si BZD 2x/jour ☒ midazolam 10 mg sc. ○ si BZD 3x ou plus/jour ☒ midazolam 15mg sc. <p>Renouveler l'administration du protocole si absence d'amélioration dans les 15-20 minutes, éventuellement en doublant les doses.</p> <p>Durée d'action : environ 4h. Soit décès du fait de l'état terminal, soit réveil à son terme et réévaluation de la situation.</p> <p>En fonction de l'état du patient et du projet thérapeutique, relais éventuel par un protocole de confort ou de sédation.</p>	<p>Morphine SC : mg</p> <p>Ampoules 10 ou 20 mg dans 1ml.</p> <p>Midazolam SC : mg</p> <p>Ampoules de 15mg dans 3ml.</p> <p>Scopolamine SC : mg</p> <p>Ampoules de 0,5mg dans 1ml.</p> <p>Les trois produits peuvent se mélanger dans la même seringue.</p>

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite la connaissance de protocoles palliatifs: sédation palliative

PROTOCOLE DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS		Dates		
<p>Administration continue de médicaments sédatifs, visant à diminuer le niveau de conscience d'un patient en fin de vie. L'objectif étant de contrôler un symptôme réfractaire et jugé insupportable par le patient.</p> <p>3 conditions doivent être présentes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptôme réfractaire à tout autre traitement. 2. Décès imminent (heures, jours, maximum une semaine). 3. Consentement du patient (présent ou anticipé) ou de son représentant légal ou, à défaut, consultation collégiale dans le meilleur intérêt du patient 	<p><u>La voie d'administration</u> préférée en MRS est la voie SC continue. Les médicaments sont administrés par cette voie sur 24h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une administration via un pousse-seringue est préférée (procuré par les équipes d'accompagnement de 2^{ème} ligne). - Une administration sc via un baxter de 250 ml avec un régulateur de débit (Dialaflo®) est également possible (Recommandations de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) : http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19) <p><u>Le sédatif de référence</u> est le midazolam. D'autres médicaments sont rajoutés si présence d'autres symptômes (morphine pour la douleur et la dyspnée, scopolamine pour l'encombrement, antiémétiques, etc.).</p> <p>Dans une situation de fin de vie, <u>l'oxygène et l'hydratation</u> sont en général interrompus, une <u>sonde vésicale</u> est mise en place, une fois la sédation obtenue.</p> <p><u>Exemple de protocole de sédation à administrer en sc continu par 24h dans un contexte de détresse respiratoire secondaire au Covid-19 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Midazolam 60 mg/24h ou Votre choix : mg/24h - Morphine 30 mg/24h. Si le patient est sous opioïde, augmenter la posologie de 50 % ou Votre choix : mg/24h - Scopolamine 1.5 mg/24h Votre choix : mg/24h <p><u>Réévaluer</u> le niveau de conscience et de soulagement. En cas de résultat insuffisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le débit horaire de 50 à 100 % (max toutes les 60 min). - Entre doses : <ul style="list-style-type: none"> o Morphine 10 % dose journalière en cas de dyspnée ou de douleur. o Midazolam 5 mg en cas de sédation insuffisante. <p>Scopolamine 0.5 mg en cas d'encombrement.</p>			

Sondage 4 Tous les participants:

Pensez-vous que l'AFRAMECO vous a été utile pour la prise en charge de la première vague Covid? 0 pas du tout 0 un peu 0 beaucoup

Pensez-vous que l'AFRAMECO vous a été utile pour la prise en charge de la deuxième vague Covid? 0 pas du tout 0 un peu 0 beaucoup

Si l'AFRAMECO vous a été utile, était-ce sur des domaines particuliers:

- Les conseils %
- Les recommandations %
- Les réponses à vos questions %
- Le relais de vos préoccupations aux autorités %
- Les webinaires organisés avec MSF %
- La boîte à outils de notre site internet %
- L'accessibilité de notre site internet pour trouver l'information désirée %

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:
Nécessite une mise à jour des connaissances du MCC



The screenshot shows the Aframeco website interface. At the top left is the Aframeco logo. The navigation menu includes: MÉDECIN COORDINATEUR, FORMATIONS, COVID19 (selected), SYMPOSIUM, QUI SOMMES-NOUS, and ESPACE MEMBRES. A dropdown menu for COVID19 is open, listing: Documents Essentiels, Vademecum De Prise En Charge, Boite À Outils, Déconfinement, Plan Interne D'urgence, and Visites Médicales En MR(S). The main banner features an illustration of a building labeled 'M.R.S.' and two 3D doctor figures. Below the banner, the page title is 'COVID-19 en Maison de Repos: Boite à outils'. A search bar is visible on the right. The main content area includes a breadcrumb 'Accueil » Covid19', an introductory paragraph, a section 'OUTILS INCONTOURNABLES' with a list of resources, and a sidebar with 'COVID19 en Maison de Repos' containing links to essential documents, a vademecum, a tool kit, and a practical deconfinement guide.

MÉDECIN COORDINATEUR ▾ FORMATIONS ▾ COVID19 ▾ SYMPOSIUM QUI SOMMES-NOUS ESPACE MEMBRES

Documents Essentiels
Vademecum De Prise En Charge
Boite À Outils
Déconfinement
Plan Interne D'urgence
Visites Médicales En MR(S)

COVID-19 en Maison de Repos: Boite à outils

Accueil » Covid19

Nous vous invitons à trouver ci-dessous les documents et fiches pratiques qui vous permettront d'opérationnaliser votre gestion de la crise du COVID-19.

OUTILS INCONTOURNABLES

- Arbre décisionnel et échelles d'évaluation des résidents MR/MRS suspects ou confirmés covid19
- Arbre décisionnel DISUW en vue de faire appel à l'intervenant adéquat et désigné dans le cadre du dispositif sanitaire d'urgence de région wallonne
- Création d'un répertoire téléphonique covid19
- Document de déclaration COVID-19 par MRS

COVID19 en Maison de Repos

- [Cliquez ici pour consulter les documents essentiels](#)
- [Consultez le vademecum de prise en charge en institution résidentielle](#)
- [Découvrez notre boite à outils COVID-19](#)
- [Le déconfinement en pratique](#)

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite la présence du MCC

Place du MCC avant la crise:

- Si bien intégré à l'équipe de management (direction et infirmiers chefs) et reconnu par le personnel, il y a eu une plus value nette.
- Cela veut aussi dire que certains n'ont jamais été intégrés... que certains MCC sont là pour l'agrément... que certains sont des touristes ou absents...
- Certaines institutions reçoivent des « directives médicales d'en haut » au mépris du MCC...

Place du MCC pendant la crise:

- **Certains MCC ont été absents pour de justes raisons (maladie, risque médical important)**, pas d'EPI disponible en mars, institution fermée à son MCC. La présence physique n'était pas requise (institution non touchée) mais les conseils se sont faits en temps réel par téléphone.
- Certains MCC n'ont pas été invités aux réunions de la cellule de crise ou de déconfinement!
- **La plupart des MCC- M Référents ont été sur le pont et disponibles 7j/7j et H24**

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite la présence du MCC

Place du MCC pendant la crise:

- **Pas de MCC en MR**, MCC volontaires, MG devenus référents (29/3 l'AFRAMECO encourage ses membres à prendre en charge les MR et MRS où le MCC est déficient).
- **Au niveau de la formation-Préparation du MCC**: il y a eu un gros travail d'apprentissage dans des domaines non familiers: pas de formation pandémie, cohortage, testing,...
- **Au niveau de ses missions**: le MCC a dû, par nécessité, **remplir des fonctions non prévues**: médecin du travail pour le testing du personnel, médecin traitant de résidents qu'il ne connaissait pas, trouver du matériel, générer des collaborations...

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite une formation du personnel:

la distance physique, le manque d'EPI, l'absence de salle de réunion suffisamment grande, le déficit en personnel n'ont souvent pas permis une mise à jour des connaissances et recommandations.

Dès le 20/3: Décision de l'Implémentation en accès libre du site AFRAMECO (présentations Covid atypiques,...)-20/4 Mise en ligne du vadémécum Covid-19 - nombreux envois qui nous l'espérons ont été utiles – Webinaires avec MSF - AVIQ

Aujourd'hui on se rend compte que la majorité des institutions sera touchée (déjà 175/600) et qu'il est impératif et prioritaire que le personnel soit formé:

- à l'utilisation des EPI
- Au cohortage et ses implications (tours logiques)
- Au recueil des PSPA
- Suivi symptomatique des résidents
- Suivi thérapeutique des malades
- Suivi palliatif des malades

Il faut aussi que le personnel soit soutenu et le MCC – Médecin Référent y contribue largement par sa présence bienveillante.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite une formation/information des médecins traitants:

Tous les documents qui précèdent ont été transmis aux médecins généralistes francophones par différents canaux de diffusion et sont accessibles en ligne. Nous avons recommandé à chaque institution de tenir ces informations à la disponibilité des médecins traitants dans les bureaux infirmiers des institutions.

Il est évident qu'il y a eu et qu'il y a toujours saturation d'informations changeantes et une grande lassitude voire un fatalisme qui s'est installé chez les médecins généralistes.

Nécessite de la part de tous les soignant d'appliquer les recommandations scientifiques.

Il n'est pas autorisé en tant que professionnel d'appliquer ses propres convictions, basées sur des croyances non fondées, aux patients que nous soignons!
(anti-masques, partisans de l'immunité collective, anti-vaccins,...)

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un lien fonctionnel avec l'hôpital régional:

en particulier avec le service de gériatrie: ce lien préalable était bien souvent ténu...

qu'il soit avec un médecin coordinateur Covid hospitalier, un gériatre, un hygiéniste, un urgentiste, un médecin du service de soins palliatifs.

Ces collaborations peuvent avoir plusieurs orientations:

- Réalisation d'un examen technique (aller-retour hôpital pour un scan thoracique)
- Prise en charge à l'hôpital avec accord préalable en fonction du projet de soins.
- Conseils sur la prise en charge d'un résident dans l'institution.
- Apport matériel

Nécessite un lien fonctionnel avec la plateforme de soins palliatifs:

- Conseils
- Matériel
- Psychologue

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nécessite un lien fonctionnel avec le cercle de médecins généralistes:

- souvent pas de cellule MCC (les MCC ne sont pas connus du Cercle)
- pas de procédures de remplacement des MCC
- pas de procédures de remplacement des médecins traitants injoignables hors service de garde. Des initiatives ont vu le jour un peu partout lors de la première vague.

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Nombre de patients	Au total	Moyenne journalière durant l'avant-dernière période de 7 jours	Moyenne journalière durant la dernière période de 7 jours	Évolution
Cas confirmés de COVID-19	550 264	6 945	4 353*	-37%
Admis à l'hôpital	39 930***	498,0	372,3**	-25%
Décédés****	15 196	199,7	186,0*	-7%
<i>En hôpital</i>	<i>8 447</i>	<i>123,9</i>	<i>110,6</i>	<i>-11%</i>
<i>En maison de repos</i>	<i>6 611</i>	<i>74,7</i>	<i>74,6</i>	<i>-0%</i>

*Du 10 novembre au 16 novembre (données des 3 derniers jours non consolidées).

**Du 13 novembre au 19 novembre.

***Nombre d'hospitalisations depuis le 15 mars. Vous trouverez des informations plus détaillées sur le nombre d'hospitalisations au point 5 du document [questions fréquemment posées](#).

****Décès toutes localisations incluses.

Nombre de décès COVID-19 (confirmés et probables) parmi les résidents des maisons de repos par lieux de décès et par région pour la période du 31-08-2020 au 15-11-2020

Lieu de décès	Flandres		Bruxelles		Wallonia		Belgique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hôpital	231	23	86	36	239	26	556	24
Maisons de repos	774	77	142	64	695	74	1 611	76
TOTAL	1 005	100	228	100	934	100	2 167	100

Missions du MCC et crise sanitaire

La prévention et le contrôle des infections:

Conclusions:

- Les MR ont besoin d'un MCC (acquis, financement et missions revues)
- Liens fonctionnels existants à revoir et à créer: Hôpital (service de gériatrie) - Cercle de médecins généralistes – Plateformes régionales d'hygiène hospitalière: ils sont en cours de révision.
- PSPA pour toute la population en cours de réflexion au niveau fédéral
- Psychologue en institution pour les résidents et externe pour le personnel...
- Infirmier référent en hygiène
- Stock EPI
- Réserve médicaments d'urgence, oxyconcentrateur.
- ...

Merci pour votre attention!

Avec nos plus chaleureux remerciements à Toutes et Tous pour votre soutien!



The screenshot shows the Aframeco website interface. At the top, there is a navigation bar with the Aframeco logo on the left and several menu items: MÉDECIN COORDINATEUR, FORMATIONS, COVID19 (highlighted), SYMPOSIUM, QUI SOMMES-NOUS, and ESPACE MEMBRES. Below the navigation bar is a large banner image featuring a cartoon illustration of a building labeled 'M.R.S.' and two 3D figures, one in a white lab coat. A blue menu is overlaid on the banner, listing: Documents Essentiels, Vademecum De Prise En Charge, Boite À Outils, Déconfinement, Plan Interne D'urgence, and Visites Médicales En MR(S). Below the banner, the main heading reads 'COVID-19 en Maison de Repos: Boite à outils' with a search bar to its right. A breadcrumb trail shows 'Accueil » Covid19'. The main content area contains an introductory paragraph, a section titled 'OUTILS INCONTOURNABLES' with a list of resources, and a sidebar on the right with additional links and information.

MÉDECIN COORDINATEUR ▾ FORMATIONS ▾ COVID19 ▾ SYMPOSIUM QUI SOMMES-NOUS ESPACE MEMBRES

Documents Essentiels
Vademecum De Prise En Charge
Boite À Outils
Déconfinement
Plan Interne D'urgence
Visites Médicales En MR(S)

COVID-19 en Maison de Repos: Boite à outils

Accueil » Covid19

Nous vous invitons à trouver ci-dessous les documents et fiches pratiques qui vous permettront d'opérationnaliser votre gestion de la crise du COVID-19.

OUTILS INCONTOURNABLES

Arbre décisionnel et échelles d'évaluation des résidents MR/MRS suspects ou confirmés covid19
Arbre décisionnel DISUW en vue de faire appel à l'intervenant adéquat et désigné dans le cadre du dispositif sanitaire d'urgence de région wallonne
Création d'un répertoire téléphonique covid19
Document de déclaration COVID-19 par MRS

COVID19 en Maison de Repos

[Cliquez ici pour consulter les documents essentiels](#)

[Consultez le vademecum de prise en charge en institution résidentielle](#)

[Découvrez notre boite à outils COVID-19](#)

[Le déconfinement en pratique](#)