

Iriscare

A l'attention des maisons de repos et
maisons de repos et de soins agréées et
subventionnées par la Cocom

Département Politique des établissements de soins

Bruxelles, 09/07/2020

Objet : COVID-19 (coronavirus) – Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la Cocom concernant la prévention / réaction face à une éventuelle 2^{ème} vague COVID-19

Introduction.....	2
1. Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins.....	3
2. Stratégie de testing et tracing (T&T) des résidents.....	10
3. Stades épidémiques intra-institutionnels et actions à entreprendre	14
4. Personnel.....	16

Ce document détaille d'abord le soutien apporté par la COCOM (Services du Collège Réuni et Iriscare) aux institutions afin de les aider dans la gestion d'une éventuelle recrudescence de cas COVID-19.

Iriscare a mis en place une série de mesures pour soutenir les institutions (voir la [communication](#) et la [circulaire](#) à ce sujet) et prévoit différentes mesures en cas d'une éventuelle deuxième vague de COVID-19.

Ainsi, Iriscare prévoit un stock stratégique rotatif de matériel de protection de trois mois ainsi que le lancement d'une centrale d'achat pour ce matériel. Un numéro unique pourra également être activé en cas de crise et deviendra l'entrée unique d'appel des maisons de repos et maisons de repos et de soins . Elles pourront ainsi être mises en relation avec la bonne personne et obtenir une information correcte. Enfin, Iriscare organisera avec l'aide de ses partenaires et dans le principe *train the trainer* des formations concernant les mesures d'hygiène, l'équipement de protection, la détection de cas, la prise en charge médicale ainsi que la gestion des stocks dans chaque maison de repos et maison de repos et de soins.

Iriscare mesure l'ampleur du travail et des difficultés rencontrées au quotidien par ses institutions. Il est donc important d'apporter le meilleur soutien aux professionnels de l'aide et de la santé bruxellois, acteurs de première ligne lors de cette crise sanitaire. A la demande du ministre Maron et en collaboration avec l'asbl Abbet, une offre a été développée concernant les mesures de soutien auxquelles ses institutions et les membres de leur personnel peuvent faire appel. Plus d'informations sont disponibles sur le site www.abbet.be.

Comme cela a déjà été le cas lors du début de la crise sanitaire, Iriscare **enclenchera - en cas de situation sanitaire exceptionnelle et/ou de deuxième vague de COVID-19** - son dispositif de distribution de différents types de moyens de protection à destination des établissements et services de soins agréés par la COCOM (Iriscare et les Services du Collège réuni) et la COCOF pour les soins des résidents/bénéficiaires COVID-19 suspectés ou confirmés. Les moyens fournis seront similaires à ceux cités dans la circulaire concernant les "consignes aux institutions agréées et subventionnées par la COCOM pour la bonne utilisation du matériel de protection". En ce qui concerne les commandes de matériel en cas de situation sanitaire exceptionnelle, l'adresse mail facility@iriscare.brussels reste active.

Le Service Inspection d'Hygiène de la Cocom prévoit le soutien suivant:

- un soutien à la mise en place d'une stratégie de dépistage dans le cas d'un cluster (2 cas positifs en 7 jours avec un lien clair) ou situation plus grave (risque d'outbreak);
- un appui, si besoin, dans la coordination de la gestion d'un cluster ou outbreak via téléphone et, si nécessaire, sur place (équipe mobile);
- une aide pour effectuer le dépistage sur place, en cas de de situation exceptionnelle.

Par ailleurs, la présente circulaire détaille aux maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) les mesures qu'elles doivent mettre en place à court terme (dès que possible, et au plus tard le 31 juillet) afin de répondre de manière appropriée à une éventuelle recrudescence de cas de COVID-19. Ce document développe également les obligations que les institutions devront remplir à moyen terme (d'ici au 15 septembre).

Chaque Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC) ou médecin référent adaptera les mesures développées ci-dessous en fonction de la réalité du terrain (par exemple l'analyse et mise en place des mesures d'isolement, de cohorte...). En cas de réémergence du COVID-19 dans une MR-MRS, il ne faudra pas perdre de vue les autres aspects de santé des résidents, tout particulièrement le suivi médical des pathologies chroniques et des traitements ainsi que le soutien psychologique des résidents qui seront à nouveau confrontés à l'isolement et au décès d'autres résidents.

En cas de COVID-19 suspecté ou positif la MR-MRS a le devoir de communiquer avec les familles. Il est important que la famille ou les proches soi(en)t au courant de la situation et puisse(nt) être rassuré(s) quant aux mesures prises par l'institution vis-à-vis de l'isolement, des visites, des activités... Toutes les mesures envisagées ci-dessous doivent l'être en tenant compte du bien-être des résidents et des travailleurs ainsi que des compétences des professionnels et du leadership de chaque institution... Il s'agit de trouver à chaque fois le meilleur équilibre entre des exigences sanitaires et l'acceptabilité pour chacune des parties.

D'une manière générale, nous insistons sur le respect des droits de chacun, et nous recommandons d'impliquer ceux-ci (ou leurs proches) dans les décisions qui les concernent directement, quand cela est possible.

Introduction

Afin de prévenir et faire face à une recrudescence de cas de COVID-19, il est demandé aux MR-MRS dès que possible, et au plus tard pour le 31 juillet : :

- de constituer une **cellule de gestion de crise**, prête à réagir en situation de rebond de l'épidémie (Section 1.1);

- d'opérationnaliser dans leur contexte spécifique des **procédures** adaptées aux principaux risques avec, en particulier, une procédure pour le cohortage en cas de propagation d'une infection au sein de l'institution (Section 1.2);
- de constituer un **stock** adéquat d'équipement et de matériel de protection (Section 1.3);
- d'établir des contacts en vue d'une collaboration avec un **hôpital** (Section 1.4);
- d'établir des contacts en vue d'une collaboration avec un **laboratoire** (Section 1.5).

Pour le 31 juillet, l'ensemble des éléments listés ci-dessus doit être intégré dans un **plan d'action succinct** qui reprend de manière synthétique et opérationnelle les dispositions à prendre lors d'une crise. Les MR et MRS ayant acquis une solide expérience en matière de prévention et contrôle de l'épidémie, en tenant compte de leur contexte particulier, il est recommandé d'adapter les obligations de cette circulaire en fonction de leur contexte et infrastructure.

Ce plan devra être envoyé à Iriscare (professionnels@iriscare.brussels). Et ce, dans le but de soutenir les institutions si cela est nécessaire (et donc pas dans une optique de contrôle).

Celui-ci sera également évalué, et réévalué si nécessaire, dans le courant de l'été avec la délégation syndicale.

Par ailleurs, d'ici au **15 septembre** au plus tard, nous demandons à chaque MR-MRS:

- de formaliser la collaboration avec l'hôpital en question (Section 1.4.) ;
- de formaliser la collaboration avec le laboratoire en question (Section 1.5.) ;
- d'établir un programme de formation (Section 1.6.) ;
- d'établir un contrat de fourniture concernant des oxyconcentrateurs (Section 1.7.).

Les éventuelles difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de ces aspects seront évaluées avec le secteur début septembre afin d'envisager les aménagements ou les soutiens potentiellement nécessaires.

Enfin, les chapitres 2, 3 et 4 détaillent respectivement la stratégie de testing et de suivi des contacts des résidents ; les stades épidémiques intra-institutionnels et les actions qui en découlent ; ainsi que la question de la gestion du personnel.

1. Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins

1.1. Constitution d'une cellule de gestion de crise

1.1.1. Composition

Une cellule de gestion de crise doit être constituée, sous la responsabilité du directeur de l'institution. Elle sera constituée :

- du médecin coordinateur (à défaut, dans l'attente de trouver un médecin coordinateur, du médecin référent pour l'institution) qui sera entre autres responsable de l'organisation des mesures adaptées à la phase d'une période d'épidémie lors de la survenue de celle-ci;
- de l'infirmier en chef;
- d'un membre du personnel responsable de l'application et du respect des mesures d'hygiène: cette personne sera également responsable, en cas d'épidémie, de l'application des mesures d'isolement/cohortage, du rapport des cas auprès des autorités et de prendre contact avec la famille/proche du résident COVID-19 suspecté ou positif;
- d'un membre du personnel responsable de la gestion du stock de matériel ;
- d'un responsable pour les résidents « déments » ;
- d'un membre du personnel représentant le personnel paramédical ;
- d'un responsable identifié pour assurer la communication (interne et externe) ;

- du référent soins de fin de vie.

Pour chaque poste, un suppléant sera identifié pour pallier aux absences.

Au moins une des personnes tenant ces postes recevra la formation « référent COVID-19 » dispensée par Iriscare et ses partenaires durant le courant de l'été (voir 1.4.)

1.1.2. Missions

Cette cellule aura les missions suivantes:

- élaboration et mise en œuvre le cas échéant d'un plan d'action pour contrer une deuxième vague de COVID-19 ;
- surveillance des nouveaux cas suspects et confirmés, enregistrement de ceux-ci et prise des mesures adéquates (testing, isolement, suivi des contacts, cohortage) ;
- suivi des informations sanitaires régionales et fédérales afin de déterminer le passage d'une phase à l'autre au sein de l'institution ;
- opérationnalisation de la procédure d'isolement et de cohortage définie, le cas échéant, par le MCC ;
- organisation pratique éventuelle du testing et du suivi des contacts des nouveaux cas ;
- estimation de la quantité de matériel disponible (cf. point 2.3.) et gestion du stock de ce matériel.

1.2. Communication des procédures internes relatives à l'hygiène et à la prise en charge du COVID-19

Afin de prévenir une recrudescence de cas de COVID-19 au sein des MR-MRS, il est fondamental de respecter les mesures d'hygiène, ainsi que les consignes concernant les mesures d'isolement et/ou de cohortage, telles que détaillées dans les points 1.2.1. et 1.2.2.

Par ailleurs, les deux circulaires ci-dessous sont toujours d'application.

- la circulaire de consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la Cocom concernant le plan [forte chaleur et COVID-19 positif](#)
- la circulaire de consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la Cocom pour un [déconfinement progressif](#)

Les éléments saillants de ces procédures seront communiqués de manière pédagogique au sein de l'institution par:

- un plan de communication au sein du personnel (médical et non médical): intranet, brochures, formations...
- des rappels à des endroits stratégiques (infirmerie, cuisine, vestiaires);
- un résumé adapté aux visiteurs affiché de manière visible dans les locaux de l'institution;
- une publication adaptée aux visiteurs accessible sur le site internet de l'institution et au sein de l'institution même par le biais d'un référent/une personne physique.

1.2.1. Mesures d'hygiène générales

- Chaque MR-MRS veillera à faire respecter les gestes barrières et d'hygiène:
 - Se laver régulièrement les mains avec de l'eau et du savon fournis par l'établissement:
 - Avant et après un contact avec un résident;
 - Une attention particulière doit être portée au lavage des mains après contact accidentel avec des fluides corporels ou des muqueuses ;

- Avant une manipulation simple ou invasive;
- Après un contact avec l'environnement direct du résident;
- Après avoir retiré ses gants;
- Avant et après avoir touché à son masque;
- Après s'être mouché ou s'être touché le nez.
- Après lavage des mains, les sécher avec des serviettes en papier ou un linge propre (à usage unique);
- Anticiper des contacts accidentels de fluides corporels en portant un tablier et une blouse :
- Dans la mesure du possible, supprimer les contacts rapprochés (se donner la main, s'embrasser...)
- Eviter de se toucher le nez, les yeux, la bouche;
- Garder dans la mesure du possible une distance interpersonnelle de 1m50 au minimum;
- Utiliser toujours des mouchoirs en papier avec usage unique: il convient de le jeter directement après usage dans une poubelle fermée;
- En l'absence de mouchoir, éternuer ou tousser dans le pli du coude puis se laver les mains avec de l'eau et du savon liquide.
- L'obligation de port du masque:
 - Port obligatoire d'un masque chirurgical pour le personnel en contact étroit avec le résident avec, si nécessaire, utilisation optimale des équipements de protection;
 - Port obligatoire d'un masque pour les autres membres du personnel et les visiteurs
- Une procédure de surveillance quotidienne des résidents sera établie afin d'identifier rapidement des symptômes liés ou non au COVID-19. En cas de suspicion de cas, les coordonnées des médecins traitants et celles du MCC ou médecin référent seront clairement répertoriées;
- Des recommandations de prudence (et écartement temporaire, chaque fois que possible) pour le personnel seront mises en place en cas d'apparition de symptômes respiratoires ou température;
- Une description des flux d'entrée et de sortie des résidents, du personnel et personnes externes à l'institution sera établie;
- Un protocole pour les visiteurs (registre des entrées, port du masque, durée, modalités et fréquence des visites) sera établi;
- Les conditions de sortie des résidents, avec des membres de la collectivité ou en dehors de celle-ci seront décrites;
- Des procédures de gestion des déchets, de nettoyage/désinfection qui mettent l'accent sur une intensification des passages aux points stratégiques seront élaborées:
 - du bâtiment: barres d'appui, boutons d'ascenseur, boutons d'appel, comptoir d'accueil, portes d'entrée (personnel-fournisseurs, etc.);
 - des chambres: poignées de porte, téléphones, interrupteurs, sonnette et bouton d'appel, télécommande de la télévision, surfaces telles que table, table de nuit, accoudoirs etc;
 - des sanitaires: le bouton de chasse d'eau, les barres d'appui, le robinet etc.

1.2.2. Mesures d'isolement et de cohortage en cas (suspicion) d'épidémie.

Des procédures spécifiques doivent être rédigées pour la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé de COVID-19 (ou autre porteur de maladie transmissible). A ce sujet, les points ci-dessous doivent être détaillés dans la procédure.

a. Prise en charge d'un résident COVID-19 possible (ou avéré)

- avertir le médecin traitant et le MCC ou médecin référent;
- isoler le résident en aménageant si nécessaire un endroit spécifique (chambre inoccupée, bureau avec un accès à un sanitaire);

- assurer l'accompagnement du résident et le rassurer, particulièrement avec les patients suivis pour des troubles de santé mentale;
- avertir, informer et rassurer la famille/le proche du résident COVID-19 suspecté ou positif de sa prise en charge;
- développer des possibilités de contacts téléphoniques et multimédia pour rompre la solitude (Il est important que le résident se sente à l'aise avec le moyen de communication utilisé. Si l'utilisation d'une tablette s'avère difficile, il faudra privilégier les contacts téléphoniques);
- intensifier les passages du personnel pour éviter l'aggravation de situations dangereuses suite à l'isolement (chute, déshydratation);
- réserver une panne et un urinal pour ce résident. Après utilisation, ces objets sont couverts et immédiatement apportés au personnel chargé de le nettoyer. Ils doivent être rincés et désinfectés immédiatement avec une solution adaptée.
- tout objet ayant été en contact direct avec le résident: saturomètre, thermomètre, tensiomètre, bic... doit être désinfecté ou individualisé;
- si le résident doit quand même quitter la chambre (e.a. lors du transfert dans un autre établissement de soins), il portera un masque chirurgical et des Equipement de Protection Individuelle (EPI) (blouse, gants, visière) après l'application des mesures d'hygiène des mains;
- respecter l'hygiène des mains avant et après manipulation du masque;
- les mesures de protection contre les gouttelettes et les contacts sont prises jusqu'à ce que tous les symptômes du résident aient disparu:
 - en général : 14 jours après le début des symptômes ET avec au moins 3 jours sans fièvre ET avec une nette amélioration des symptômes respiratoires ET sur avis du médecin.

Pour les cas sévères (séjour Unité de Soins Intensif (USI)):

- 28 jours après le début des symptômes avec au moins 3 jours sans fièvre ET avec une nette amélioration des symptômes respiratoires.
- OU au moins 14 jours depuis le début des symptômes (dont 3 jours sans fièvre et une nette amélioration des symptômes respiratoires) ET deux tests PCR négatifs sur échantillons naso-pharyngés ou échantillons des voies respiratoires basses prélevés à ≥ 24 h d'intervalle.

b. Matériel et entretien de la chambre d'un résident COVID-19 possible (ou avéré)

- Le personnel de nettoyage porte un masque chirurgical, des gants et une blouse lorsqu'il entre dans la chambre;
- Tout matériel de soins (moniteur de tension artérielle, stéthoscope, thermomètre, fauteuil roulant, panne/urinal, lunettes de protection, etc.) est présent dans la chambre des résidents et au maximum lié au résident s'il est impossible de le désinfecter correctement;
- Les ustensiles de cuisine du résident malade sont déposés à la cuisine immédiatement après le repas, pour les nettoyer dans un lave-vaisselle à au moins 60 °C. Une attention particulière doit également être accordée au nettoyage des plateaux, de préférence dans le lave-vaisselle.
- Nettoyer en premier lieu le matériel non-contaminé et ensuite nettoyer le matériel contaminé;
- Tout autre matériel sera destiné à l'usage individuel du résident;
- Les vêtements de travail sont changés quotidiennement et immédiatement remplacés en cas de souillure avec du sang ou d'autres liquides corporels;
- Une aération est si possible réalisée plusieurs fois par jour (par les fenêtres, porte fermée);
- La porte d'une chambre d'isolement doit rester fermée même lors de l'aération (ouverture de la fenêtre avec la porte de la chambre fermée);
- Le linge sale est déposé immédiatement dans un contenant fermé (avec couvercle actionné avec le pied) ou dans une poubelle jaune (dite infectée). Il est lavé à 60 °C;

- Les chambres sont nettoyées et désinfectées quotidiennement avec un produit actif contre le virus: elles sont prévues en dernier lieu dans la planification du nettoyage;
- Le chariot de nettoyage et les accessoires sont ensuite nettoyés et désinfectés.

La **gestion des déchets** fera l'objet d'une procédure spécifique qui tiendra compte de leur risque de contamination:

- Le matériel coupant et les aiguilles sont évacués dans les conteneurs spécifiques.
- Les autres déchets spéciaux liés aux soins de santé sont éliminés dans des récipients agréés: matériel d'incontinence, tuyaux respiratoires, poches urinaires vidées, bandages, mouchoirs, alèzes et draps jetables ainsi que tout matériel ayant été en contact avec les fluides corporels (ex. équipement de protection individuelle souillé, mouchoirs).
- Le reste des déchets personnels du patient est éliminé par du personnel équipé dans des sacs bien fermés et dans une poubelle fermée. Il s'agit entre autres des restes de repas, des déchets papier et carton (sauf mouchoirs), des équipements de protection individuelle non-souillés.

c. Plan de cohortage des résidents suspects ou positifs

Chaque MR-MRS décrira la manière dont elle organise le cohortage des résidents infectés ou suspects. Ce plan doit être compatible avec l'architecture et l'organisation spécifique de l'institution (aile covid, chambre sas, affectation du personnel, organisation des repas, gestion des déchets, ventilation).

Si plusieurs résidents sont infectés:

- Si possible, les regrouper au sein d'un même service/étage. Ces résidents mangent dans leur chambre, les autres résidents aussi, si cela est faisable;
- Fermer ce service/étage : les résidents restent dans le service/l'étage mais sont autorisés à se déplacer librement au sein de celui-ci, à l'exception des malades qui restent en chambre;
- Si possible affecter un personnel fixe à ce groupe de résidents. Ce personnel disposera de l'EPI adapté (masques FFP2, gants, tabliers, charlottes, surchaussures).

La détection d'un cas suspect et sa mise en isolement doivent être possible chaque jour calendrier, weekend et jours fériés compris, avec réalisation d'un test le plus rapidement possible.

1.3. Constituer un stock de matériel

Chaque établissement s'engage à avoir un stock tournant (pour éviter le gaspillage et le risque de destruction) de matériel de protection individuelle et de désinfection.

Le calcul des quantités nécessaires sera estimé sur base de la formule suivante :

- masques chirurgicaux : 2/jour pour le personnel soignant, 1/jour pour les résidents et le reste du personnel;
- masques FFP2 : 1/jour pour 20 % du personnel soignant;
- gants : 4 paires/jour pour le personnel soignant, + 1 paire/jour pour le reste du personnel,;
- écrans faciaux : 3 écrans faciaux pour 50 % du personnel soignant, dont 1/3 à garder pour distribuer à la demande, en cas de besoin de remplacement dû à l'usure;
- tabliers jetables : 2 tabliers par jour pour 20 % du personnel soignant;
- surchaussures : 3 paires/jour pour 20 % du personnel soignant;
- filets pour cheveux : 2/jour pour 20 % du personnel soignant.

Ce stock devra assurer une réserve d'un mois pour les équipements suivants:

- une réserve d'1 mois en gel hydroalcoolique, gants et masques chirurgicaux pour le personnel en contact avec les résidents;
- une réserve additionnelle de masques à l'attention du reste du personnel et les visiteurs et des visiteurs externes (s'ils sont autorisés à venir sans masque personnel);
- une réserve d'équipements de protection individuelles (EPI) correspondant à l'isolement de 20 % des résidents durant un mois. Pour rappel, ces EPI comprennent des masques FFP2, des visières, des surblouses, des charlottes et des surchaussures;
- une réserve en matériel d'entretien et de désinfection tenant compte de la possibilité de ces chambres (20 %) potentiellement infectées.

Les estimations fournies par l'équipe sanitaire de même que le stock de réserve pourront être vérifiés à tout moment par les autorités.

1.4. Etablir une collaboration avec un hôpital

Pour le 31 juillet, chaque MR-MRS se mettra en contact et établira un lien de collaboration avec un hôpital de proximité. Pour les MRS, ce lien pourra être établi dans le cadre du lien prévu pour les soins gériatrique G ou psycho-gériatrique (Sp). En particulier le personnel de l'équipe sanitaire aura un contact privilégié avec une ou plusieurs personnes de référence: médecin ou infirmier hygiéniste, infectiologue, gériatre...).

Ce contact offrira un soutien en matière de mesures de prévention et de planification des mesures d'urgence. En cas d'épidémie, il facilitera le dialogue pour les prises de décisions internes ou en relation avec la seconde ligne.

Cette relation sera formalisée dans le cadre d'une collaboration pour le 15 septembre.

1.5. Etablir une collaboration avec un laboratoire

Pour le 31 juillet, chaque MR-MRS établira un lien de collaboration avec un laboratoire afin de fluidifier le testing lors de la survenue éventuelle d'une nouvelle vague de cas. Il sera question de clarifier la manière de se procurer des tests en grandes quantités, et d'établir un mode de collaboration si nécessaire.

Pour le 15 septembre, une convention formalisant cette collaboration sera établie. Dans cette convention seront précisés:

- La disponibilité d'un stock d'écouvillons correspondant à un testing potentiel de la MR-MRS;
- Les procédures pour la commande, l'acheminement et la reprise des prélèvements;
- La disponibilité d'une équipe mobile en cas de testing de masse;
- Les modalités de communication et les délais d'obtention des résultats;
- La transmission de ces derniers aux autorités.

Soulignons que les MR-MRS ne doivent pas disposer elles-mêmes de tests. La capacité de dépistage reste au sein des laboratoires, et si un manque au sein d'un labo se faisait sentir, le Service Inspection d'Hygiène des SCR interviendra pour trouver une solution.

1.6. Etablir un programme de formation régulière pour le personnel (15 septembre)

D'ici au 15 septembre, des référents COVID-19 seront formés dans chaque MR-MRS par Iriscare et ses partenaires. Ces référents seront des points de contact privilégiés au sein de l'institution pour toute

question relative à la gestion de l'épidémie. Nous appliquerons le concept de 'train-the-trainer' via ces référents.

Par ailleurs, dans chaque MR-MRS, un programme de formation relatif aux risques sanitaires et à leur prévention sera organisé à l'attention de tout le personnel, y compris de direction. Ces formations seront adaptées au public (soignant ou non-soignant) et pourront être complétées pour le personnel infirmier par des formations externes organisées par le biais de Irisicare et de ses partenaires dans un objectif de *train the trainer*.

Le choix des formateurs est laissé à l'appréciation de l'institution et de l'équipe sanitaire en particulier. Ils peuvent faire partie de cette équipe ou être extérieurs à l'institution, par exemple (et encore à confirmer): expert de Sciensano, de l'AFRAMECO, infirmier au retour d'une formation, collaborateur de l'hôpital avec lien privilégié, collaborateurs d'Irisicare et collaborateurs SCR, etc.

Le contenu sera initialement centré sur le COVID-19 puis pourra être étendu à d'autres sujets suivant les priorités, dépendant des risques sanitaires en cours. Le contenu de ce cursus sera concerté avec des médecins et des opérateurs de formations.

De manière générale, il comprendra les volets suivants:

- un rappel des mesures d'hygiène générales en vigueur dans l'institution;
- en phase épidémique, des informations relatives au pathogène, à sa propagation, à l'état actuel de l'épidémie, à ses répercussions physiques et psychologiques au niveau des résidents et du personnel;
- des informations relatives à la prévention de la transmission en abordant les différents aspects (infrastructure, matériel, mesures d'hygiène);
- des informations relatives à la prise en charge des cas positifs ou suspects;
- une revue des incidents rapportés par les membres de l'institution (manque de matériel, compréhension du règlement, gestion des visiteurs) dont le contenu servira à adapter les mesures au vécu de l'institution.

Un module initial, centré sur l'épidémie COVID-19, sera répété à une fréquence dépendant de l'évolution des risques sanitaires, avec une fréquence minimale trimestrielle. Le sujet de la grippe saisonnière sera également abordé dès l'automne 2020.

1.7. Etablir un contrat de fourniture concernant des oxyconcentrateurs (15 septembre)

En fonction des souhaits en matière de soins futurs ou planification anticipée du projet thérapeutique, il est essentiel que chaque MR-MRS dispose de l'équipement adéquat, tenant compte de l'augmentation des besoins en période d'épidémie.

Chaque MR-MRS disposera d'un contrat de fourniture en oxyconcentrateurs auprès d'une société spécialisée. En cas de besoin, le premier appareil sera fourni dans les 4 heures suivant la demande. Le contrat de fourniture devra viser à ce que le matériel supplémentaire nécessaire puisse être fourni à raison de 1 appareil toutes les 24 heures. Le nombre maximal d'appareils potentiellement nécessaires correspondra à 10 % de la population de la MR-MRS. Cette évaluation est à adapter éventuellement en fonction des projets thérapeutiques des résidents.

2. Stratégie de testing et suivi du contact (T&T) des résidents

En association avec les règles préventives d'hygiène, la stratégie de testing et suivi des contacts au sein de l'institution est primordiale afin de limiter la propagation du virus. Ce testing se fait par PCR sur frottis naso-pharyngé. Cet outil diagnostique comporte des limites en termes de fiabilité (sensibilité aux alentours de 70%). Il y a plusieurs nouvelles techniques en cours d'étude.

Il est essentiel que le testing soit réalisé par des laboratoires agréés.

Cette stratégie est en ligne avec les recommandations du RMG et entre donc dans le cadre du programme fédéral.

2.1. Qui tester ?

La réalisation d'un test est indiquée dans 3 circonstances :

- **un nouveau cas suspect;**
- **les contacts à haut risque** d'un cas index confirmé;
- **les nouvelles personnes admises dans l'institution.**

Une exception: une personne ayant eu une infection Covid-19 confirmée durant les 8 semaines précédentes ne devra pas être re-testée, qu'elle soit ou non symptomatique.

Tout résident pour lequel une indication de testing a été posée devra faire l'objet d'une mise en isolement immédiate.

2.1.1. Résidents présentant des symptômes compatibles avec une infection :

Tout résident répondant aux critères de « cas possible » selon le RMG et publié sur le site de [Sciensano](#) sera testé le plus rapidement possible après l'apparition des symptômes, en accord avec le MCC ou le médecin référent. Il est à noter que la définition de cas évolue au cours du temps et que l'équipe sanitaire doit rester au courant des dernières publications à ce propos.

Remarque importante: la diarrhée aqueuse, la confusion aigüe et les chutes soudaines sont des symptômes plus fréquents chez les personnes âgées. Cependant, faire attention aux maladies sous-jacentes.

2.1.2. Contacts à haut risque d'un résident positif ou hautement suspect :

a. Définitions

Une **personne de contact** est définie comme quelqu'un ayant eu un contact avec une personne positive/hautement suspecte dans un délai de 2 jours avant l'apparition des symptômes jusqu'à la fin de la période de contamination (7 jours après le début des symptômes ou jusqu'à leur disparition). Dans le cas d'une personne asymptomatique dont le test PCR est positif, une personne de contact est définie comme quelqu'un ayant eu un contact avec cette personne dans un délais de 2 jours avant le prélèvement de l'échantillon, jusqu'à 7 jours après.

Un contact à haut risque est défini comme une personne qui a été en contact étroit avec une personne positive ou hautement suspecte: moins de 1.5 mètre, plus de 15 minutes, sans masque. Sont également considérées comme "à haut risque" des situations spécifiques telles que:

- le partage d'une même pièce de vie ou d'objets;
- un contact physique direct ou avec des excréments ou fluides corporels.

Un contact à bas risque répond aux conditions suivantes:

- contact de moins de 15 minutes à une distance inférieure à 1,5 mètre, face à face, en l'absence de port de masque ou de paroi de plexiglas;
- un professionnel de santé qui se trouvait dans la même pièce qu'un patient COVID-19 sans l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (masque et lavage des mains), mais à plus de 1,5 mètre de distance.

Pour rappel, les personnes qui ont eu un test PCR positif durant les 8 semaines précédentes ne sont PAS considérées comme "contact à haut risque". De même, un membre du personnel ayant prodigué des soins à un patient confirmé positif ne constitue pas un contact à haut risque s'il porte les équipements de protection préconisés (masque nasal chirurgical et hygiène des mains stricte tout au long du contact).

b. Gestion des contacts "haut risque" et "bas risque"

Un contact "haut risque" sera immédiatement placé en isolement (comme le cas index suspect), jusqu'à l'obtention du résultat de ce dernier.

Suivant les résultats du test chez le cas index, la procédure est la suivante:

- Si le cas index est **négatif**, lever son isolement et celui de tous ses contacts à haut risque.
- Si le cas index est **positif**:
 - maintien de l'isolement du cas index et des contacts à haut risque durant 14 jours au total.
 - lors du retour du résultat positif du cas index, une PCR sera réalisée chez les contacts à haut risque.
 - Si leur test est positif, leur quarantaine restera identique mais on étendra la recherche des contacts étroits à leurs contacts personnels (au cas où elles seraient le cas index asymptomatique).
 - Si le résultat est négatif, la durée de l'isolement de 14 jours reste valable. En accord avec le patient, le médecin peut effectuer un deuxième test PCR avec un délai de 5 jours entre les 2 tests. Ce deuxième test sera réalisé au minimum 9 jours après le contact à haut risque:
 - Si ce deuxième test PCR est négatif, l'isolement peut être levé, soit au plus tôt 10 jours après exposition;
 - Si ce deuxième test est positif, l'isolement se termine suivant les dates initiales et n'est pas prolongé.

Un contact "bas risque" bénéficiera d'une surveillance étroite afin d'identifier rapidement d'éventuels symptômes. Les mesures de précaution comprendront:

- un renforcement des mesures d'hygiène de base;
- un respect strict de la distance de 1,5 m pour les contacts sociaux;
- le port d'un masque buccal hors de la chambre si possible;

- Le MCC, le médecin référent ou le médecin traitant décidera si un test PCR est indiqué.

2.1.3 Nouvelles admissions et retours d'un séjour longue durée en famille

Un nouveau résident venant de la collectivité sera testé dès son admission, à moins qu'il n'ait été précédemment identifié comme COVID positif (test PCR depuis moins de 8 semaines) ou testé COVID négatif depuis moins de 5 jours.

En attendant le résultat du test, ce résident sera isolé :

- Si le test est négatif, l'isolement sera levé, à moins que le nouveau résident déclare avoir été en contact étroit avec une personne malade durant les 14 jours précédant son admission.
- Si le test est positif, le résident sera maintenu en isolement durant 14 jours.

Ces mesures s'appliquent également aux résidents de retour d'un long séjour en famille.

Ces mesures ne s'appliquent pas à un résident de retour d'un week-end en famille. Ces sorties week-end en famille sont autorisées pour les résidents COVID négatif pour autant que la famille qui accueille son résident n'ait pas eu de symptômes depuis 14 jours (déclaration sur l'honneur). Cependant, si durant ce week-end le résident a eu des contacts proches avec une personne ayant présenté dans les 14 derniers jours des symptômes compatibles avec le COVID-19, à son retour il sera testé et isolé suivant la procédure "contact à haut risque" exposée ci-dessus. Il sera également demandé à la famille d'informer l'institution si un membre de la famille développe des symptômes pendant le séjour du résident ou dans les 3 jours suivants le retour du résident.

2.1.4. Retour d'hospitalisation

Lors de retour d'une hospitalisation, aucun test n'est requis.

- Si le patient a été identifié comme COVID-19 positif lors de son hospitalisation, l'isolement sera poursuivi dès l'admission, afin de couvrir la période de 14 jours depuis l'apparition des symptômes ou la réalisation du test.
- Dans les autres cas, aucun test supplémentaire n'est requis au retour vu les mesures de précaution prises en milieu hospitalier. Néanmoins, le MCC pourra décider de réaliser un test PCR au cas par cas suivant le profil clinique du patient et les informations relatives à son hospitalisation.

2.1.5. Cas particulier: contact avec une personne externe haut risque ou testée positive

Si des personnes extérieures à l'institution (visiteurs, personnel) présentent des symptômes ou un test PCR positif, et qu'elles ont été en contact avec des résidents ou membres du personnel durant les 2 jours précédents (le début des symptômes, le test PCR), il leur est demandé de prévenir la MR-MRS.

Si des personnes extérieures à l'institution (visiteurs, personnel) sont identifiées comme contacts à haut risque et qu'elles ont visité la MR-MRS dans les jours suivant leur contact avec le cas index, il leur est demandé d'avertir la MR-MRS.

Par ailleurs, si un visiteur ou un membre du personnel développe des symptômes dans les 48 heures suivant sa visite et qu'il est testé positif, le call center Test & Trace informé de ce nouveau cas contactera l'institution si la personne suspecte a déclaré sa visite.

Cet avertissement permettra à l'institution de prendre d'éventuelles mesures d'isolement et de testing du résident.

2.2. Organisation du testing : prescription, prélèvement, analyse et communication des résultats

2.2.1. Qui prescrit le test ?

La prescription d'un test PCR à un nouveau cas suspect est effectuée par le médecin traitant du résident. En l'absence de médecin traitant, le MCC ou le médecin référent assurera la prescription.

Le MCC est informé de la prescription du test.

La prescription concomitante d'un PCR influenza devra également être envisagée durant la période de transmission de la grippe (telle définie par Sciensano) et durant l'hiver.

2.2.2 Qui effectue le prélèvement ?

Le prélèvement est réalisé par un membre du personnel formé à cet égard (infirmier), par le médecin traitant, par le MCC ou le médecin référent.

Le laboratoire sera immédiatement prévenu du prélèvement afin de le reprendre le jour même. Entretemps l'échantillon sera conservé au frigo.

Lorsqu'un grand nombre de tests sont requis simultanément, l'institution peut faire appel, le cas échéant, à une équipe mobile du laboratoire pour effectuer les prélèvements. Cette possibilité aura été vérifiée préalablement avec le laboratoire (cf. point 1.5. ci-dessus).

2.2.3 Analyse de l'échantillon

L'échantillon est envoyé au laboratoire, accompagné du formulaire papier fourni par ce dernier, et selon les modalités discutées (puis formalisées) par chaque institution avec un laboratoire privé ou hospitalier (cf. point 1.5.).

Le nom et l'adresse de la collectivité doivent impérativement figurer sur ce formulaire de même que les noms du MCC ou du médecin référent et du médecin traitant afin que ces derniers aient chacun accès aux résultats.

2.2.4 Communication des résultats

Le résultat du test est envoyé par courrier (papier et électronique si possible). Il est également disponible via la page labo online de chaque laboratoire et dans le DMI du médecin traitant via eHealth ou via la plate-forme Réseau de Santé Bruxellois (Abrumet).

En cas de test positif, le laboratoire informe par téléphone le médecin prescripteur ET le MCC ou le médecin référent de l'institution. De plus, le laboratoire est responsable de la communication de tout résultat positif auprès de Sciensano.

2.3 Actions à entreprendre en cas de résultat positif :

2.3.1 Information du résident et de sa famille.

Le médecin traitant (ou le MCC/ le médecin référent, en l'absence du MT) informe le résident et sa famille du résultat, ainsi que des mesures prises afin d'éviter la propagation du virus (isolement en chambre, suspension des visites).

2.3.2 Maintien de l'isolement

Le résident est maintenu en isolement jusqu'au 14^{ème} jour après le début des symptômes (si symptomatique) ou le jour du test (si asymptomatique), avec toutes les mesures de précaution et de cohorte requises, comme stipulées dans le plan de cohorte de l'institution (voir 1.2.2)

2.3.3 Prise en charge médicale du patient infecté

Le médecin traitant, en accord avec le résident, sa famille et le MCC ou le médecin référent, décidera d'une éventuelle hospitalisation, en veillant au respect du souhait exprimé en matière de soins futurs (législation MRS) ou planification anticipée du projet thérapeutique du résident.

Si le résident reste dans l'institution, son suivi médical sera assuré par son médecin traitant.

2.3.4 Suivi des contacts au sein de l'institution: liste des contacts à haut risque et à bas risque parmi les résidents, le personnel et les visiteurs

Dès l'apparition d'un cas suspect, le MCC (ou le médecin référent ou un soignant de l'institution auquel cela aura été délégué) établit la liste complète des personnes (résidents, membres du personnel, visiteurs externes) ayant été en contact avec le résident infecté. Comme indiqué ci-dessus, un contact sera considéré à haut risque si la personne a été en contact étroit avec une personne positive ou hautement suspecte (moins de 1.5 mètre, plus de 15 minutes, sans masque).

Les **résidents** considérés comme contacts à haut risque sont placés en isolement jusqu'au résultat du cas index. Si ce dernier est positif, ils bénéficieront alors également d'un test PCR et du suivi des contacts de leurs propres contacts (cf point 2.1.2).

Pour le **personnel**, les mesures sont reprises au point 4.

Les **visiteurs** ayant été en contact avec la personne positive seront avertis personnellement afin de consulter leur médecin traitant et prendre les mesures nécessaires.

2.3.5 Information du service hygiène lors de 2 cas confirmés en l'espace de 7 jours calendrier

Dès l'apparition d'un cluster au sein d'une institution (c'est-à-dire la survenue de deux cas confirmés en l'espace de 7 jours calendrier), le MCC (ou médecin référent) ou le directeur de l'établissement prévient le Service Inspection d'Hygiène à l'adresse COVID-hyg@ccc.brussels avec l'ensemble des informations. Si nécessaire, le service est aussi joignable du lundi au vendredi (9-17 heures) au numéro 02/552.01.91.

En cas d'urgence (situation de risque d'outbreak fort à gérer avant le lendemain 9h ou pendant le week-end), une adresse mail est disponible: notif-hyg@ccc.brussels de même qu'éventuellement un numéro de téléphone: 0478 77 77 08.

Cette déclaration de cluster est obligatoire et permettra d'évaluer la situation ensemble et de prendre si nécessaire les mesures afin d'éviter un outbreak.

3. Stades épidémiques intra-institutionnels et actions à entreprendre

3.1. Définition des stades épidémiques

Les stades épidémiques au sein d'une institution peuvent être définis comme suit:

- Stade 0: 0 cas
- Stade 1: UN **cas** positif isolé – Suivi des contacts + quarantaine contacts proches
- Stade 2: **cluster**: deux cas positifs en moins d'une semaine:
 - o Prévenir le Service Inspection d'Hygiène (voir point 3.4), et suivi par ce service;
 - o Poursuite des visites et activités
 - o Quarantaine des contacts "haut risque"
- Stade 3: aggravation du cluster (augmentation du nombre de cas positifs et/ou suspects) =suspicion **d'outbreak** : décision du Service Inspection d'Hygiène de retester un étage ou toute l'institution. A ce stade, l'institution est provisoirement fermée aux visiteurs extérieurs et les activités sont suspendues en attendant les résultats et décisions qui en découlent.

Dans ce cadre, il est important que les professionnels et visiteurs gardent les mesures de protection (masque) de manière permanente. Grâce à ces mesures, si un cas positif se déclare au sein du personnel /des visiteurs, cela évite de mettre tous les résidents en quarantaine pour "contact à haut risque".

Les possibilités de visites peuvent différer selon le stade épidémique et la section ou l'état de santé du résident. Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins tiendront compte de la fragilité de certains résidents comme par exemple des problèmes de santé qui rendent le résident plus vulnérable, aussi bien au risque infection qu'au risque de syndrome de glissement. Il faudra également tenir compte du handicap de certains résidents (p.ex. problèmes d'audition, démence...) qui ne permet parfois pas le respect d'une distanciation de 1,5 mètre. Dans ce cas, les mesures d'hygiène sont d'autant plus importantes.

3.2. Mesures à prendre

En fonction du stade: se référer à 1.2.2.

3.3. Soutien disponible

En cas de nouveau foyer épidémique la direction et le CPPT (ou à défaut la délégation syndicale) peuvent prendre la décision de stopper ou limiter temporairement les visites/activités s'ils estiment que les conditions ne sont pas suffisantes pour accueillir des visiteurs en toute sécurité. Il convient, dans ce cas, d'avertir Iriscare de la décision.

3.4 Notification au Service Inspection d'Hygiène:

Au moment de formation d'un cluster = 2 cas positifs avec un lien clair endéans les 7 jours, le MCC doit contacter la cellule inspection d'hygiène (voir contacts à la fin du document). Le service inspection d'hygiène regarde ensemble avec le MCC la meilleure stratégie de testing à appliquer.

L'exécution revient aux maisons de repos et maisons de repos et de soins, avec un appui éventuel organisé par Iriscare (par exemple matériel de protection à commander via la centrale d'achat Iriscare), soutiens psychologique, intérim,...

Dans le cas d'une urgence sans solution sur place, le Service Inspection d'Hygiène pourrait envoyer une équipe d'appui sur place pour aider la structure à s'organiser.

4. Personnel

4.1. Quand effectuer un test PCR au sein du personnel?

La réalisation d'un test PCR est indiquée uniquement **dans 2 circonstances** :

- tout membre du personnel qui répond à la définition d'**un nouveau cas suspect**;
- tout membre du personnel qui répond à la définition de **contact à haut risque** avec un cas index confirmé.

Exception: une personne ayant eu une infection COVID-19 confirmée durant les 8 semaines précédentes ne devra pas être re-testée, qu'elle soit ou non symptomatique.

La question de tester un nouveau membre du personnel a été posée fin juin 2020 au Risk Assessment Group. Ce dernier confirme ses avis précédents, à savoir la **NON PERTINENCE de tester (PCR) un membre du personnel (nouveau ou non) asymptomatique** au stade actuel de l'épidémie:

- le résultat est une information ponctuelle: si cette personne entre en contact avec une personne contagieuse le lendemain, cette information n'a pas de valeur;
- l'incidence actuelle des nouveaux cas est minime (cf point 1) ce qui pose question au sujet de l'utilité du test;
- un résultat négatif rassurerait faussement avec un risque d'oublier les règles fondamentales: masque, mesures barrières et hygiène.

4.2. Mesures à prendre lors de symptômes

Tout membre du personnel présentant des symptômes compatibles avec le COVID-19 sera immédiatement écarté et contactera son médecin généraliste. Si ce dernier confirme que le membre du personnel répond [aux critères de « cas possible »](#), il sera testé (PCR).

Ce membre du personnel restera en écartement dans l'attente des résultats PCR. Cependant dès cet écartement un suivi des contacts sera réalisé au sein de l'institution (voir [2.3.4](#))

Si le résultat du test PCR est négatif et si sa situation clinique le permet, le membre du personnel continue ses activités habituelles avec les précautions nécessaires (masque, mesures d'hygiène et de distanciation physique).

Si le résultat du test est positif (le membre du personnel est un cas COVID-19):

- il est écarté et en isolement à domicile pendant minimum 7 jours après le début des symptômes ET jusqu'à au moins 3 jours avec disparition de la fièvre ET nette amélioration des symptômes respiratoires;
- lors de la reprise du travail, il porte un masque chirurgical à tout moment dans la structure jusqu'à la disparition complète des symptômes ET au moins jusqu'à 14 jours après le début des symptômes.

4.3. Mesures à prendre lors de contact à haut risque

Tout membre du personnel asymptomatique qui a eu un contact étroit avec une personne COVID-19 confirmée sera immédiatement écarté. Il contacte son médecin généraliste qui assurera le suivi (isolement et test).

- **Si le test est positif:** la personne reste à domicile jusqu'à 7 jours après le test et une recherche de ses contacts étroits est initiée.
- **Si le test est négatif:** la personne est isolée durant 14 jours. Un second test sera effectué entre les jours 11 et 13 après exposition.
 - Si ce second résultat est négatif, la personne termine la période de quarantaine;
 - Si ce second résultat est positif, la personne reste encore isolée jusque 7 jours après le test.

Exceptionnellement si la continuité des services l'exige, un membre du personnel asymptomatique qui a été en contact étroit avec une personne COVID- 19 peut continuer à travailler durant la période d'isolement. Dans ce cas il est impératif de:

- porter un équipement de protection individuelle : un masque buccal en textile pour tous les déplacements à l'extérieur, y compris au travail. Pour les soignants, un EPI adéquat doit être utilisé conformément aux procédures existantes (au moins un masque chirurgical, dès l'entrée dans l'établissement de soins) ;
- respecter strictement les règles d'hygiène des mains ;
- suivre activement la température corporelle et l'apparition de symptômes de COVID-19;
- garder une distance d'au moins 1,5 m avec les collègues ;
- éviter les contacts sociaux en dehors du travail ;
- ne pas voyager.

Le membre du personnel asymptomatique ayant été en contact étroit avec une personne COVID-19 positive qui continue à travailler sera testé de la même façon que s'il avait été en isolement strict. **En cas de résultat d'un test positif, il sera immédiatement écarté du travail:** il commencera un isolement de 7 jours, une recherche de ses contacts étroits sera initiée et il ne devra plus être re-testé.

Les masques FFP2 avec valve ne conviennent pas pour les personnes contagieuses ou suspectes de l'être.

4.4 La sérologie auprès des membres du personnel

Tout membre du personnel (ancien ou nouveau) pourrait se voir proposer un test sérologique si celui-ci s'inscrit dans un plan de gestion locale du risque au sein de l'institution. Celle-ci, dans le cadre de la gestion locale du risque, peut estimer que la connaissance du statut sérologique des membres de son personnel peut présenter un certain intérêt. Une illustration serait l'élaboration d'une stratégie de cohortage au sein de laquelle le personnel ayant des anticorps serait préférentiellement affecté dans une section avec des patients suspects ou confirmés COVID-19, particulièrement en cas de résurgence de l'épidémie.

La réalisation de ces tests dépend cependant de l'accord des membres du personnel concernés. Ils seront prescrits par le MCC (ou le médecin référent), le médecin du travail ou le médecin traitant avec son accord.

L'interprétation des résultats reste délicate (cf point 4.1) et devra prendre en compte l'évolution des connaissances.

Par ailleurs ces tests actuellement remboursés par l'INAMI ne peuvent être pris en compte que 2 fois par période de 6 mois.

En résumé:

- la réalisation de tests de sérologie pour le personnel doit cadrer dans une stratégie globale de gestion du risque au sein de l'institution;
- leur exécution doit rentrer dans les conditions de remboursement de l'INAMI;
- l'interprétation des résultats doit tenir compte de l'évolution des connaissances (voir site web de Sciensano)

4.5 Retour de voyage à l'étranger

Compte tenu de la décision du Comité de Concertation du 8 juillet 2020, l'approche en matière de restrictions/recommandations de voyages transfrontaliers se différencie entre zones rouges, oranges et vertes. Ces codes sont publiés sur le site des Affaires Etrangères.

1. Sont considérées comme « **zones rouges** » les villes, communes, arrondissements, régions ou pays reconfinés par le pays en question. La liste des zones rouges pourra être élargie, sur base d'un avis de CELEVAL, aux zones considérées comme étant à très haut risque sur base de critères épidémiologiques objectifs, y compris au sein de la zone Schengen +.

Pour ces zones, la Belgique émet une interdiction formelle de voyage.

2. Sont considérées comme « **zones orange** » les villes, communes, arrondissements, régions ou pays pour lesquels un risque sanitaire élevé est constaté par le CELEVAL sur la base de critères épidémiologiques objectifs.

Pour ces zones, la Belgique déconseillera fortement les voyages.

Toute personne (membre du personnel, résident ou visiteur) qui reviendrait d'une zone à risque « rouge » ou « orange » doit être considérée comme une personne ayant eu un contact à haut risque avec une personne COVID-19 positive et être isolée et testée en conséquence. La date à prendre en compte est celle du dernier contact (avec la zone) à risque.

3. Sont considérées comme « **zones vertes** » les villes, communes, arrondissements, régions ou pays pour lesquels aucun risque ou un faible risque sanitaire est constaté par le CELEVAL sur la base sur des critères épidémiologiques objectifs.

Pour ces zones, aucune restriction particulière ne sera émise. Les recommandations de prudence restent toujours d'application.

4.6 Suivi des cas COVID-19 et gestion des absences

Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins continueront à enregistrer les données quotidiennement (sauf les week-ends et jours fériés) sur LimeSurvey afin de détecter rapidement une éventuelle deuxième vague et d'offrir, si nécessaire, une assistance en temps opportun aux collectivités en cas d'urgence. La fréquence de cet enregistrement sera régulièrement réévaluée au fur et à mesure de l'évolution de la crise.

Le questionnaire complet ne doit être rempli qu'une fois par semaine, le mardi, quels que soient les changements. Les autres jours de la semaine, il faut répondre à une seule question pour confirmer qu'il n'y a aucun changement. Donc, lorsque la situation reste inchangée, il ne faudra répondre à aucune autre question. Les réponses du précédent enregistrement seront mémorisées (maximum 7 jours, jusqu'au mardi prochain)

Pour tous changements concernant des cas symptomatiques ou positifs, le questionnaire devra être entièrement complété le jour même (de préférence également le week-end, le lundi si ce n'est pas possible)

Le taux d'absentéisme du personnel est donc communiqué régulièrement à l'administration afin que celle-ci puisse éventuellement réactiver des équipes volantes régionales. En effet, il est important d'apporter au personnel un soutien pour éviter son épuisement en cette période post-COVID. Dans la mesure du possible, du personnel sera engagé en compensation de chaque personnel absent.

Pour plus d'informations :

Les informations spécifiques à Bruxelles, des FAQ's ainsi que des affiches et outils de communication (spots, modules d'information pour publiques spécifiques, banner...) sont disponibles en plusieurs langues sur le site www.iriscare.brussels et www.coronavirus.brussels.

En cas de question relative à la gestion de l'épidémie dans votre institution, contactez le contact center du Service Inspection d'Hygiène: COVID-hyg@ccc.brussels, 02/552.01.91. Ouvert du lundi au vendredi 9-17h.

Pour des cas d'urgence d'outbreak qui ne peuvent pas attendre le lendemain / lundi: Notif-hyg@ccc.brussels et 0478/77.77.08

Tania DEKENS

Fonctionnaire Dirigeant