UCLouvain

Faculté de santé publique

Regard sur la première vague de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les maisons de repos en Belgique

Analyse d'un instantané de la presse écrite

Mémoire réalisé par
Julia Kicq

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Regard sur la première vague de la crise sanitaire de la Covid-19 dans les maisons de repos en Belgique

Analyse d'un instantané de la presse écrite

Mémoire réalisé par :

Kicq Julia

Promoteur :

Thérèse Van Durme

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique,

Finalité spécialisée

Les remerciements

Tout d'abord, je tiens vivement à remercier ma promotrice, Thérèse Van Durme, pour son implication, sa disponibilité, ses conseils constructifs et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire pendant cette période toute particulière de crise sanitaire.

Je tiens également à remercier toutes les personnes ressources qui ont pris part de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et qui ont ainsi pris du temps pour répondre à mes questions et grandement impulsé ma motivation à l'égard de ce processus fastidieux.

Enfin, j'adresse mes remerciements à mes parents et mes proches qui m'ont soutenu et encouragé inébranlablement. Sans eux, la réalisation de ce mémoire et la réussite de ce master n'auraient pas été possible.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION **1**

CADRE CONTEXTUEL **3**

LE CORONAVIRUS 3
LE SYSTEME DE SANTE BELGE 5
LES MAISONS DE REPOS EN BELGIQUE 6
LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE 8

CADRE CONCEPTUEL **9**

LA NOTION DE CRISE 10
Gestion de crise *12*
LA QUALITE DES SOINS 14
Continuité des soins *15*
Accessibilité des soins *15*
LA SANTE DES PERSONNES AGEES 16
Vieillissement *16*
Fragilité et vulnérabilité *17*
La santé mentale des personnes âgées *19*

MATERIEL ET METHODES **21**

CADRE DE L'ÉTUDE 21
OBJECTIFS DE L'ETUDE 22
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE 22
COLLECTE DE DONNÉES 23
MÉTHODE D'ANALYSE 26

RÉSULTATS **29**

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE 29
DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON 29
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 32
Rubrique 1 : La crise dans les MRS *33*
Rubrique 2 : Rôles des autorités *35*
Rubrique 3 : Organisation des soins et qualité des soins *42*
Rubrique 4 : Les autres professionnels de santé *51*
Rubrique 5 : Personne âgée et santé *54*
Rubrique 6 : Gestion de crise et innovations *57*

DISCUSSION **62**

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS 62
FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE 75

CONCLUSION **78**

PERSPECTIVES DE RECHERCHE 79

BIBLIOGRAPHIE **81**

ANNEXES **100**

Introduction

Cela va faire maintenant quelques mois que la Belgique, tout comme le reste du monde fait face à une crise sanitaire sans précédent. La cause de celle-ci, un virus hautement contagieux. Tout commence en décembre 2019 au centre de la chine, dans une ville dénommée Wuhan quand l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est alertée de l'apparition d'un nouveau virus de la famille des coronavirus, jusqu'ici inconnu : le coronavirus 2019 (Covid-19), une maladie infectieuse sévère et potentiellement mortelle des voies respiratoires. Très rapidement, le virus fera face à un niveau alarmant de sévérité et de propagation mondiale. Déclaré comme un état d'urgence sanitaire, au mois de mars il sera qualifié de pandémie par l'OMS et marquera le début d'une lutte sans relâche contre ce virus. (1, 2) A l'heure d'écrire ces lignes, plus de 61 000 cas ont été diagnostiqué en Belgique et environ 9700 décès dont plus de 4800 en maison de repos ont trouvé leurs causes dans cette maladie. (3) Ce sera le 3ème coronavirus au cours des deux dernières décennies à être responsable d'une épidémie multinationale entrainant une mortalité et une morbidité importante. (1, 2)

Face à l'étendue et à la vitesse de propagation du virus, la Belgique, comme beaucoup d'autres pays a dû répondre à de nombreux challenges sanitaires, politiques, économiques ou encore sociaux. Des stratégies de lutte devant trouver le juste équilibre entre d'une part, les impératifs de sécurité sanitaire pour l'ensemble de la population et d'autre part, les libertés individuelles et ce, tout en maintenant une vie économique et sociale. (4)

Ainsi, pour freiner la propagation du virus, les autorités fédérales ont décidé de prendre des mesures sanitaires fortes et inédites. Allant des mesures d'hygiène générales à des mesures de distanciation sociale, le pays tout entier s'est alors retrouvé confiné. Des mesures impliquant une réadaptation complète pour la vie des citoyens belges.

Parmi ces citoyens, les personnes âgées, une des populations qui s'est révélée être la plus vulnérable face à la Covid-19 en raison des changements physiologiques liés au vieillissement et des affections préexistantes. Bien que tout un chacun soit exposé aux risques de contracter la Covid-19, ce sont elles qui ont souffert et qui souffrent encore actuellement le plus de cette situation hors du commun. En effet, selon l'OMS plus de 95% des décès liés à la Covid-19 concernent les personnes âgées de plus de 60 ans et plus de 50% de la mortalité touche les personnes âgées de 80 ans ou plus. (5)

Inévitablement, aujourd'hui, lorsque nous parlons de personnes âgées, nous ne pouvons nous empêcher de penser aux maisons de repos. De fait, très rapidement c'est au sein de celles-ci que l'épidémie s'est vue établir ses quartiers, les transformant en quelques semaines en véritables mouroirs. En effet, à côté des grandes structures hospitalières, de nombreuses structures comme celles des maisons de repos affrontent difficilement les conséquences de la pandémie sans disposer des mêmes attentions prioritaires. (6)

Ainsi, la crise de la Covid-19 a profondément bouleversé les façons de travailler, le début d'une véritable mise à l'épreuve pour le milieu. Aux vues des exigences du virus, nous avons vu se déployer au sein des établissements une multitude d'actions tant en termes d'infrastructures et de logistique qu'en termes d'engagement du personnel médical. (7) Cependant, ces mesures se sont avérées être plus que compliquées à appliquer pour le secteur des maisons de repos, faute de matériel de protection, de manque de personnel, de manque d'équipement médical adapté, de l'isolement social grandissant, de la surcharge de travail ou encore des disparités politiques. Des difficultés préexistantes mises crûment en lumière pendant la pandémie. (8)

A l'heure d'aujourd'hui où le virus ralenti et où la vie reprend tout doucement son cours, l'évolution de l'épidémie reste incertaine et le combat contre la Covid-19 continue dans les maisons de repos. Dès lors, il est temps pour notre système de santé de repenser son organisation différemment et d'attribuer une vraie place à une population et à un secteur qui appartient pourtant à notre communauté. (6, 9)

Cadre contextuel

Afin de mieux comprendre comment est née cette recherche, il nous a semblé indispensable de décrire à travers ce chapitre le contexte qui l'anime. Ainsi, nous exposerons tout d'abord le coronavirus et ses caractéristiques, problématique centrale de notre étude. Ensuite, nous verrons brièvement le système de soins de santé Belge et l'environnement particulier des maisons de repos en Belgique. Pour terminer, nous parlerons de la transition démographique et ses conséquences sur les personnes âgées et la société qui l'entoure.

Le coronavirus

Les coronavirus (CoVs) sont une famille de virus pouvant devenir pathogène chez l'homme et chez l'animal. Principalement responsables d'infections respiratoires et digestives, sept coronavirus sont potentiellement infectieux pour l'être humain. Si certains sont considérés comme un simple rhume endémique, d'autres s'avèrent plus préoccupants pour la santé publique mondiale. Le dernier en date a été découvert chez des patients aux pneumonies sévères inexpliquées, en décembre 2019, dans la ville de Wuhan, province de Hubei en Chine (1, 2, 10, 11,12, 13, 14, 15)

Ce nouveau coronavirus, initialement appelé nCoV-2019, puis SARS-CoV-2 par le comité international de taxonomie des virus, sera dénommé, en février 2020 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Covid-19 (Coronavirus Disease 2019). La Covid-19 est une maladie infectieuse, fruit du développement du virus SARS-CoV-2, un syndrome respiratoire aigu du coronavirus. (10, 12, 13, 14)

Les manifestations cliniques vont de légères à sévères, avec des symptômes multiples non spécifiques. Les symptômes les plus courants sont la fièvre, la toux et une myalgie ou une fatigue. Certains patients pourront aussi présenter d'autres symptômes, moins fréquents comme des maux de tête, des maux de gorge, une congestion nasale, des diarrhées, une perte de goût ou de l'odorat, des courbatures et des douleurs, … Bénins la plupart du temps, ces derniers apparaissent généralement progressivement. D'autres personnes contaminées peuvent également ne présenter que très peu voire aucun symptôme. (10, 11, 12, 14, 15)

Seule une personne infectée sur cinq contracte la maladie dans sa forme la plus grave. Ainsi, dans la majorité des cas, les patients guérissent sans nécessairement être hospitalisés.

Même si tout le monde peut contracter la maladie, certaines populations sont plus à risques que d'autres, c'est-à-dire d'avantage susceptibles de développer la maladie de manière sévère. Il s'agit des personnes âgées et des personnes souffrant de maladies chroniques graves (maladies cardiaques ou pulmonaires, diabète, cancer, …). (10-12)

La Covid-19 véhicule d'une personne à l'autre en se propageant par le biais de contacts directs et étroits avec une personne porteuse du virus. Les principales voies de transmissions sont les gouttelettes respiratoires expulsées par le nez ou la bouche lorsqu'une personne infectée parle, tousse ou éternue. Par le même principe, celles-ci peuvent se déposer sur diverses surfaces et objets et devenir un vecteur de la maladie. Dès lors, si une personne touche et inhale ces gouttelettes, elle peut contracter la maladie. Cependant, rien ne prouve qu'il n'existe pas d'autres modes de transmission. Ceux-ci sont encore examinés par l'OMS. (10, 11, 12, 15)

De plus, d'après l'OMS, les mesures exactes dans lesquelles se produisent les infections sont encore incomprises. En effet, la période d'incubation du virus c'est-à-dire l'intervalle de temps écoulé entre l'infection et l'apparition des symptômes, varie généralement de 1 à 14 jours. Toutefois, des données démontrent que les personnes infectées sont d'autant plus contagieuses deux jours avant l'apparition des symptômes et au début de la maladie. Les formes graves de la maladie peuvent elles, être contagieuses plus longtemps. (10, 14)

Le diagnostic de la maladie se base sur plusieurs méthodes et tests précis. Le test moléculaire d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) est le test de dépistages le plus couramment utilisé. Prélèvement nasopharyngé, il détecte le matériel génétique viral. Il est donc utilisé principalement lors d'infection active. Les tests sérologiques, tests de recherche d'anticorps peuvent aussi indiquer la présence de la maladie. Le CT Scan est un autre moyen de diagnostic. Il est probablement le plus fiable. Si nous savons diagnostiquer le virus, ni traitement spécifique ni vaccination existe. Seul l'oxygénothérapie et la ventilation respiratoire sont les soins de soutien les plus efficaces pour le moment. (10, 14, 15)

A ce jour, la maladie de la Covid-19 continuent à se répandre en Belgique et autour du monde. Les bilans épidémiologiques évoluent tous les jours. Dès lors, nous ne connaissons pas exactement l'incidence et la létalité du virus.

Le système de santé Belge

Au cœur du contexte extraordinaire de la Covid-19 et détenant un rôle clé dans la gestion de la crise, nous retrouvons le système de santé Belge, un système complexe et souvent méconnu. Ce dernier a complètement été bousculé par la crise actuelle mettant en lumière progressivement ces forces mais également ses faiblesses. Ainsi, le thème d'une actualité évidente notamment en raison de l'agenda politique mais aussi parce qu'il concerne au quotidien l'ensemble de la population, nous amène à exposer et à mieux comprendre le système de santé et plus particulièrement des soins de santé auquel nous avons à faire.

Selon l'OMS, un système de santé est défini comme *« l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.* ». Ainsi, pour bénéficier d'un système de santé performant, il faut pouvoir surmonter divers obstacles tels que les effectifs des personnels de santé, les infrastructures, la logistique, le matériel, l'efficacité du financement et le suivi des progrès. (16)

Chaque pays dispose d'un système de santé qui lui est propre. La Belgique est un état fédéral qui partage ses responsabilités en matière de politique de santé entre trois niveaux de pouvoir : le fédéral, le régional et le local (c'est-à-dire les provinces et les communes). Divisé en trois régions distinctes, la Wallonie, la Flandre et la région de Bruxelles-capitale, elle compte également trois communautés, la communauté française, flamande et germanophone. (17) Ainsi, notre système de santé est régi par une multitude d'acteurs et d'institutions.
Caractérisé par une couverture basée sur un modèle mixte à la fois bismarckien et beveridgien, notre système de santé repose sur la solidarité sociale et une assurance maladie. (18)

C'est principalement au niveau fédéral et régional que le système de santé Belge se voit être organisé. (19) Alors que le pouvoir fédéral est garant de la règlementation et du financement de l'assurance maladie obligatoire tout comme du fonctionnement et du financement des établissements de santé, le pouvoir des entités fédérées est quant à lui, avant tout compétent en matière de promotion et de prévention de la santé. (20)

Cependant, en 2011, nous avons vu apparaître au sein de notre système Belge la sixième réforme de l'état, un accord institutionnel dans le but d'obtenir un état fédéral plus efficace et

des entités plus autonomes. Ainsi, de nombreuses compétences et matières se sont vues être transférées de l'état fédéral aux entités fédérées, c'est-à-dire, les régions et les communautés. (19, 20) Cette 6ème réforme de l'état va frapper de plein fouet les soins prodigués aux personnes âgées et les maisons de repos inscrivant un certain risque d'inégalité entre les régions. (22)

Dès lors, face à cet éclatement de compétences en vigueur entre les différents niveaux de pouvoir, nous pouvons imaginer à quel point apporter une réponse centralisée à la crise de la Covid-19 fut complexe pour les autorités du pays. De plus, la compétence en matière de gestion d'une épidémie ou d'une pandémie ne correspond pas exclusivement à un niveau de pouvoir déterminé. Rajoutons également que la santé n'est pas l'unique matière concernée par la crise. A juste titre, d'autres compétences comme l'enseignement, l'économie ou encore la justice qui relèvent de différentes formes de pouvoir, jouent également un rôle important dans la gestion de la crise.

Les maisons de repos en Belgique

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation de crise de la Covid-19 ainsi que l'organisation du système de santé en Belgique font preuve d'une grande complexité. De fait, ces contextes imposent des défis majeurs auxquels doivent répondre divers secteurs de la santé. C'est le cas du secteur des maisons de repos.

De nos jours, le secteur des maisons de repos est souvent mal aimé voir même parfois oublié. De fait, nous pouvons l'observer aujourd'hui, devant une crise comme l'épidémie de la Covid-19, notre système a trop tendance à porter toute son attention à l'hôpital. Il en va de même pour la logique des réformes des soins de santé lancées ces dernières années, une nouvelle politique de soins de santé qui cherche à diminuer l'institutionnalisation et à maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile. (9) Cependant, parfois la prise en charge de personnes à la perte significative des capacités intrinsèques trop importante n'est envisageable que grâce à des soins et à de l'aide de tierces personnes. (22) Dès lors, afin de répondre à l'évolution exponentielle des besoins, il faudra développer simultanément toutes les alternatives possibles intra comme extramurales. (23)

De fait, parallèlement au vieillissement démographique et au changement de paradigme vers une offre de soins plus diversifiée, le nombre croissant de personnes âgées a de plus en

plus besoins de soins de longues durées. Les soins de longues durées peuvent être définis comme tels : « *Les activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes à risques ou atteintes d'une perte permanente significative des capacités intrinsèques, puissent maintenir un niveau de capacités fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits et à leurs libertés fondamentales et à leur dignité humaine.* » (22)

En d'autres mots, les soins de longues durées représentent tout simplement les soins formels et informels dispensés par les professionnels ou par la famille ou l'entourage. Parmi les soins formels, nous pouvons distinguer les soins à domicile et les soins résidentiels. (24)

Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons particulièrement aux soins résidentiels. Nous pouvons dissocier deux types de structures pour les personnes âgées. Premièrement, nous retrouvons les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), une institution publique ou privée qui accueille des personnes de 60 ans et plus présentant une dépendance légère ou modérée auxquelles on fournit des soins de santé et des soins paramédicaux. Deuxièmement, nous avons les maisons de repos et de soins (MRS), une structure destinée aux personnes âgées avec un haut degré de dépendance qui nécessitent des soins plus conséquents et une prise en charge plus lourde. (24, 25)

Le secteur des MRPA et des MRS, et en général, le secteur de soins aux personnes âgées, a connu et connait encore à présent une croissance importante. Cette évolution s'est manifestée par des différences considérables entre les régions de notre pays mais également par les différents types de pouvoirs organisateurs imposant des politiques divergentes en matière de financement soins de santé et de ratio de lits. (23)

Et même si le paradigme d'offre de soins destinés aux personnes âgées est en train de changer, le secteur des établissements résidentiels reste essentiel sur le plan macro-économique. Acteur clé au niveau social, il est aussi un moteur de l'économie locale. (26)

En effet, actuellement, il a été noté que 13,6% de la population âgée de 65 ans et plus appelle à des soins de longues durée formels dont 8,5% spécifiquement en MRPA et MRS. Il faut toutefois préciser que la majorité des personnes qui résident dans ces structures sont âgées d'en moyennes 83 ans et y sont de plus en plus dépendants. (24)

De plus, aujourd'hui, on recense près de 1500 établissements pour une capacité d'environ 148 000 résidents, et ce, réparti sur tout l'ensemble du territoire Belge. (26). Or, selon le modèle de prévision du bureau fédéral du plan et les recommandations du KCE, avec le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en soins de longues durées, il faudra, d'ici 2025, ouvrir 27 000 à 45 000 lits supplémentaires. Il s'agit donc d'une expansion considérable, sans compter qu'il est fort probable que cette demande en structures résidentielles grandisse davantage après 2025. Dès lors, même s'il est essentiel de développer des solutions alternatives, l'enjeu qui nous intéresse ici consiste à anticiper ce besoin aigu. (24, 27)

La transition démographique

Depuis de nombreuses années, nous voyons apparaître à travers le monde une évolution massive des populations et plus particulièrement du nombre absolu des personnes âgées. Cet accroissement spectaculaire est plus communément appelé : vieillissement démographique. En effet, comme le souligne l'OMS (Organisation Mondial de la Santé), le rythme de vieillissement de la population évoluant de plus en plus rapidement au cours du temps, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus doublera pratiquement et passera de 12% à 22% d'ici 2050. (28)

Tout comme la plupart des pays développés, la Belgique se retrouve également au cœur de cette transition démographique. Ainsi, les perspectives démographiques prévoient une croissance de la population de 16,2% entre 2015 et 2060 accompagné d'une progression continue de la population des 65 ans et plus passant de 17 à 25% en 2060 et une évolution spectaculaire des personnes âgées de 80 ans et plus qui représentera 9,1% de la population totale. (29)

Ainsi, que ce soit ici ou ailleurs et qu'il soit faible ou intense, le vieillissement démographique est bien présent. Mais pourquoi ce phénomène a-t-il lieu ? Il est caractérisé par deux facteurs clés. Le premier est l'augmentation de l'espérance de vie. Effectivement, en moyenne, nous tenons à vivre plus longtemps. Aujourd'hui, la majorité des gens bénéficie d'une espérance de vie supérieur à 60 ans. (28) De par le développement socio-économique et de la meilleure qualité de la santé publique, le schéma de mortalité se transforme et ainsi l'espérance de vie à la naissance augmente. La diminution du taux de fécondité est la deuxième raison pour laquelle les populations ont tendance à vieillir. (22) Par conséquent, en combinant

ces deux facteurs et en observant les projections en matière de pyramide des âges révélant le gonflement effectif du nombre de personnes âgées, à cause de l'avancement en âge d'un nombre important de baby-boomers, le vieillissement de la population est indéniable.

Toutefois, notons que l'épidémie de la Covid-19 et les mesures prises par le Conseil National de Sécurité (CNS) auront un impact considérable sur les perspectives démographiques de la population. En effet, à l'heure actuelle nous pouvons déjà percevoir la modification de certaines composantes démographiques. Tout d'abord, de par une surmortalité directe liée au virus. Ensuite, à cause des mesures visant à limiter la propagation du virus impliquant une restriction des mouvements migratoires et une limitation des flux migratoires internes. Enfin, les conséquences socio-économique de la crise pourraient aussi avoir une influence sur l'évolution de la fécondité à venir. De cette manière, c'est la croissance populationnelle à court terme qui sera le plus touchée par l'épidémie, et ce, d'autant plus pour les certaines catégories d'âges telles que les personnes âgées, population plus atteinte par la mortalité. (30) De plus, rajoutons que la crise de la Covid-19 n'empêchera pas le vieillissement de la population. Finalement, tout comme avant la crise, les enjeux démographiques devront être grandement pris en considération. (9)

De tels changements démographiques ne peuvent être qu'accompagnés de conséquences importantes. Tandis que certaines personnes vieilliront en bonne santé et maintiendront leurs capacités physiques et mentales, d'autres seront confrontées à une fragilité de plus en plus grande et donc dans la nécessité d'obtenir une prise en charge et une aide adéquate et personnalisée. De fait, le prolongement de l'espérance de vie et l'accroissement du nombre de personnes âgées constituent un défi politique majeur poussant notre société à développer une approche globale et transversale et ce, à de multiples niveaux (familial, emploi, logement, social, financier, mobilité, …). Par conséquent, le vieillissement démographique pose des questions nouvelles et crée de nouveaux enjeux pour les pouvoirs publics. (28)

Cadre conceptuel

Maintenant que nous avons contextualisé notre sujet, nous pouvons désormais nous concentrer sur les principaux concepts abordés au cours de cette étude. Afin de définir au mieux ces concepts, nous avons exploré diverses bases de données et certains sites internet. Ces recherches nous ont permis d'approfondir le sujet et de nous ouvrir à d'autres thématiques.

Ainsi, au travers de cette partie, nous aborderons les concepts suivants : tout d'abord, nous verrons le concept de crise et plus particulièrement la gestion de crise. Ensuite, nous parlerons de la qualité des soins et pour finir, nous nous concentrerons sur la santé des personnes âgées et plus précisément, le vieillissement, la fragilité ou encore la santé mentale qui les concernent.

La notion de crise

De nos jours, la notion de crise est un concept surutilisé au sein de notre société au point qu'elle en a perdu sa vraie signification. En effet, aujourd'hui, tout évènement non maitrisé devient potentiellement un sujet de crise. Quant à la santé, les préoccupations envers les populations grandissent et dépassent le périmètre institutionnel des gestionnaires de système de soins où les évènements sanitaires mènent la santé à l'agenda des décideurs publics. D'où l'importance de pouvoir correctement définir ce qu'est une crise. (31, 32)

Omniprésente, la notion de crise s'est répandue sur un très large éventail de champs disciplinaires. De fait, nous l'évoquons en permanence que ce soit dans le domaine de la santé, en passant par le niveau économique, politique, climatique ou encore démographique. Elle détient une multitude de définitions et de nombreux termes se rapprochant du concept de crise tels que l'incertitude, la soudaineté, le changement, l'impact, la perception ou même le processus. Ainsi, sa définition différera selon le caractère particulier que l'on choisit. Selon le contexte de notre recherche, la crise peut être définie comme : « *un processus qui sous l'effet d'un évènement déclencheur met en éveil une série de dysfonctionnement* » (31) ou encore comme « *la perception d'un évènement imprévisible qui menace d'importantes attentes des parties prenantes concernant la santé, la sécurité, l'environnement ou des problèmes économiques, elle peut impacter fortement la performance de l'organisation et générer des conséquences dommageables* ». (31)

Selon le professeur Girard, dans le domaine de la santé, le mot crise désigne « *non plus seulement des états critiques individuels mais des situations de trouble, de mise en cause du système de prise en charge sanitaire ou des situations de désordre au sein de la société ou du système de production dues à des menaces pour la santé* ». Une vision de la crise comme un enjeu de santé publique qui nous invite à comprendre à quel type de crise nous pouvons être conférer afin de les anticiper et d'y répondre au mieux. (32)

Il existe différentes typologies de crise, la plupart axées sur la cause à l'origine de la crise. Les typologies sont souvent utilisées pour recenser l'ensemble des crises selon le domaine d'activités qui les caractérisent. (31) Dans notre étude, conformément au contexte de la Covid-19, nous nous intéressons tout particulièrement à la crise sanitaire. Cette dernière est définie comme « *un évènement, touchant réellement ou potentiellement un grand nombre de personnes, affectant la santé, et pouvant éventuellement augmenter le facteur significatif de mortalité ou surmortalité, dans une région donnée ou la planète entière* ». (33)

Les crises suivent toutes des dynamiques plus ou moins longues. Il est essentiel de se préoccuper de ces cycles de vie car elle permet de mieux comprendre la crise en question et par conséquent, de mieux la gérer. Ainsi, nous pouvons distinguer cinq phases au sein de l'évolution d'une crise. Chacune des phases fera référence à une étape de gestion particulière et possèdera son propre mode d'intervention et un type de communication distinct. (31, 34)

La première phase, la phase préliminaire autrement appelée phase d'incubation est caractérisée par un calme apparent. Selon Bérubé, c'est le moment où « *la crise se prépare, les conditions de son émergence se mettent en place* ». Elle fait donc l'état de signaux faibles et ne démontre rien de définitif. Dès lors, il faudra mettre en place une gestion préventive et préparatrice à la crise. (31, 34)

Le déclenchement ou la phase aiguë est la deuxième phase de ce modèle. Elle désigne la phase la plus intense de la crise. Soulignée par une rapidité et une perte momentanée de contrôle, elle est « *généralement ponctuée d'un événement ou d'une série d'événements qui provoquent l'entrée en situation de crise* » (34) Alors, une quête d'information, le choix de diverses actions et la diffusion d'alertes seront les interventions préconisées et ce, par le biais d'une communication du risque. (31, 34)

Ensuite, la phase chronique, une phase qui se situe au cœur de la crise et qui s'accompagne souvent d'une grande sévérité. Elle correspond au « *moment où les repères connus tombent et où s'installent l'incertitude, le chaos* ». (34) C'est ici qu'il faudra contrôler et réagir adéquatement de l'entrée à la sortie de la crise. (31, 34)

Quatrième phase de ce schéma, le redressement. Elle est aussi qualifiée de phase de transition. Perdant de son intensité, la crise revient petit à petit vers une situation plus ou moins contrôlée. « *Il est alors temps de reconstruire, de ramener à l'ordre, de reprendre le cours des activités* ». (31, 34)

Enfin, nous retrouvons la phase de cicatrisation. Phase « *où les bilans sont de mise, afin de tirer les leçons qui s'imposent et procéder aux ajustements requis dans les manières de faire* ». (34) Tout doucement, elle marque le retour à l'incubation c'est-à-dire la fin de la crise sans oublier la vigilance quant au potentiel gestation crise à venir. (34)

Gestion de crise

Maintenant que nous avons mieux appréhendé le sens et la complexité de ce qu'est une crise, nous pouvons nous arrêter sur la gestion et le management de celle-ci. Tout comme la notion de crise, le management de crise ou la gestion de crise sont des mots très à la mode. Effectivement, à l'heure d'aujourd'hui, il n'existe plus aucune structure qui ne réfléchit pas en termes de crise et de gestion de crise. On voit alors, les organisations publiques, comme privées, porter un regard plus attentif sur ce processus complexe. (35) Dès lors, le concept de gestion de crise se relève difficile à définir. Sachant que la crise affiche une situation de rupture à la normalité, la gestion de crise va entrainer une série d'action visant à rétablir une forme de normalité. Ainsi, nous pouvons définir la gestion de crise telle que *« la méthodologie d'action d'une entreprise, d'un état ou de collectivité territoriale face à une crise ponctuelle, souvent violente, qui peut être de type naturelle (catastrophe), économique, physique, psychotique, ou encore les crises liées à l'information, la réputation ou les ressources humaines. »* (36)

Dans ce sens, la gestion de crise aura pour but de préparer et d'analyser de manière prospective les réactions afin de faire front à la crise en question. Toutefois, il est bon de préciser que la gestion de crise se distingue de la communication de crise. La gestion de crise se traduit à travers la communication de crise. Dans une situation d'urgence, cette dernière a pour objectif principal « *d'une part d'avertir et de rassurer (éviter la panique) la population et d'autre part, d'informer la population de situation et de son déroulement, ainsi que des mesures prises par les autorités et des recommandations faites à la population pour que celle-ci puisse remplir son rôle de premier acteur en matière de sécurité* ». (37)

En contexte de crise, un des autres enjeux sera de détenir un processus d'aide à la décision efficiente permettant d'intégrer les différentes parties prenantes, d'évaluer de manière objective les situations diverses et de prendre des décisions rapides. (36)

A cet effet et suite à la gravité de crises antérieures, le gouvernement a prévu des structures spécifiques d'intervention dans le but de prendre en charge directement en amont la gestion de potentiels problèmes sanitaires. C'est ainsi que les pouvoirs publics ont élaboré des plans d'urgence et d'intervention, plans susceptibles d'être déclenchés en cas de crise collective. « *La planification d'urgence consiste à anticiper les mesures, les procédures, les outils et les mécanismes de coordination à mettre en place lorsqu'une situation d'urgence survient.* » (38) Elle a pour objectif premier de gérer la situation et de protéger la population. Pour ce faire, elle doit pouvoir réunir rapidement tous les moyens humains et matériels nécessaires. (38)

Il existe différents plans d'urgence : les plans d'urgence multidisciplinaires, les plans monodisciplinaires d'intervention des disciplines, les plans internes d'urgence d'entreprises et d'institutions à risque. Les plans d'urgence multidisciplinaires font référence à un niveau nationale d'urgence. Parmi eux, deux plans distincts. Premièrement, le plan général d'urgence à l'échelon national instaure l'ensemble des actions permettant la gestion et la coordination de la situation. Deuxièmement, les plans particuliers d'urgence nationaux accompagnent le plan général. Ils sont généralement enclenchés à cause d'un risque particulier comme une urgence nucléaire, une menace terroriste ou un incident criminel. Concernant les plans monodisciplinaires, il en existe plusieurs types : plans d'intervention médicale (PIM), plans d'intervention psychosociale (PIPS), plans d'intervention sanitaire (PIS). (38, 39)

La planification d'urgence et la gestion de crise sont structurées en phases selon les différents niveaux de pouvoirs notamment par l'arrêté royal du 22 mai 2019 relatif à la planification d'urgence locale. (32, 37)

Les phases (communale, régionale ou fédérale) sont coordonnées selon le niveau de la gestion de crise et de la planification d'urgence et basées sur des critères : *« l'étendue géographique des conséquences néfastes (possibles), les moyens à mettre en œuvre, le nombre réel ou potentiel des victimes, le besoin d'information de la population, … »* (40) Notons que la phase fédérale doit spécifiquement répondre à plusieurs critères pour être activée comme par exemple : *« deux ou plusieurs provinces ou l'ensemble du territoire national sont concernés, menace ou présence de nombreuses victimes (blessés, tués), nécessité de mise en œuvre et de*

coordination des différents départements ministériels ou organismes fédéraux, nécessité d'une information générale à la population, … » (40)

La qualité des soins

La qualité des soins est un autre concept de notre recherche qui nous semble important d'aborder. Effectivement, depuis quelques années, la réflexion sur la santé et plus précisément la qualité de la santé évolue sensiblement. L'amélioration de l'état de santé de la population, les progrès de la médecine et la croissance conséquente de dépenses en soins de santé font office de promesses mais également de défis fondamentaux. Pour confédérer toutes ces attentes est apparu le concept de qualité. Au cœur du système de santé aujourd'hui, ce concept fondamental est devenu un enjeu collectif grandement préféré par l'ensemble des acteurs de la santé. Qualifié d'impératif médical, d'exigence sociale, voir même de nécessité économique et politique, la qualité des soins institue désormais un axe prééminent de l'action publique dans le domaine de la santé. Une mission d'autant plus difficile à promouvoir lors d'une crise sanitaire comme celle de la Covid-19. (41)

La qualité des soins n'est pas un concept propre au système de soins. Préoccupation depuis toujours pour l'homme, la démarche de qualité est utilisée dans bon nombre de domaine. Elle est devenue une nécessité et une priorité pour tous. Concept universel, selon l'OMS, « *La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». (39). Nous pouvons ajouter à cette définition que « *Garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatées, la mise à jour continuelle des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi la qualité des soins est difficile à atteindre et pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration* ». (41, 42)

Par ailleurs, le concept de qualité de soins se définit aussi à travers plusieurs dimensions :

- L'efficacité des soins c'est-à-dire « *le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de soins de santé Evidence-based à toute*

personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celle qui n'en retirerait aucun bénéfice ». Elle s'évalue grâce à des indicateurs de résultats tels que les effets désirables, la mortalité, les évènements sentinelles ou même les résultats rapportés par le patient lui-même. (43)

- L'adéquation des soins ou « *une capacité à dispenser des soins de santé adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux connaissances scientifiques du moment* ». Celle-ci est principalement mesurée selon la conformité entre la pratique médical et les recommandations clinique. (43)
- La sécurité des soins, *« la capacité à dispenser des soins de santé qui ne nuisent pas au patient »* (43)
- Les soins centrés sur le patient autrement dit, *« des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veillent à ce que ces dernières guident la prise de décision clinique »* (43)
- La continuité des soins

Continuité des soins

Comme nous venons de le dire, la continuité des soins fait partie intégrante de la qualité des soins. Concept dominant dans le domaine des soins aux personnes âgées,, nous nous intéressons particulièrement à la continuité des soins. Celle-ci se définit comme *« la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique, sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs, ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté »*. (43) Il existe quatre indicateurs permettant d'analyser la continuité des soins. La continuité de l'information est le premier. Elle mesure l'utilisation du Dossier Médical Global (DMG). Deuxièmement, la continuité relationnelle. Celle-ci regarde l'index de consultation du médecin généraliste habituel. Elle démontre que plus notre relation avec notre généraliste s'étant dans le temps, plus la médecine est de meilleure qualité. Ensuite, la continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins observant précisément le suivi des personnes âgées par les médecins généralistes post-hospitalisation. Et enfin, la coordination de soins. C'est le lien entre les différents dispensateurs de soins. (43)

Accessibilité des soins

Non loin de la qualité de soins, un autre concept essentiel participe à la performance du système de santé : l'accessibilité des soins. Définit comme *« la facilité à accéder aux services*

de santé, tant physiquement qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité de personnel qualifié », elle se décline sous plusieurs angles : l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique, l'accessibilité temporelle ou encore l'accessibilité en termes de ressources humaines. Cette dernière désigne l'activité des prestataires de soins (infirmiers, médecins, …) et la disponibilité des lits dans certains secteurs de soins tels que les soins de santé mentale, les soins de fin de vie ou les soins aux personnes âgées. (44)

La santé des personnes âgées

Étant donné que la présente recherche porte sur les personnes âgées, il nous semble évident de définir cette population. La population des personnes âgées n'est pas aisée à caractériser. Selon les références des Nations Unies ou encore l'OMS, on définit les personnes comme « âgées » à partir de l'âge de 60 ans. Cependant, l'âge a de multiples significations et représentation et n'est pas toujours perçu de la même manière d'une tranche de la population à une autre. Habituellement, notre société aura le don de catégoriser et de classer les individus différemment en fonction de leur âge. (45-47)

Ainsi, la définition de la personne dite « âgée » nous renvoie non pas à la notion d'âge chronologique mais plutôt à la construction sociale et au fonctionnement social autour de cette population. Effectivement, il existe une diversité absolue des états de santé, des niveaux fonctionnels, des capacités physiques et de l'évolution des changements physiologiques des personnes âgées. Tandis que certains individus âgés de 80 ans détiendront des capacités physiques et mentales comparables à de jeunes adultes, d'autres plus jeunes verront ces habilités se détériorer. (22, 28)

De manière plus adéquates, depuis quelques années, on voit naître d'autres concepts faisant référence plus précisément au processus d'avancée en âge, à l'expérience du vieillissement et aux changements qui accompagne cette population. (45-47)

Vieillissement

Le vieillissement est un phénomène planétaire. Il intègre de nombreux aspects et démontre une réelle complexité. Selon l'OMS, il peut être défini comme : « *Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive*

des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort.» (22)

Pourvu des multiples mécanismes aléatoires, le vieillissement n'est pas uniquement le biais de modifications biologiques et de problèmes de santé, il implique également des modifications sociales. En effet, le processus d'avancé en âge ne répond pas à une définition universelle et une logique claire. Il est bien souvent accompagné de changements et de nouvelles transitions influençant la vie de l'individu. Les transitions dites « biographiques » sont considérées comme de réelles étapes dans le processus de vieillissement. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la retraite, les problèmes de santé, les limitations fonctionnelles, la déprise des activités, la perte de son conjoint, l'entrée en maison de retraite, les tensions identitaires ou encore le statut sociétal. (22, 46)

Certes, la dynamique du vieillissement peut s'avérer complexe et difficile. Elle affirme de nombreuses répercussions physiques et sociétales pouvant engrener un risque de fragilité, de dépendance et de perte d'autonomie. Cependant, il ne faut pas oublier que le vieillissement demeure un processus précieux et peut être une bonne chose. En transformant son image, l'avancé en âge devient une ouverture, un accès à d'autres possibilités et le début d'une nouvelle étape de vie désirable. (22, 46)

Dès lors, il est essentiel de prendre en compte l'ensemble de ces aspects afin de d'abord comprendre le vieillissement pour ensuite agir sur celui-ci en lui apportant une considération adéquate et bien évidemment en lui offrant une prise en charge adaptée répondant à toutes les spécificités que ce processus renferme. Dans ce sens, il nous a paru naturel de vous mettre en évidence d'autres caractéristiques associées à la population des personnes âgées et qui sont le constat du processus du vieillissement.

Fragilité et vulnérabilité

La notion de fragilité n'est pas facile à appréhender. Souvent mise en valeur et considérée comme « *le concept phare de la gériatrie* » (48), elle ne possède pas de définition consensuelle sachant que son contenu continue encore aujourd'hui d'évoluer. Néanmoins, certains auteurs définissent la fragilité comme : « *une perte de résilience qui altère la capacité de l'individu à préserver un équilibre donné avec son environnement* » ou encore comme « *un état ou un syndrome qui résulte d'une réduction multisystémique des capacités de réserve au*

point que plusieurs systèmes physiologiques s'approchent ou dépassent le seuil d'insuffisance. (...) Par conséquent, la personne dite fragile a un risque supérieur d'incapacité ou de mort même face à des perturbations externes mineures ». (48)

Caractérisé de multidimensionnelle, on peut aborder la fragilité selon plusieurs conceptions : biologique, fonctionnelle, physiologique et dynamique. Toutes apportent une vision analogue et différentielle à la fois. La plus courante est l'approche biologique. Assimilée à la médecine classique, elle renvoie le sujet fragile à un syndrome clinique ou à des changements physiologiques principalement causés par diverses pathologies associées au vieillissement. La conception fonctionnelle, quant à elle, fait référence au concept de dépendance. L'approche physiologique exprime l'incapacité à maintenir l'état d'homéostasie. Enfin, on peut également relier la fragilité à un aspect dynamique portant sur des facteurs de stress psychologiques, sociaux, économiques ou comportementaux. (49)

« *Le terme fragilité vise à décrire la réduction multisystémique des réserves fonctionnelles qui apparait chez certaines personnes âgées, limitant alors les capacités de leur organisme à répondre au stress mineur. Cet état d'instabilité physiologique expose l'individu à un risque d décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès.* » (49, 50)

La fragilité est souvent perçue comme une faiblesse interne. Or, comme l'indique la définition ci-dessus, elle peut amener l'individu âgé à des risques plus externes. On parlera alors de vulnérabilité. *« La vulnérabilité souligne un déficit de ressources ou le manque de conditions cadres affectant la capacité individuelle à faire face à un contexte critique, en même temps que la capacité de saisir des opportunités ou d'utiliser des supports pour surmonter cette épreuve afin de maintenir une existence par soi-même ».* (51)

Ainsi, les notions de fragilité et de vulnérabilité chez les sujets âgées mettent en lumière un réel enjeu de santé publique : déterminer au sein de la population âgée, les individus fragiles et/ou vulnérables afin de mettre en place des mesures de préventions efficaces, des prises en charges adaptées et des organisations de soins adéquats.

La santé mentale des personnes âgées

Selon l'OMS, la santé mentale est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (52)

« *La santé mentale est la pierre angulaire de la santé publique, surtout chez les personnes âgées* ». (53) Le vieillissement s'accompagne de nombreuses vulnérabilités psychologiques, sociales et environnementales. Une fragilité entrainant un risque d'infection conséquent et une diminution des réponses immunitaires. Combiné à de multiples comorbidités, le risque de forme grave de la Covid-19 chez les personnes âgées est assuré. Toutefois, les conséquences de cette maladie sur les personnes âgées ne se limiteront pas uniquement à celles causées par une éventuelle infection par le virus. En effet, au-delà du plan sanitaire, les mesures restrictives de confinement et de distanciation sociale ont fortement impacté la santé mentale de cette population particulièrement vulnérable. Ces lignes directrices sont l'une des causes majeures de solitude et d'isolement social, en particulier dans des environnements comme les maisons de retraite. (53, 54)

Défis importants en Santé Publique, la solitude et l'isolement social sont deux concepts souvent confondus dans le langage courant. De fait, une personne peut être isolée sans pour autant se sentir seule et inversement, une personne peut tout à fait ressentir de la solitude alors qu'elle est bien armée socialement. Ainsi, il est important de clarifier ces concepts apparents. (55)

En Belgique, 23% des personnes âgées de 65 ans et plus sont frappées par l'isolement social. **L'isolement social** se définit comme l'absence ou la limitation objective de contacts sociaux avec les autres. Contraire de la participation sociale, il se mesure selon la fréquence des liens sociaux entretenus par la personne. (56, 57)

Contrairement à l'isolement social, **la solitude**, quant à elle repose davantage sur une notion plus subjective. Touchant près de la moitié de nos ainés, elle désigne le « *ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité de) certaines relations* » (57) Influencée par la quantité mais également par la qualité des rapports sociaux, la disposition à détenir beaucoup de contacts sociaux n'exclut pas la possibilité de se sentir seule. (55)

Il peut être difficile d'appréhender toute l'étendue et la complexité de l'influence des relations sociales sur la santé. Cependant, la solitude et l'isolement social, tous deux peuvent affecter la santé tout au long de la vie et tout particulièrement les personnes plus âgées. Même s'il est certain que toutes les personnes âgées ne sont pas seules ou isolées, de par leurs prédispositions tels que vivre seule, perdre son conjoint, les maladies chroniques, les déficits sensoriels, … celles-ci seront plus susceptibles d'être confrontées à ces deux affections sociales.

Dès lors, l'isolement social et la solitude sont considérés comme des facteurs de risques importants pouvant altérer considérablement l'état de santé général des personnes âgées.
Lutter contre l'isolement social et la solitude sont donc des défis à ne pas perdre de vue, et ce, pendant une pandémie ou non. (55, 56)

Matériel et méthodes

Cadre de l'étude

Cette étude constitue un mémoire de recherche. Ce dernier vise principalement à contribuer à une analyse théorique et empirique d'une question de recherche en santé publique. Avant de vous présenter cette question, il nous semble important de vous décrire comment cette recherche s'est construite.

En effet, la crise actuelle du coronavirus a bouleversé notre recherche, nous invitant alors à réorienter celle-ci autrement. La recherche initiale consistait à étudier comment faciliter la transition des personnes âgées vers les maisons de repos selon la perspective des personnes âgées, de leurs aidants proches et des professionnels qui les accompagnent. Cette étude devait utiliser des méthodes mixtes afin d'évaluer la perception de la part des résidents et de leur entourage, à propos de l'organisation et le type d'appui proposé et reçu durant la transition vers la MRPA/MRS. Nous avions introduit une demande auprès du comité d'éthique. Cette demande a été acceptée après quelques remarques sur la forme, vu que les informations se trouvant sur le site ne sont pas suffisamment claires pour les travaux de recherche.

Cependant, alors que nous devions entreprendre notre collecte des données au sein même des maisons de repos, est apparue la crise sanitaire de la Covid-19. Rappelons-nous, cette crise sans précédent a plongé la pays tout entier dans des mesures de distanciations sociales et de confinement empêchant toute activité non essentielle. Alors, nous nous sommes vus dans l'incapacité de réaliser nos entretiens auprès des personnes âgées résidant en maison de repos, Dès lors, afin de ne pas s'éloigner du thème initial et de souscrire à l'actualité, nous avons décidé de diriger notre recherche vers la crise du coronavirus et ce, particulièrement chez les personnes âgées en maison de repos, en essayant de trouver une alternative à la collecte de données, via des entretiens.

Ainsi, l'étude se déroule pendant la première vague de la pandémie du coronavirus en Belgique. Elle s'intéresse aux problématiques liées aux personnes âgées vivant en maison de repos afin d'améliorer leur qualité de vie, de répondre adéquatement à leurs besoins mais également et surtout de leur accorder une place réelle au sein de notre système de santé et de notre société.

C’est pourquoi, nous avons choisi les questions de recherche suivantes :

« **Que nous apprennent les documents publiés lors de la première vague, à propos de la situation dans les maisons de repos en Belgique face à la première vague de la crise sanitaire du coronavirus ? Quels sont les obstacles et les leviers de la gestion de cette crise mis en évidence dans ce secteur ? Comment la crise du coronavirus a-t-elle fait apparaître les fragilités du secteur des soins résidentiels et remis en cause la place des personnes âgées dans notre société ? »**

Objectifs de l’étude

L’objectif principal de cette recherche est d’étudier à travers les diverses informations et communications, la situation dans les maisons de repos en Belgique face à la crise sanitaire du coronavirus.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques sont d’étudier, au travers de l’analyse documentaire des documents publiés lors de la première vague :

- Comprendre et identifier les ressources et les contraintes des professionnels, des résidents et de leurs familles du secteur des maisons de repos rencontrés pendant la crise.
- Identifier les moyens mis à disposition des parties prenantes dans les maisons de repos en Belgique pour prendre en charge les personnes âgées et faire face à la crise.
- Identifier et comprendre la représentation et la place des personnes âgées au sein du système de santé belge et de la société qui l’entoure.

Apprendre à connaitre en détails cette situation, permettra d’avoir une première vision de la crise dans les établissements de soins résidentiels, d’en apercevoir les forces et les faiblesses et de pouvoir comparer celles-ci avec l’évolution future de la pandémie. Dès lors, ce travail pourrait servir de point de départ pour une futur étude approfondie de la crise du coronavirus dans les maisons de repos en Belgique.

Méthodologie de recherche

Le domaine des soins de santé est un domaine complexe. La majorité du temps, il n’existe aucune preuve disponible et adéquate répondant parfaitement à la question de recherche. C’est aussi le cas de notre étude. En effet, à l’heure d’aujourd’hui, le virus court toujours. Tandis que les experts cherchent encore un traitement, la situation épidémiologique

quant à elle évolue invariablement. Dès lors, il n'existe que très peu d'affirmations scientifiques, seules les informations à travers la presse et les communications gouvernementales nous renseignent sur la situation. C'est pourquoi, face aux objectifs de ce mémoire de recherche, il nous semble évident d'utiliser les méthodes qualitatives. (58-61)

De fait, la méthode qualitative n'aspire en aucun cas à quantifier ou à mesurer, elle se veut recueillir des données dans une démarche interprétative. (58) Selon Croswell, elle peut être définie telle que : « *Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage* ». (59)

Ainsi, elle vise à comprendre en profondeur des processus en enrichissant la compréhension de phénomènes complexes sans prétendre à des résultats précis. Dans ce sens, la recherche qualitative contribue au développement des définitions conceptuelles, des typologies et des classifications. Elle approfondit également la manière dont les attitudes, les comportements et les expériences s'articulent afin de mieux les comprendre. Ainsi, elle observe la réalité sociale en comprenant les expériences personnelles et les besoins des usagers et des prestataires afin de générer de nouvelles hypothèses. (59, 61)

Décrite comme une démarche pas à pas et rigoureuse, la recherche qualitative est avant tout une démarche exploratoire et inductive. Souvent basée sur une approche empathique et naturaliste, elle utilise les mots, les images ou encore les observations comme principaux matériaux. Constituant une démarche flexible et itérative, le chercheur se révèle être l'outil central permettant une compréhension holistique où il s'intéresse à la complexité des individus et des phénomènes. (61)

Collecte de données

Il existe de nombreuses sources de données qualitatives tels que les entretiens, l'analyse de documents ou encore les observations. Aucune d'entre elles se voit être meilleur qu'une autre, toutes présentent leurs forces et leurs faiblesses. (59) Par conséquent, afin de pouvoir répondre adéquatement à notre question de recherche, nous avons choisi comme approche, l'analyse de documents et plus précisément celle de documents électroniques. Une précision

choisie intentionnellement par le chercheur pour des raisons pragmatiques étant donné les conditions de crise, à savoir les mesures de distanciations sociales et de confinement. L'analyse de documents est une approche qui permet de récolter des informations riches et nombreuses dont le sens profond n'est pas donné d'emblée au chercheur nécessitant alors un traitement particulier de celles-ci. De la sorte, l'utilisation et l'analyse de ces informations marqueront une part de subjectivité du chercheur. (61)

Par l'approche qualitative, il n'est pas question d'étudier une population mais bien un sujet en profondeur. (61) Face à un raz de marée d'informations concernant le coronavirus, le chercheur a dû considérablement délimiter sa recherche. De ce fait, premièrement, le chercheur a sélectionné une période déterminée. Celle-ci débute le 16 mars 2020, point de départ des mesures barrières contre le virus de la Covid-19 et se termine le 20 avril 2020. Ce choix constitue l'entre-temps le plus intense de la crise et par conséquent un postulat d'informations d'autant plus représentatif pour notre étude.

Ensuite, le chercheur s'est penché sur la circonscription de sa recherche à travers différents mots-clés à savoir : *coronavirus, covid-19, maison de repos et personne âgée*. Notons que les synonymes de ces termes peuvent aussi être pris en compte. Tous ont été utilisé séparément et/ou conjointement dans la barre de recherche. Ils ont également tous un lien direct avec la question de recherche. De plus, afin d'orienter d'avantage notre recherche, chaque article sélectionné détient un ou plusieurs de ces termes dans son titre.

Ainsi, la collecte de documents se matérialise à travers un ensemble de corpus. Ce dernier forme notre échantillon de convenance. (cfr **Annexe 1**) Afin d'obtenir une diversité d'information et de communication sur le sujet, nous avons choisi de puiser celles-ci au sein de différentes typologies de presses électroniques autrement dit, à travers divers sites internet. Ces centres d'information présentent un large panel de style d'écriture, d'auteurs, de motivations et de types de renseignements. (62)

Parmi les différentes sources de référence, le chercheur a premièrement examiné les sources officielles. Il s'agit de tous les articles, documents et rapports amenés par les autorités internationales et nationales (fédérales, régionales et communautaires) ainsi que par leurs collaborateurs et experts.

Parmi celles-ci, nous retrouvons :

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) https://www.who.int/fr/home
- Sciensano http://www.wiv-isp.be
- Service Public Fédérale Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement https://www.health.belgium.be/fr et https://www.info-coronavirus.be/fr/
- Centre de Crise National (NCCN) https://centredecrise.be/fr
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) https://www.aviq.be
- Iriscare https://www.iriscare.brussels/fr/
- Site officiel de la Wallonie http://www.wallonie.be
- Site officiel de la région Bruxelles-Capitale https://be.brussels
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) https://www.kce.fgov.be/fr
- Commission Communautaire Commune. (COCOM) https://www.ccc-ggc.brussels
- Commission Communautaire Française https://ccf.brussels
- Service Public fédéral Justice https://justice.belgium.be/fr
- Ordre des médecins https://www.ordomedic.be/fr

Deuxièmement, le chercheur a étudié la presse spécialisée et la presse professionnelle. Ces dernières désignent le traitement d'un domaine ou d'un sujet en particulier tel que la science, la santé, etc. Elles sont souvent destinées à un public cible et éditées par des professionnels et/ou des scientifiques. (63, 64) D'abord, nous avons appréhendé les magazines et revues médicales et professionnelles à savoir :

- Le journal du médecin https://www.lejournaldumedecin.com/
- Le Spécialiste https://www.lespecialiste.be
- Médi-sphère https://www.medi-sphere.be
- La revue Santé Publique
- Le guide sociale http://www.guidesocial.be/
- La revue Gérontologie et Société

Par le suite, nous avons regardé les associations, de multiples organes représentant des projets, des populations ou encore des intérêts communs comme par exemple, les infirmières, les médecins généralistes ou encore le secteur des maisons de repos.

- Infor-home Bruxelles http://www.inforhomesasbl.be/fr/
- Senoah (anciennement Infor Homes Wallonie) http://www.senoah.be
- Médecins Sans Frontière (MSF) https://www.msf-azg.be/fr

- Fermabel https://femarbel.be
- Fédération Nationale des Infirmières de Belgique (FNIB) https://fnib.be
- Association belge des praticiens de l'art infirmier (acn) https://www.infirmieres.be
- Fédération des CPAS https://www.uvcw.be
- Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale (AVCB) https://www.avcb-vsgb.be
- Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (Aframeco) http://www.aframeco.be
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et Collège de Médecine Générale (CMG) https://www.ssmg.be
- Abbeyfield https://www.abbeyfield.be/fr/
- Institut Amelis https://institut.amelis-services.com
- Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (SBGG) https://geriatrie.be/fr/

Enfin, nous avons fait nos recherches dans la presse généraliste. Opposée à la presse spécialisée et professionnelle, elle s'adresse au grand public et englobe principalement les journaux et magazines quotidiens couvrant l'ensemble de l'actualité nationale et internationale. (63, 64) Deux journaux ont été exploré :

- Le journal *Le soir*
- Le journal de *La libre Belgique*

La collecte des données et l'analyse de celles-ci sont deux étapes non dissociables. En ce sens, afin de faciliter l'étape d'analyse, nous avons rassemblé et trié l'ensemble de ces documents dans un tableau récapitulatif reprenant respectivement sa source, son auteur, sa date et son sujet central. Dès lors, le chercheur a classé chaque document ou extrait de document trouvé selon des attributs issu de sa recherche. (65)

Méthode d'analyse

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons délibérément choisi d'utiliser **l'analyse thématique** et ce, comme méthode unique. Ce travail d'analyse revient à faire intervenir des procédés de réductions des données de manière à saisir le sens des informations au-delà des significations premières. Contrairement à d'autres analyses, l'analyse thématique n'a en aucun cas pour fonction d'interpréter, de théoriser ou encore de dégager l'essence d'une expérience.

Elle désigne avant tout une méthode permettant de repérer et de synthétiser des thèmes dans un corpus. (61, 66)

En effet, afin de traiter et de dégager les messages fondamentaux du corpus, l'analyse va faire appel à diverses dénominations, plus communément appelées « thèmes » et/ou « sous-thèmes ». Par thème, nous entendons : « *un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos* ». (61) La thématisation peut être adoptée par plusieurs types d'analyse qualitative. Cependant, ici avec l'analyse thématique, la thématisation assure le fondement de la méthode. Dans ce sens, le chercheur va se livrer à plusieurs lectures du matériau à l'étude et à diverses formes de marquages dans le but de s'approprier une première fois le corpus et d'en ressortir une vue d'ensemble pour finalement le conduire à un travail systématique de synthèse. Au fur et à mesure où il avance dans sa lecture, il va repérer, regrouper et examiner les thèmes abordés par le corpus. Ainsi, chaque nouveau thème soulève un nouveau sujet. En somme, le chercheur va transposer son corpus en un certain nombre de catégories à la fois en fonction du matériau soumis à une analyse mais aussi selon la finalité de sa recherche. (61)

En recherche qualitative, il règne deux niveaux d'analyse : **l'analyse descriptive** et **l'analyse interprétative**. Toutes deux fonctionnent ensemble. En ce sens, il n'y a pas de bonne interprétation sans une bonne description. Le premier niveau d'analyse raconte systématiquement et objectivement ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche. Elle permet à la fois le repérage et la documentation de thèmes pertinents en lien avec les objectifs de la recherche. Ce niveau d'analyse, tout comme l'analyse thématique détient deux fonctions principales : la fonction de repérage et la fonction de documentation. Le repérage se réfère au relevé des thèmes pertinents à l'intérieur du corpus en lien avec les objectifs de la recherche. La fonction de documentation va plus loin. Elle consiste à mettre en parallèle les différents matériaux de façon à émaner les récurrences ou les divergences entre les thèmes d'un corpus à un autre. Une manière de construire à travers un schéma (l'arbre thématique) une représentation synthétique et structurée des grandes tendances analysées. (61, 66)

L'analyse interprétative quant à elle, vise la conceptualisation et la théorisation, phase dans laquelle la subjectivité du chercheur ainsi que les connaissances issues de la littérature de celui-ci vont consentir à l'interprétation des résultats et à la production de nouvelles hypothèses. De plus, soulignons que la méthode qualitative recourt à une démarche inductive c'est-à-dire

une démarche qui consiste à faire émerger des thèmes ou des catégories qui ne sont pas définis à priori. (61, 66)

Maintenant que nous avons cerné ce qu'est l'analyse thématique, nous pouvons nous atteler sur les techniques précises d'analyse et de thématisation du chercheur. Effectivement, l'analyse va se dérouler à travers différentes opérations : la nature du support matériel, le mode d'inscription des thèmes et le type de démarche de thématisation. Premièrement, la nature du support matériel. Il y a deux types de support : le support papier ou le logiciel. Pour des questions de facilité et car il ne requiert aucun apprentissage, nous avons choisi le support papier. Moyen traditionnel par excellence, il permet de colliger aisément les documents et d'y ajouter des notes directement. Ensuite, le chercheur s'est penché sur le mode d'inscription des thèmes. Il a choisi le mode d'inscription en marge, un mode naturel et pratique. Ainsi, au fil de sa lecture, le chercheur annote les thèmes émergeants dans une marge. Enfin, concernant le type de démarche de thématisation, deux alternatives sont possibles : la thématisation en continue ou la thématisation séquencée. Puisque nous sommes dans le cadre d'une démarche inductive, le chercheur a opté sans surprise pour un processus en continu. Cette démarche ininterrompue a l'avantage d'offrir une analyse fine et riche du corpus cependant, elle est complexe et exige un temps conséquent. Elle consiste au fur et à mesure de la lecture du texte, à identifier, noter, regrouper, hiérarchiser et fusionner les thèmes abordés. On voit alors tout au long de la recherche se construire progressivement l'arbre thématique qui ne sera parachevé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus. (61, 66)

Au fur et à mesure de créer les catégories thématique émergeantes à partir de l'ensemble des matériaux sélectionnés, le chercheur va commencer à classer les éléments pertinents au sein de ces catégories. C'est la construction de la fameuse grille d'analyse, autrement appelée relevé de thèmes. (cfr **Annexe 3**) Dans un nouveau document, le chercheur s'opère à un examen systématique d'inventaire des thèmes au travers de diverses opérations, partie intégrante de la démarche de thématisation. L'objectif étant de mettre en avant les ensembles thématiques saillants et d'élaborer des axes thématiques en vue de construire l'arbre thématique. Il existe une multitude de formes de grilles d'analyse. Nous avons procédé ici à un relevé par colonne, ce modèle est particulièrement utile lors de traitement de texte et apporte une présentation visuelle claire et lisible. (66)

Résultats

Dans cette partie, nous irons présenter les résultats obtenus grâce à nos recherches. Premièrement, nous vous décrirons brièvement le déroulement de cette étude et les caractéristiques de notre échantillon de convenance. Ensuite, nous vous exposerons les résultats de façon à faire émerger le contenu de nos recherches et ce, à travers quelques extraits de la presse.

Déroulement de l'étude

L'exploration empirique de la question de recherche s'est déroulée lors de la première vague de la crise du coronavirus. Face aux mesures d'isolement sociale et de confinement, le chercheur a pris la décision pragmatique d'initier essentiellement ses recherches sur le net. Le recueil des données s'est alors déroulé par le biais d'une délimitation de la recherche. Après avoir démarqué une période d'environ un mois et une semaine, située précisément entre le 16 mars 2020 et le 20 avril 2020, le chercheur a régulé sa recherche par l'intermédiaire de divers mots-clés. Notons également que cette étude se déroule et concerne la Belgique dans son entièreté.

Description de l'échantillon

Tableau 1. *Caractéristiques de l'échantillon de convenance*

Typologie de presse	Source	Nombre de document
Presse généraliste 117	Le soir	63
	La libre	54
Presse spécialisée et professionnelle 61	Le spécialiste	11
	Médi-sphère	9
	Le guide Social	13
	La journal du Médecin	1
	Mon généraliste	1
	Senoah	1
	Médecins Sans Frontière (MSF)	2
	AVCB (Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale)	3
	Fermabel	2
	Fédération des CPAS	1

	FNIB (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique)	1
	Aframeco (Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins)	8
	SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale)	2
	CMG Collège de Médecine Générale (CMG)	2
	Abbeyfield	1
	Institut Amelis	1
	Infor-Home	1
	SBGG (Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie)	1
Presse officielle 101	OMS	2
	Sciensano	38
	SPF Justice (Moniteur Belge)	2
	AVIQ	4
	Iriscare	6
	COCOF	1
	COCOM	1
	Ordre des médecins	2
	SPF Santé Publique	39
	Région Wallonne	2
	Région Bruxelles-Capitale	3
	Centre de Crise National (NCCN)	1
		TOTAL = 279

Après la délimitation de la recherche, notre échantillon totalise un corpus de 279 documents, articles et rapports numériques.

A travers l'ensemble de ce corpus, nous distinguons trois grandes typologies de presse qui se définissent et se différencient principalement selon leur contenu.

La première, la **presse généraliste**, compte un ensemble de 117 articles, 63 d'entre eux proviennent du journal *Le soir*, alors que les 54 restant sont issus du journal *La libre Belgique*. Elle représente ainsi 42% de notre échantillon. La **presse spécialisée et professionnelle,** quant à elle, aligne 61 articles dont 35 venant de revues médicales et professionnelles (*Le spécialiste, Médi-sphère, Le journal du médecin, Mon généraliste*) et 26 issus d'associations diverses, soit

un pourcentage de 22% du corpus. Enfin, la **presse officielle** couvre 36% de l'échantillon avec un total de 101 rapports, documents et articles.

Maintenant, regardons plus précisément les différentes sources associées à chaque typologie de presse. Dans la presse spécialisée et professionnelle, nous constatons une activité plus importante pour certains milieux ou corps de métiers que d'autres. Par exemple, les médecins sont fortement représentés contrairement aux infirmiers. En effet, sur les 26 articles issus des associations, 13 résultent d'associations représentant les médecins à savoir : Aframeco, SSMG, CMG et SBGG. Alors que seul, un article découle d'une affiliation à l'égard des infirmiers. De plus, soulignons que ce sont les deux seuls métiers réellement exposés dans ce corpus. Quant à la presse officielle, elle montre le dynamisme de poids des autorités fédérales inversement aux régions et aux communautés. De fait, dans notre échantillon, le fédéral a publié 80 rapports contre seulement 17 documents pour les entités fédérées.

Dans les tableaux 2, 3 et 4 (cfr **Annexe 1**), nous faisons un autre constat intéressant. Effectivement, nous nous apercevons que la majorité des titres des articles venant des presses généralistes et spécialisées est de connotations négatives voire dramatiques. Sur un total de 178 documents, 101 ont des intitulés négatifs, soit un pourcentage de 57%. Les 43% restants offrent des titres optimistes et/ou objectifs. Tous les titres des rapports de la presse officiels ont, quant à eux, une portée plutôt neutre et informative.

Une constatation qui se révèle également dans la grille d'analyse (cfr **Annexe 3**) où la majorité des écrits (77%) rapportent l'ensemble des obstacles liés à l'épidémie de la Covid-19 dans les maisons de repos. Alors que seul 23% du contenu des documents et articles de notre échantillon traite le thème de gestion de crise et innovations autrement dit, des bonnes pratiques et leviers de la crise.

De plus, si nous observons de plus près la presse officielle dans le tableau 4 (cfr **Annexe 1**), on remarque une multiplicité des acteurs et une absence considérable de conjugaison entre leurs mesures et leurs recommandations. Tous émettent leurs propres directives, des circulaires informant ainsi des consignes destinés à leurs régions ou à leurs communautés.

Dans cette même annexe (cfr **Annexe 1**), nous portons également notre attention sur les dates de publications des articles et documents. Notre échantillon de recherche s'étend du 16

mars 2020 au 20 avril 2020. Pourtant, on s'aperçoit que la majorité des articles a commencé à être publiée aux environs du 20 mars 2020. Seule une dizaine de documents, principalement provenant de la presse officielle, a été émise avant cette date. Rappelons aussi que presque la totalité de la presse officielle rapporte les procédures et recommandations destinées aux professionnels du secteur des maisons de repos. Dès lors, nous pouvons penser que les instances politiques mais aussi les médias ont porté un regard tardif sur ce secteur et par la même occasion envers la population des personnes âgées.

Enfin, dans le tableau 5 (cfr **Annexe 2**), nous avons examiné les différents auteurs de la presse généraliste. Le premier élément que nous avons mis en évidence est la diversité des journalistes et de leurs spécificités. De fait, dans le corpus de la presse généraliste, on dénombre 37 auteurs différents, 20 pour le journal de *La Libre*,18 pour le journal *Le Soir* et une agence commune aux deux journaux. Parmi ces derniers, certains ont des domaines de prédilection comme la politique, l'économie, l'environnement, la santé, la société, …D'autres sont également axés sur une région ou une communauté en particulier. Quelques-uns d'entre eux ne sont même pas de réels journalistes. En outre, on observe qu'un auteur est plus opérant que les autres. Il s'agit de l'agence de presse « Belga » , l'un des principaux fournisseurs d'actualité en Belgique. Il représente un pourcentage de 36% de l'échantillon de la presse généraliste. Enfin, soulignons que 9 articles n'indiquaient pas d'auteurs ou de journalistes spécifiques. Une situation souvent similaire pour la presse spécialisée et professionnelle où rarement les auteurs sont identifiés.

Présentation des résultats

L'analyse de l'instantané de la presse écrite avait pour objectif premier de faire le point sur la situation de la crise du coronavirus au sein des maisons de repos en Belgique. Elle devait pouvoir mettre en évidence les obstacles et les leviers rencontrés par le secteur dans cette problématique afin d'évaluer son avenir et sa place dans notre société. Par conséquent, dans cette partie du travail, nous présenterons six grandes thématiques : la crise en tant que telle et les difficultés organisationnelles perçues par le secteur des maisons de repos, la gestion et le management mis en place face à ces contraintes et, enfin les acteurs principaux qui gravitent autour de cette problématique, à savoir : les autorités et les décideurs politiques, les professionnels de la santé et bien entendu les personnes âgées résidents au sein des maisons de repos.

Rubrique 1 : La crise dans les MRS

La première rubrique mise en exergue par le chercheur aborde l'occupation de la crise de la Covid-19 dans le secteur des soins résidentiels et l'image de celle-ci perçue par la presse écrite. Cette première approche permet de se rendre compte du contexte et de la réalité de la crise au sein du secteur.

Perception et description générale de la situation

Une situation peut être appréhendée et entendue différemment. En effet, dans le contexte de la Covid-19, chaque secteur, chaque acteur détient sa propre vision de la crise.
Plusieurs articles, autrement dit, certains journalistes et leurs interlocuteurs, nous exposent le caractère sérieux et sévère de la pandémie et de la gestion de celle-ci au sein des établissements de nos aînés. Certains tirent la sonnette d'alarme au début de la crise et évoquent plutôt une mise en garde pour le secteur. Ils signalent un **statut alarmant** et estiment qu'il ne s'agit que d'une question de temps avant que la situation se détériore. *« L'épidémie se répand (…) C'est donc une bombe à retardement qui risque d'exploser à très brève échéance* » (Le soir, 25. Mars 2020). (67) D'autres, quant à eux, décrivent concrètement cette **situation** comme problématique, grave voire même **catastrophique**, dramatique ou encore hors de contrôle. *« Jamais le secteur de l'accompagnement des personnes âgées – service à domicile et maisons de repos au sens large - n'a connu une telle crise, n'a dû encaisser et gérer un choc aussi soudain, violent, dramatique. »* (La libre, 8 avril 2020) (68) *« On craignait une bombe à retardement ? Les effets ont commencé, la situation est inénarrable. La dureté du terrain, c'est ça, c'est un drame quotidien* ».(La libre, 9 avril 2020) (69)

De plus, deux articles nous signalent que nous nous trouvons face à **deux épidémies distinctes** qui n'évoluent pas de la même manière et qui dès lors demandent à être conduites différemment. La première se déroule au travers de notre société et de nos hôpitaux alors que la deuxième, celle qui nous intéresse, se déploie au sein même de nos maisons de repos. « *Il se confirme depuis plusieurs jours qu'on a affaire à deux épidémies. Il y a, d'une part, la transmission dans la communauté, sur laquelle le lockdown a eu un effet. En témoigne la diminution du nombre d'hospitalisations. Mais d'autre part, il y a une épidémie dans les maisons de repos. Et elles sont un peu découplées l'une de l'autre. (…) Mais depuis qu'il s'est établi dans les homes, il a sa propre dynamique. ça se remarque clairement sur les courbes de décès : dans les hôpitaux, le nombre de morts se stabilise autour d'une centaine de cas par*

jour. Alors que dans les maisons, il ne cesse d'augmenter quotidiennement. » (Le soir, 18 avril 2020) (70)

Bilan épidémiologique

Les bilans épidémiologiques mettent tout d'abord en évidence la significativité de l'épidémie dans notre pays. Ils nous renseignent sur le bien-fondé et la pertinence de la crise. Outil important pour la santé publique, il révèle une analyse rigoureuse des informations épidémiologiques sur les cas et les décès inhérents de diverses maladies et dans ce cas-ci du coronavirus. *« Avec un peu plus de 1000 décès dus au COVID-19 enregistrés pour une population de 11 millions d'habitants, la Belgique est l'un des pays les plus touchés par la pandémie »* (MSF, 8 avril 2020). (71)

Un des constats révélé par ces synthèses est la distribution du nombre de décès Covid-19 par âge. Il apparait clairement une surmortalité de la population des personnes âgées. Environ 40% des décès enregistrés touchent les personnes âgées de plus de 85 ans, 35% pour celles entre 75 et 84 ans, et 15% pour les individus de 65 à 74 ans. (Sciensano, 2 avril 2020) (72) Notons également que cette population est aussi celle qui est le plus hospitalisée. *« Par rapport au total des cas confirmés, on observe une plus grande proportion de personnes plus âgées parmi les cas hospitalisés. »* (Sciensano, 16 avril 2020) (73)

Plus d'une centaine d'éditoriaux nous renseignent sur l'évolution épidémiologique particulière au sein des institutions pour personnes âgées. Quelles que soient leurs situations géographiques, qu'il s'agisse du nombre de contaminations ou du nombre de morts, tous indiquent un constat inquiétant et vertigineux. Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 16 avril 2020 de l'institut de santé Sciensano, la Belgique comptait 34 809 cas confirmés et 4857 décès dont un total de 2233 cas confirmés et de 2387 décès en maison de repos et ce, répartis sur l'ensemble du territoire avec 53% d'entre eux en Flandre, 46% en Wallonie et 42% à Bruxelles. (Sciensano, 16 avril 2020) (73)

Toutefois, fort est de constater, qu'un tiers de ces écrits rapporte un caractère **incohérent** au sein de ces bilans. D'une part, ils expriment la présence de statistiques erronées au début de la crise due à une prise en compte tardive d'un indicateur clé : le lieu du décès.
« (…), Sciensano a (enfin) ajouté la statistique sur le lieu de décès dans son bilan quotidien. Et il apparait clairement que l'hôpital n'est pas le seul lieu où les malades meurent du Covid-19.

Alors que les autorités sanitaires parlaient il y a quelques jours de 80 % de décès à l'hôpital, la réalité semble bien différente. On n'y recense aujourd'hui « que » 57,4 % des décès ». (le soir, 11 avril 2020) (74)

D'autre part, ils font ressortir la **transparence du recensement** des décès dans les établissements extrahospitaliers en Belgique. Ce dernier implique l'enregistrement des cas avérés mais aussi des cas suspects de coronavirus. *« Les décès extrahospitaliers (maisons de repos, domicile...) sont, eux, rapportés par les autorités régionales et incluent non seulement les décès confirmés mais aussi possibles. Ces derniers concernent des patients qui n'ont pas été testés pour le Covid-19, mais qui répondaient aux critères cliniques de la maladie selon un médecin. C'est le cas de la grande majorité des personnes qui décèdent en dehors du cadre hospitalier, souligne l'institut scientifique de santé publique Sciensano.* » (Le soir, 10 avril 2020) (75)

De plus, la réalisation d'un nombre insuffisant de tests de dépistage au sein des institutions a quant à elle aussi démontré des manquements et des approximations statistiques pouvant influencer et fausser considérablement les chiffres de ces bilans. « *Une estimation qui pourrait être, elle aussi, en dessous de la réalité, puisqu'il faudrait, pour se faire une idée exacte, tester un grand nombre de résidents - alors qu'actuellement, seuls cinq tests au Covid-19 peuvent être réalisés par home. À l'échelon fédéral, si 20 000 tests ont bien été mis à disposition, ils ne permettent pas, loin de là, d'évaluer l'étendue des contaminations, (…).* » (La libre, 9 avril 2020) (69)

Rubrique 2 : Rôles des autorités

Les autorités ont un rôle central dans la gestion de la crise du coronavirus en Belgique. Représentants de notre pays sur le plan fédéral, régional et communautaire, ces décideurs politiques sont les principaux initiateurs des décisions stratégiques et politiques de gestion de crise. Accompagnés par divers organes opérationnels et cellules d'expertises, ils assurent le suivi de la situation sanitaire, analysent les risques et prennent les mesures de protection de la santé publique pour lutter contre la pandémie.

Stratégies, mesures et recommandations

Lors de l'analyse de nos données, nous avons remarqué que le thème des stratégies, les mesures et les recommandations décidées par l'État fédéral ainsi que par ses partenaires

régionaux et communautaires, était l'un des sujets le plus traité par la presse. En effet, un total de 103 articles s'y réfère. Ces mesures constituent un ensemble de règles arrêtées par les autorités dans le but de ralentir la propagation du virus et de protéger les personnes les plus vulnérables de notre société. Destiné aux acteurs de première ligne de la santé publique, l'ensemble de ces procédures leurs enseigne précisément les consignes et les instructions relatives aux mesures d'hygiène et aux procédures de travail à respecter. Notons également que la plupart des consignes publiées rappelle certaines informations sur le coronavirus comme par exemple la nature de celui-ci ou encore ses manifestations cliniques.

Tout d'abord, observons la périodicité de l'apparition de ces mesures. Si les mesures préventives générales d'hygiène étaient appliquées depuis le mois de février, éclosion des premiers cas au sein de notre pays. Plus tard, quelques documents mettent en évidence la mise en surface de mesures additionnelles fortes. Ils indiquent précisément qu'elles sont arrivées suite au déclenchement de la phase fédérale. *«Depuis le jeudi 12 mars 2020, la Belgique est en « phase fédérale de gestion de crise »* (NCCN, 29 mars 2020) (76) Seul un article expose les détails de cette phase. Une gestion de crise avant tout propre à notre pays. Il présente les différents organes et cellules mis en place pour suivre l'épidémie et opérationnaliser sa gestion. Parmi ceux-ci, des organes de concertations entre les acteurs de la santé publique, des cellules spécifiques pour préparer et concrétiser les décisions et des organes stratégiques et politiques pour décider. (NCCN, 29 mars 2020) (76)

L'entrée en vigueur de ces mesures était incontestable. Cependant, au vue de l'instabilité de la crise, les modalités ont dû être adaptées au fur et à mesures de l'évolution de l'épidémie. En effet, on a vu se déployer une **multitude de circulaires** au sein des hôpitaux et des structures d'hébergements pour aînés. *« Ces mesures peuvent être adaptées à tout moment en fonction de l'évolution de la situation. »* (AVIQ, 15 mars 2020) (77)

D'ailleurs, certains articles de la presse généraliste font eux aussi ressortir cette **actualisation régulière**. Un ajustement entrainant des agencements conséquents pour les professionnels et les résidents des maisons de repos. *« Bien que ces directives nous apparaissent appliquées au mieux, nous remarquons que leur actualisation constante, certes inévitable, demande une adaptation chronophage et énergivore aux professionnels de terrain qui tentent de s'y conformer. »* (Infor-homes, mars 2020) (78)

Même si les autorités mettent tout en œuvre pour aider au maximum les secteurs résidentiels à suivre et appliquer les mesures, on remarque que ce renouvellement continu instaure un **climat de confusion et d'incertitude**. « *Pour les citoyens, comme pour les élus, il semble difficile de s'y retrouver dans les différentes mesures prises dans le cadre de la lutte contre le coronavirus. « Je plaide pour que le Conseil national de sécurité prenne des mesures qui soient beaucoup plus claires* ». » (Le soir, 17 avril 2020) (79) Tandis que certaines mesures sont incomprises, d'autres ne sont pas suffisamment explicites. La décision prématurée de l'autorisation des visites en maison de repos illustre parfaitement cette accommodation et ce manque de clarté.

Parmi les stratégies maitresses examinées par les instances fédérales et les gouvernements des entités fédérées, nous avons repéré les **protocoles de dépistages**. 49 éditoriaux portent leur attention sur ces derniers. Une politique décrite comme nécessaire pour lutter contre le virus dans les maisons de repos. *« "Dans les maisons de repos, nous devons déterminer qui du personnel et des résidents est contaminé ou pas. Et permettre aux Régions de prendre des mesures adéquates. (...) Il faut une stratégie spécifique pour les maisons de repos et les collectivités." »* (La libre, 11 avril 2020) (80)

En outre, suite aux premières prises de décisions marquantes en réaction à la pandémie, les autorités ont également procédé à un **changement de la législation** par le biais des nouveaux arrêtés ministériels. De fait, plusieurs arrêtés ont été abrogés, modifiés ou remplacés par les autorités fédérales mais aussi par les gouvernements des entités fédérées compétentes. Écho de l'évolution de la crise, ils attestent l'ensemble des mesures restrictives de la crise réservé à chaque région, chaque structure et chaque matière. (SPF, 23 mars 2020) (81)

<u>Disparités régionales</u>

Près d'une soixantaine d'articles a mis en évidence une série de disparités entre les trois régions de la Belgique. Notre pays dispose d'un **système fragmenté**, administré par plusieurs niveaux de pouvoirs aux compétences différentes, un système décisionnel complexe qui entrave la gestion de la crise de la Covid-19. *« Les compétences éclatées entre le fédéral et les différentes entités en Belgique n'aident pas. » (article 85bis) « On a neuf ministres de la Santé, ça ne peut pas bien fonctionner. Le fédéral, qui coordonne et gère la crise, n'est pas compétent pour les maisons de repos, ce sont les régions. »* (Le soir, 9 avril 2020) (82) *« (…)Les instructions qu'on a concernant les mesures à prendre dans les maisons de repos me semblent*

différentes selon que ces maisons de repos sont installées en Flandre ou bien à Bruxelles. C'est donc compliqué d'établir notre stratégie » (Le soir, 9 avril 2020) (83)

Les deux premières disparités mises en évidence, touchent à la politique d'admission de patients Covid-19 ne pouvant pas retourner directement à leur domicile ou en maison de repos. La première implique la demande d'un **certificat de non contagion**. Un choix qui n'a pas été adopté par toutes les régions. *« La Région bruxelloise n'emboîtera pas le pas de son homologue wallonne en imposant le recours à un certificat de non-contagion pour les personnes âgées quittant l'hôpital et revenant en maison de repos. »* (Le spécialiste, 1 avril 2020) (84)

Quant à la seconde, elle porte sur la création de **structures intermédiaires** pour le retour de patients hospitalisés non guéris, une décision également divergente entre la Wallonie et Bruxelles. *« A Bruxelles, ils seront placés en isolement dans leur chambre. En Wallonie, ils intégreront des maisons de soins intermédiaires où ils achèveront leur guérison. Des questions identiques, mais des réponses différentes... »* (Le soir, 4 avril 2020) (85)

La **politique de dépistage** et plus particulièrement la première vague de tests, livre elle aussi des visions discordantes entres les entités. La Wallonie a concentré la majorité de ses tests sur le personnel soignant. *« (…) Le Gouvernement wallon a décidé d'utiliser les kits en priorité pour le dépistage du personnel de ses maisons de repos. 75 % de ces tests devaient ainsi être réservés au personnel des homes où se sont développés des clusters (foyers infectieux). » (la libre, 16 avril 2020) (86)* En région bruxelloise, il a été décidé de centraliser la stratégie de dépistage sur les maisons de repos avec le plus de cas en testant à la fois les résidents et le personnel de soins. *« Autre stratégie encore à Bruxelles, où on a choisi durant la première phase de se concentrer sur certaines maisons de repos particulièrement problématiques. Dans ces établissements, l'intégralité des personnes, résidents et personnel, a été testée. » (article 95)* En Flandre, c'est majoritairement les résidents qui ont été testés. *« La Flandre a testé deux fois plus de résidents que de personnel. »* (la libre, 16 avril 2020) (86)

Une dernière différence se fait remarquer dans nos données, la **stratégie de mobilisation et de renfort** permettant de combler le manque de personnel soignant et de personnel logistique. Si le soutien de l'armée, de la protection civile ou encore des organismes tels que la croix rouge ou Médecin sans frontières est de mise dans tout le pays, l'appel aux volontaires et plus précisément, ses conditions, se distinguent entre les régions. En effet, la région de Bruxelles-Capitale réquisitionne des citoyens et ce uniquement sous le statut de

bénévole/volontaire. La Wallonie, quant à elle, lance son appel plus précisément que Bruxelles et tient à mobiliser des professionnels. D'ailleurs, contrairement à sa région voisine, elle propose plusieurs possibilités de statuts : volontaire, bénéficiaire d'un contrat de travail, mise à disposition de l'employeur dans une autre institution ou encore indépendant. (AVIQ et Iriscare) (87, 88)

Gouvernance et communication

Savoir gouverner c'est-à-dire, diriger les conduites, centraliser et coordonner les actions, communiquer avec les parties prenantes et prendre les bonnes décisions au bon moment, est aussi l'une des clés pour lutter efficacement contre l'épidémie du coronavirus. *« Pour eux, bien délibérer, c'est notamment imaginer les possibles, juger de la probabilité de leur avènement et commander au bon moment. Ces trois temps bien marqués montrent bien que gouverner est un art et non une technique. Considérer que gouverner est une technique, c'est gouverner par les statistiques, miser sur des régularités, raisonner à la moyenne. Cela ne permet pas d'entrevoir l'évènement singulier. Or, c'est lui qui va précisément provoquer le basculement. Une pandémie, c'est ça: on prévoit plein de choses dans les moyennes puis arrive quelque chose qui était en dehors de celles-ci. »* (Le soir, 8 avril 2020) (89)

Une compétence parfois **remise en question** par les professionnels. « *Nous avons besoin d'un commandement unique clair pour le navire Belgique. Qui informe et explique en toute transparence l'état de la situation (...). Qui sache réquisitionner le matériel nécessaire et le mettre à disposition des soignants via un système fédéral et efficace. »* (La libre, 31 mars 2020) (90)

« "Quand, après avoir vu les résidents en détresse, ne pas pouvoir rejoindre l'hôpital, ne pas pouvoir bénéficier d'une aide respiratoire efficace et suffisante (...), après avoir vu les difficultés d'approvisionnement en oxygène, après avoir vu les collègues tomber comme des mouches, après s'être entendu dire que si on est dépisté positif mais qu'on n'est qu''un peu malade', on doit rester au boulot (...), on vous annonce que des visites vont à nouveau être organisées dans trois jours, vous avez l'envie de jeter l'éponge, de rentrer chez vous et de dire, 'mais qu'ils viennent seulement, ces décideurs!' » (Le journal du médecin, 16 avril 2020) (91)

Plusieurs articles relatent aussi la **responsabilité** de nos dirigeants face à la crise, en particulier envers le secteur des soins résidentiels et les personnes âgées. *« C'est en soi inouï : le sort de nos pères et de nos mères, confinés dans les maisons de retraite, n'est plus entre nos*

mains. Mais entre celles des autorités publiques qui doivent être à leur chevet en notre nom. C'est aujourd'hui que l'État devient ou pas « bon père de famille » (Le soir, 10 avril 2020) (92)

La communication entre les autorités fédérales et les régions mais aussi entre les autorités et les établissements de santé est elle aussi, cruciale pour une gestion de crise optimale. Cependant, on observe parfois un manque de concertation entre les parties prenantes et envers le secteur des maisons de repos. En effet, les autorités consentent à des décisions sans pour autant toujours consulter l'avis du secteur concerné. Ces mesures leurs semblent être appropriées théoriquement, or, elles ne sont pas toujours applicable sur le terrain. Tel est le cas par exemple de l'autorisation des visites en maisons de repos. *« Le Conseil national de sécurité a pris la décision d'autoriser les visites dans les maisons de repos afin de rompre la solitude des résidents. Cette mesure a été la cible de nombreuses critiques émanant du secteur. Il la juge contraire aux efforts déployés pour protéger les aînés et dénonce un manque de concertation avec le terrain. »* (Guide social, 16 avril 2020) (93)

Néanmoins, d'autres écrits exposent le caractère exceptionnel de la situation marquée par un virus méconnu et imprévisible. Une situation dans laquelle ni les politiques, ni les scientifiques ne sont expérimentés et entrainés. *« On ne peut pas reprocher aux experts et même aux politiques un manque de prévoyance compte tenu de l'immense incertitude dans laquelle nous nous trouvons objectivement plongés en permanence ».* (Le soir, 8 avril 2020) (89) *«(…) Mais je pense que tout le monde, quel que soit le niveau et l'endroit dans le monde, a sous-évalué le Covid-19. »* (Le soir, 14 avril 2020) (94)

<u>Inégalités sectorielles</u>

La crise du coronavirus a fait ressortir une série d'inégalités à l'égard du secteur extrahospitalier. Celles-ci désignent les traitements disparates et les désavantages existants à la fois entre les diverses structures elles-mêmes mais aussi en comparaison avec le milieu hospitalier.

.

Le secteur des maisons de repos fait preuve d'une grande hétérogénéité. Entre des organisations et des modes de gestions singulières, des établissements de tailles variables, des ressources financières différentes ou encore des projets de vie hétéroclites, chacune possède ses forces et ses faiblesses face à la crise. *« Les 751 maisons de repos wallonnes et bruxelloises sont réparties en trois secteurs : le privé commercial, le public et l'associatif. Les plus petits*

établissements comptent une vingtaine de lits, les mastodontes plus de deux cents. Tous ne sont pas égaux face au coronavirus. (…) Si la réactivité est l'atout du secteur privé, le public a lui l'avantage du personnel (plus nombreux) et de la sécurité financière. (…) Plus que le modèle économique, c'est la taille de l'institution qui impacte sa capacité de réaction. « C'est plus compliqué pour les petits établissements privés et indépendants, qui sont hors des gros circuits de distribution.» » (Le soir, 10 avril 2020) (95)

Les maisons de repos ne sont pas adaptées et acclimatées à de telles situations comme l'est davantage un hôpital. *« La question de l'infrastructure joue aussi un rôle. Contrairement aux hôpitaux, les maisons de repos offrent un panel architectural assez large. »* (Le soir, 19 avril 2020) (96)

En outre, quelques documents indiquent que les maisons de repos ont été tardivement prises en compte par les instances politiques et ont été considérées de prime abord comme non prioritaire par rapport à l'urgence sanitaire. *« On a un peu laissé les maisons de repos livrées à elles-mêmes face à l'épidémie. Ajoutez-y le fait de ne pas avoir fourni suffisamment de protections, même si c'est un problème généralisé à l'ensemble du personnel des soins de santé. C'est tout cela qu'on paye aujourd'hui. Les maisons de repos sont considérées comme la deuxième ligne, malheureusement. Tous les regards étaient portés sur les hôpitaux. Il y a aussi un effet de loupe médiatique, car tout le monde a été très impressionné par la situation de saturation observée en Italie. On s'est concentré là-dessus, et les maisons de repos n'ont pas eu assez de moyens de diagnostic et de protection. »* (Le soir, 18 avril 2020) (70)

Toutefois, certains articles précisent que les autorités ont pris des mesures préventives à l'égard du secteur des maisons de repos avant l'apparition des mesures destinées à toute la communauté. *« Mais attention, dire qu'on ne s'est pas intéressé aux maisons de repos, ce n'est pas vrai. Avant les grandes annonces du 12 mars, le tout premier train de mesures adoptées par la Belgique concernait les maisons de repos. On a commencé par y limiter les visites. »* (Le soir, 18 avril 2020) (70)

Enfin, nous avons également remarqué qu'un bon nombre d'articles de presse définit le secteur des maisons de repos comme un **secteur fragile** où réside une population vulnérable et où l'architecture, le matériel ou encore le personnel ne sont pas aussi apprêtés que dans un hôpital.

Financement et budget de la santé

Lutter contre une telle épidémie a aussi un **coût.** De fait, on a vu les autorités dégager des milliers d'euros afin de pallier aux besoins de la crise. *« Une enveloppe de 12,3 millions d'euros a notamment été dégagée pour les 602 maisons de repos de Wallonie, a en outre rétorqué la porte-parole de la ministre. Cet argent "doit notamment permettre aux établissements de faire des achats d'équipements complémentaires, d'engager du personnel complémentaire, de désinfecter et d'aménager les locaux, etc.". Une "bonne partie" des 2,2 millions de masques reçus en Wallonie ont par ailleurs été envoyés aux maisons de repos, souligne-t-elle encore. »* (Médi-sphère, 2 avril 2020) (97)

Rubrique 3 : Organisation des soins et qualité des soins

La pandémie et l'implantation de mesures de distanciation et de confinement ont engendré une restructuration inédite des systèmes de soins. Très rapidement, les établissements de soins de santé ont dû s'adapter et revoir toute la chaine de production de soins à la fois sur la plan organisationnel et logistique mais aussi au niveau des ressources humaines et matérielles.

Organisation et logistique

Les institutions disposent toutes d'un ensemble de procédures et de moyens veillant à leur bon fonctionnement. Ainsi, elles permettent d'ordonner, de structurer, de répartir les tâches, les responsabilités et les ressources afin de réaliser les objectifs arrêtés.

Première constatation au niveau organisationnel, il est difficile pour les maisons de repos d'**appliquer** à la lettre **les mesures** recommandées par les autorités. *« Les consignes et les lignes de conduite de l'Aviq (Agence wallonne pour une vie de qualité) sont assez claires, mais force est de constater que leur application sur le terrain dépend des directions des établissements. Certaines sont extrêmement compréhensives et pointilleuses, d'autres beaucoup moins. »* (Le soir, 8 avril 2020) (98)

Une difficulté liée à divers manques et besoins empêchant considérablement d'affronter correctement la crise de la Covid-19 dans les établissements de soins résidentiels. *« En Wallonie comme à Bruxelles, la gestion de la crise du Covid-19 au sein des maisons de repos est d'autant plus complexe qu'elle demande d'intervenir sur plusieurs fronts à la fois : le matériel de*

protection du personnel, et notamment la pénurie de surblouses, le testing des soignants (6.000 tests vont être réalisés en Wallonie) et, depuis peu, la question du retour des patients hospitalisés non guéris. » (Le soir, 4 avril 2020) (85)

De plus, nous avons relevé que toutes ces préoccupations étaient aussi associées au fait que les maisons de repos sont avant tout des lieux de vies qui ne disposent pas de **matériels adaptés** ou d'une **architecture** comme l'a un hôpital. Des obstacles contraignant la prise en charge des résidents et surtout des patients Covid-19. *« (…) Outre le matériel médical parfois manquant (masques, gants, blouses), il s'est avéré que le matériel d'oxygénothérapie (bouteilles d'oxygènes) y était de plus en plus indisponible : "La maison de repos n'étant pas un hôpital il s'agit d'avoir des bonbonnes et là, on a un souci de délai de livraison" »* (La libre, 9 avril 2020) (69) *« La question de l'infrastructure joue aussi un rôle. Contrairement aux hôpitaux, les maisons de repos offrent un panel architectural assez large. Raison pour laquelle le cohortage –solution qui consiste, dans les établissements où un foyer Covid-19 a été identifié, à isoler les patients et le personnel infectés à un étage ou dans une aile spécifique du bâtiment – ne s'avère pas partout praticable. »* (Le soir, 20 avril 2020) (99)

Hygiène

L'hygiène ou plus précisément l'hygiène hospitalière est l'une des pièces maitresses dans cette crise sanitaire. Ces pratiques et ces principes mises en place dans les structures de soins de santé permettent de lutter contre la propagation des virus et de préserver la santé de tout un chacun. Les facteurs tels que l'architecture des locaux, la disponibilité de matériels adaptés, la bonne utilisation des matériaux de protection, … peuvent influencer la transmission des infections.

Plus de 40% de nos données indiquent un **manque d'hygiène** dans les maisons de repos lors de l'épidémie. Deux des causes principales, le **manque de matériel de protection** et **l'insuffisance de dépistage**. Masques, gants, blouses, visières, lunettes, … tous ces équipements sont limités voire nuls dans les établissements pour personnes âgées. *« (…) Iriscare a œuvré efficacement à une livraison de masques chirurgicaux, mais celle-ci n'est pas suffisante dans la lutte contre la pandémie. Il faut des masques FFP2, des gants, tabliers, lunettes, voire des visières. »* (Le soir, 30 mars 2020) (100) *« Pendant plus de deux semaines, aides-soignants, infirmiers, cuisinières… ont dû travailler sans gants, sans masques, sans tabliers, réservés en priorité au milieu hospitalier. »* (La libre, 14 avril 2020) (101)

Un défaut qui oblige parfois les professionnels à ne pas **respecter les mesures** d'hygiène élémentaires. *« Ce matin encore, une affiliée travaillant dans un home indépendant m'expliquait qu'on l'obligeait à réutiliser des masques FFP2 qu'on laissait par facilité dans la chambre de chaque patient. C'est contraire à toutes les directions et au bon sens, et pourtant cela se produit encore. »* (Le soir, 8 avril 2020) (98) « *Le personnel est admirable, mais le manque de masques de protection et de tests est terrible. On improvise: certains sont écartés par excès de prudence, d'autres restent au travail parce qu'ils n'osent pas parler de leur état. C'est le règne de la débrouille. Le matériel est fait de bric et de broc. »* (Le soir, 4 avril 2020) (85)

Les mesures de distanciation, elles aussi, sont difficiles à appliquer. « *"Personnellement, je suis obligée de toucher les résidents et eux doivent me prendre le bras quand je les aide à se lever. On ne sait pas respecter les distances sociales : ce n'est pas possible de donner à manger à 1m50" »* (La libre, 15 avril 2020) (102)

Compte tenu de l'absence et de la mauvaise utilisation du matériel, pallié à un respect éphémère des mesures, la presse rapporte que les équipes de soins ne sont pas suffisamment protégées et donc plus amenées à être contaminées ou à contaminer. *« Pour le personnel des maisons de repos, les gestes quotidiens, jadis anodins, comme celui de brosser les dents d'une patiente, ou de débarrasser un plateau repas sans avoir l'équipement permettant de se protéger, sont devenus des activités à hauts risques. « Une soignante d'une maison de repos a confié à notre équipe qu'elle avait l'impression de partir à la guerre sans être armée »* (MSF, 9 avril 2020) (103)

Des risques également majorés, par une **limitation des tests de dépistages** dans les établissements de nos aînés, que ce soit pour les professionnels ou pour les résidents. *« Vingt mille tests seront effectués cette semaine dans les maisons de repos. Soit de quoi dépister 10% à peine des résidents et du personnel que compte le secteur dans le pays.* » « Si l'on comptabilise l'ensemble des résidents et travailleurs du secteur en Belgique, on atteint plus de 200.000 personnes. Avec 20.000 tests, on est donc largement en dessous des besoins » (Le soir, 7 avril 2020) (104)

Et lorsque le dépistage a lieu, on constate la **remise au travail de personnel soignant** testé positif mais étant asymptomatique. *« Un membre du personnel testé positif mais*

asymptomatique peut soit être écarté pendant une période de 7 jours, soit amener à continuer à travailler si la disponibilité du personnel est réduite dans la maison de repos concernée. Cela ne peut toutefois se faire que moyennant le port d'un masque chirurgical et l'observation des mesures d'hygiène des mains et uniquement dans un service Covid. » (Le spécialiste, 11 avril 2020) (105)

Toutefois, cette option est aussi vue par certains comme une réelle solution permettant de protéger une partie des soignants de la contamination tout en évitant une pénurie plus importante. *« Cela permettra aussi au personnel contaminé mais asymptomatique de continuer à travailler dans la zone « Covid », au lieu de les écarter. Et ça assurera aux autres de ne pas être exposés. »* (Le soir, 18 avril) (70) *« Les fédérations de maisons de repos s'interrogent sur les mesures à prendre pour les employés diagnostiqués positifs mais sans symptôme. Selon nos informations, l'une des mesures envisagées pour lutter contre le manque de personnel serait de les maintenir au travail, moyennant un matériel de protection adéquat et une hygiène stricte des mains . »* (Le soir, 7 avril 2020) (104)

Accessibilités aux soins

Pouvoir accéder facilement à des soins de qualité est un droit fondamental pour tous les citoyens. Le contexte de la crise induit une grande affluence dans les hôpitaux et notamment une réduction considérable des disponibilités en matière de lits. Un déferlement qui questionne les principes de **droit aux soins et de priorisation des soins** et ce, spécifiquement pour les personnes âgées. En effet, à travers certains articles, nous avons remarqué que lors de la crise, l'accès aux soins hospitaliers était parfois refusé pour les personnes âgées résidant en maisons de repos. *« Les occupants de centres de soins résidentiels très affaiblis et contaminés par le coronavirus Covid-19 ne font pas l'objet d'hospitalisations, selon une directive de la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (…). La disposition concerne les résidents les plus faibles chez qui il est évident que le Covid-19 sera fatal. « Dans les hôpitaux, nous ne pouvons rien faire de plus pour eux qu'offrir de bons soins palliatifs dont ils peuvent aussi bénéficier dans les résidences de soins. Les transporter à l'hôpital pour qu'ils y meurent serait inhumain, (…) »* (Le soir, 24 mars 2020) (106)

Pour justifier cette intention, différents raisonnements sont exposés. Certains parlent de l'âge et de l'état de santé, d'autres défendent les chances de survie ou estiment qu'il est question de qualité de soins. *« La question n'est pas celle de l'âge mais bien celle de l'efficience d'un*

traitement à appliquer. Le but thérapeutique prévaut » (Le soir, 6 avril 2020) (107) *« De bons soins, c'est aussi parfois oser se rendre compte que les personnes passent de vie à trépas et de veiller à ce que le processus ne s'étire pas inutilement »* (Le soir, 24 mars 2020) (106) Tandis que certains évoquent la protection du personnel. *« En gardant les résidents sans chance de survie dans les maisons de repos, cela diminue aussi le risque d'infection pour le personnel hospitalier ou ambulancier par exemple, et évite la surcharge des hôpitaux. »* (Le soir, 24 mars 2020) (106)

Une résolution qui a parallèlement laissé place à des discours éthiques et des cas de conscience. *« Un ainé en pleine santé vaut-il mieux qu'un bien plus jeune en état détérioré ? L'éthique est interrogée en ces temps de crise aiguë. L'an dernier, un rapport de l'Inami indiquait que 40 % des Belges souhaitaient maintenir l'équilibre de la sécurité sociale en n'engageant plus de soins pour les plus de 85 ans. »* (Le soir, 6 avril 2020) (107)

Continuité des soins

Au même titre que l'accessibilité aux soins ou que l'efficacité et la sécurité des soins, la continuité des soins c'est-à-dire, pouvoir administrer une série de services à un individu en adéquation avec ses besoins et ce, jusqu'à qu'il en ait besoin, relève de la qualité des soins.

A côté d'un accès limité aux soins dans les hôpitaux, des personnes âgées (résidentes ou non) hospitalisées à cause de la Covid-19 font leurs retours vers les maisons de repos. *« Les personnes âgées qui quittent l'hôpital après avoir été infectées par le coronavirus mais qui ne sont pas encore suffisamment rétablies pour pouvoir rentrer chez elles doivent être prises en charge dans des centres de soins résidentiels. »* (Le soir, 9 avril 2020) (108) Des **admissions** compliquées en termes d'organisation puisque ces établissements ne bénéficient pas toujours d'une structure et de ressources permettant d'isoler les malades convenablement. *« Il est aussi noté que la question des modalités du retour des résidents dans leur maison de repos après un séjour en hôpital, une fois ceux-ci guéris, reste à ce stade une question difficile. "Il est essentiel d'éviter la saturation des hôpitaux et donc de garantir les conditions de sortie des personnes âgées guéries. Cela repose notamment sur la disponibilité suffisante de matériel de protection via les commandes fédérales".»* (Le spécialiste, 31 mars 2020) (109)

Une contrainte est également reliée au fait qu'on ne connait pas réellement les risques de contagion du virus post-hospitalisation. Un sujet aux avis discordants. Tandis que certains

certifient qu'il n'y a aucun danger de contamination, d'autres spécialistes estiment qu'il faut rester vigilent. (La libre, 31 mars 2020) (110)

Pour remédier à ces questions, deux solutions apparaissent au sein du pays. La première est d'avoir la certitude que la personne qui entre en maison de repos n'est plus contagieuse. *« "tout hébergement d'une personne en maison de repos (ou maison de repos et de soins), qu'elle vienne du domicile ou d'un autre établissement, qu'elle revienne dans son établissement après une hospitalisation ou qu'elle arrive dans l'établissement après une hospitalisation, ne pourra se faire que si ce résident dispose d'un certificat médical de non contagion" »* (Le spécialiste,31 mars 2020) (111) Cependant, on peut lire dans un article, que le certificat de non contagion n'est pas totalement fiable. *« Je crains aussi qu'on vide les hôpitaux pour renvoyer des tas de gens vers chez nous, ce serait révoltant. Hier, nous avons reçu deux personnes porteuses d'un certificat qui attestait qu'elles n'étaient pas contagieuses. Aujourd'hui, elles ont toutes les symptômes du coronavirus »* (Le soir, 4 avril 2020) (85)

La seconde solution est la création de structures intermédiaires substituant l'entrée directe dans les structures pour personnes âgées. « *Celles-ci sont destinées à l'accueil confiné de résidents porteurs du virus mais ne nécessitant pas d'hospitalisation, ou de résidents de retour de l'hôpital à la suite d'une contamination. »* (La libre, 6 avril 2020) (112)

Outre cela, **les entrées en maisons de repos** qui ne concernent pas spécifiquement le contexte de la crise, sont elles aussi compromises. *« Incontestablement, cette épreuve est encore plus difficile en cette période de confinement forcé. Nous entendons notamment des proches témoigner de la souffrance de ne pas pouvoir accompagner, comme ils le voudraient, leur parent âgé dans cette étape. Ou d'être pris en étau entre la nécessité de trouver une alternative au domicile qui atteint ses limites et l'impossibilité de visiter des maisons de repos pour faire un choix éclairé et/ou se préparer un tant soit peu à ce déménagement. On observe que les entrées en maison de repos se limitent aux situations urgentes (actuellement, les demandes de listes de maisons de repos qui nous parviennent émanent d'ailleurs bien davantage des professionnels que des familles). (…) »* (Senoah, 8 avril 2020) (113)

En connaissance de cause, la question des **soins palliatifs** pour les personnes âgées en maisons de repos est aussi abordée. Effectivement, faute de matériel, d'accessibilité aux soins hospitalier, d'une architecture inadéquate ou encore d'isolement social, l'assurance des soins de confort indispensables à une mort digne et sans souffrance est compromise. *« (...) « Un*

certain nombre de patients ne seront plus envoyés à l'hôpital et nous réclamons pour eux le droit de mourir dans la dignité. Pour cela, les maisons de repos devront être équipées en matériel qu'elles n'ont pas pour l'instant. Or, on sait notamment que les appareils permettant de délivrer de l'oxygèneMMM commencent à manquer alors qu'ils sont indispensables pour assurer le confort des patients en fin de vie. » (Le soir, 8 avril 2020) (98)

A côté de cela, quelques articles rapportent l'oubli des **autres affections et maladies** engendré par l'attention active envers la problématique du coronavirus. *« Sur le plan médical, l'importante complexification de l'accompagnement induite par la pandémie fait craindre l'absence de détection et peut-être de traitement d'autres affections chroniques ou aiguës impactant fréquemment un public âgé fragilisé (AVC, infection urinaire, diabète, ...). »* (La libre, 8 avril 2020) (68)

Les ressources humaines

Que ce soit à l'hôpital ou dans les maisons de repos, le personnel soignant détient un rôle essentiel dans cette crise. Professionnels de la première ligne, ces médecins, ces infirmier(ères) et ces aides-soignants travaillent corps et âmes pour maintenir une activité médicale efficace et des soins de qualité au sein des établissements et ce, malgré l'arrivée du virus et de ses conditions.

Premier contact avec les soins et donc premier en contact avec le virus, de nombreux articles nous informent sur l'**exposition à risque** et l'inquiétant bilan épidémiologique propre au personnel de soins. *« Emmanuel André a également insisté sur la situation du personnel de soin, "très exposé au virus". "Une analyse préliminaire nous a montré que 4 % des cas d'infection confirmés au laboratoire concernaient des personnes qui travaillent dans le secteur des soins. » « On prend toutes les précautions pour que le personnel soignant ne soit pas contaminé, mais ce n'est pas exclu (que cela arrive). C'est un métier où il y a des risques, c'est sûr. »* (La libre, 24 mars 2020) (114)

Outre cela, six articles de presse considèrent, en particulier, le personnel soignant des structures pour personnes âgées plus à risque que les autres. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les maisons de repos retiennent un nombre de contaminations alarmant. Des contaminations qui concernent les résidents mais pas que. Le personnel des homes attenant à une patientèle vulnérable et fragile, lui aussi connait un bilan troublant. *« Le personnel des*

maisons de repos est plus à risques, plus en contact avec des personnes infectées. D'après ces médecins épidémiologistes, le taux de prévalence pour ce personnel pourrait se situer entre 4 et 5 % » (La libre, 31 mars 2020) (90)

Un taux de contamination élevé aussi constaté de par les caractéristiques multiples et désordonnées du virus en lui-même. *« (…) La deuxième chose, c'est que c'est une maladie avec des symptômes assez frustes. On voit des gens arriver avec des éruptions, avec la fièvre mais pas de symptômes respiratoires, ou avec des problèmes au pancréas, mais pas de symptômes respiratoires. Ce sont des gens qu'on prend en charge au début sans protection, et au bout de 24 ou 48 heures, ils développent les symptômes typiques du coronavirus, et on prend les protections, mais c'est trop tard, une partie du personnel a déjà été contaminée. »* (La libre, 24 mars 2020) (114)

Forcément, ces infections ont des répercussions sur l'organisation du travail et plus spécifiquement sur les ressources humaines. Un peu plus d'une trentaine d'écrits nous indique que les maisons de repos travaillent en **sous-effectif.** *« (…) l'absentéisme constitue une donnée importante du problème. Coté wallon, selon le monitoring surveillé par l'Aviq, on comptabilise en moyenne 12 % de personnel absent. A Bruxelles, sur un total de 7.000 travailleurs, 500 sont actuellement absents, dont plus ou moins 200 soignants et 300 membres du personnel encadrant, (…).»* (Le soir, 10 avril 2020) (95)

Cette pénurie importante s'est aussi manifestée à la suite d'un manque de matériel de protection et d'une insuffisance de dépistage, des facteurs mettant à mal la protection et la **santé du personnel soignant**. *« Si les maisons de repos sont "évidemment prêtes" à assumer toutes leurs responsabilités vis-à-vis des résidents affaiblis et contaminés, elles ont aussi le devoir de protéger leurs autres résidents ainsi que les membres du personnel et leurs familles "qu'ils retrouvent à leur domicile après leur travail". Des avancées ont été enregistrées pour les masques chirurgicaux mais il manque cruellement de masques FFP2, de gants, de lunettes et de tabliers dans les maisons de repos. De même, aucune avancée n'est enregistrée à cette heure pour le matériel de testing" . »* (La libre, 24 mars 2020) (115)

Parallèlement à cet absentéisme croissant, on observe une augmentation de la durée et de la **charge de travail** et par conséquent un **épuisement** des équipes de soins. *« Réduit de moitié, le personnel était à bout. Il n'arrivait plus à suivre. »* (Le soir, 16 avril 2020) (116)

« Une partie de notre personnel est out, mais pas seulement à cause du Covid. C'est aussi dû à l'épuisement. (…). » (La libre, 10 avril 2020) (117) *« Nous ne sommes plus dans un cas de figure où on calcule. Nous ne regardons pas aux heures supplémentaires, aux avenants, aux contrats supplémentaires. »* (Le soir, 4 avril 2020) (85) *« Pour ceux en établissement de santé, le nombre croissant de patients entraîne une augmentation de la charge de travail et des conditions dégradées (temps de travail, manque de matériel).*(Aframeco, 19 avril 2020) (118) *« Dévoués, les soignants présents (beaucoup sont sous certificat médical) courent comme des poules sans tête pour surveiller la température des malades du Covid-19, prendre les paramètres, donner les médicaments, distribuer les repas. »* (La libre, 14 avril 2020) (101)

De plus, contrairement aux hôpitaux, devant les multiples changements organisationnels et des prises en charge de plus en plus complexes imposant la manipulation de matériels inhabituels, on voit dans les homes, un personnel soignant **insuffisamment formé et préparé**. *« Face à la pandémie de covid-19, les acteurs de terrain déplorent aussi le manque en connaissances techniques des professionnels soignants non hospitaliers pour pouvoir assumer ces prises en soins spécifiques. »* (Médi-sphère, 3 avril 2020) (119) *« Si l'usage de ce matériel est pratique courante dans les hôpitaux, il ne l'est pas du tout en maison de repos. Des formations urgentes au bon usage de ce matériel sont indispensables. »* (AVCB, 30 mars 2020) (120)

Qui plus est, toutes ces difficultés organisationnelles associées aux caractéristiques anxiogènes de cette crise sanitaire ont conduit les soignants à des **risques psychosociaux** accrus et variés.

De fait, l'ampleur et la durée incertaine de la crise, la peur d'être contaminé ou de transmettre le virus à ses proches, ses patients, ses collègues, les conditions de travail, la surcharge de travail, l'épuisement, la fatigue, sont tous des facteurs susceptibles de porter préjudice à la santé physique et mentale des soignants. (118) Une charge psychologique préoccupante, à laquelle se rajoutent une surexposition à la mort pouvant induire un sentiment d'impuissance, le doute ou encore une perte de sens. *« Pour tout soignant, perdre un patient est un traumatisme. La particularité en maison de repos est que le personnel connait les patients souvent depuis des années voire parfois depuis 5, 10 ou 15 ans ; ce qui n'arrive pas dans un hôpital. Les équipes des maisons de repos doivent aussi gérer les nombreux deuils de patients qu'ils considèrent pour certains comme des membres de leur propre famille. »* (MSF, 9 avril 2020) (103)

Rubrique 4 : Les autres professionnels de santé

Si le personnel soignant comme les infirmières, les aides-soignantes ou encore les médecins en général sont souvent cités dans la presse, d'autres professionnels de santé participent aussi à la lutte contre le coronavirus. Ceux-ci désignent ici, toutes les personnes qui aident à maintenir d'un façon ou d'une autre la santé et le bien-être des résidents en maisons de repos.

Médecin généraliste et médecin coordinateur

Métier précisément le plus abordé par la presse, le médecin traitant et le médecin coordinateur jouent tous deux un rôle prépondérant dans la prise en charge des personnes âgées en maisons de repos. Propre à chaque personne âgée, ils fournissent de près ou de loin, un ensemble de soins préventifs, curatifs ou encore palliatifs à ces derniers afin d'améliorer et/ou de maintenir leur bien-être en santé. Mais, nous avons pu constater à travers quelques articles que durant la crise, les **activités** du médecin généraliste ou du médecin coordinateur au sein des maisons de repos ont été réduites voire même supprimées. Une carence en partie à cause d'un manque de matériel de protection, des risques de contamination ou d'infection à la Covid-19. *« Les médecins traitants et coordinateurs ne sont pas épargnés par ces manques et ce déficit en matériel qui impliquent dans certaines MR-MRS une réduction voire même une suppression de leur présence ! »* (Infor-Home, mars 2020) (78) *« Certains médecins généralistes ont été touchés par le COVID et ne sont plus à même de remplir leur rôle sur le terrain durant une période plus ou moins longue. Certains médecins coordinateurs et conseillers (MCC) sont à risque, de par l'âge et leurs comorbidités, et ne peuvent pas assurer les missions vis-à-vis des institutions avec lesquelles ils ont un contrat d'entreprise. Certains médecins traitants ont assimilé leur activité médicale à de la consultation téléphonique exclusive sans plus vouloir se déplacer dans les MR-MRS lorsque le personnel infirmier les appelle pour des situations requérant un avis médical urgent (anamnèse et examen clinique). »* (Aframeco, 19 avril 2020) (121)

Ces professionnels sont également fortement impliqués dans l'accessibilité et la **continuité des soins**. *« C'est au médecin traitant d'assurer la continuité des soins, comme pour tout autre endroit de domiciliation de son patient. Il en a l'obligation déontologique. »* (Aframeco, 19 avril 2020) (122)

Dès lors, on observe pendant la crise, l'incidence de cette responsabilité où c'est aux médecins traitants de décider si un résident peut ou non être hospitalisé.
« L'hospitalisation ou non se fait selon un arbre décisionnel précis sur lequel se repose le médecin traitant. (…) » (Le soir, 10 avril 2020) (95)

Une imputation pouvant aussi mettre ces professionnels **sous pression**. *« Les craintes des résidents sont aussi celles de leurs familles. Le site Mediquality, qui s'adresse aux professionnels de la santé, rapportait ainsi ce week-end des menaces de procédures en référé contre des médecins refusant l'accès aux soins intensifs à des résidents de maison de repos. »* (soir, 6 avril 2020) (107)

De plus, au vu des conditions d'accessibilité aux soins marquant l'indisponibilité effective des médecins traitants et coordinateurs dans les établissements de nos ainés l'Ordre des médecins évoque la régulation du **libre choix du médecin**. « *Face aux difficultés générées par l'épidémie au COVID-19 en matière d'accès aux soins par les résidents des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, 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. »* (Ordre des médecins, 18 mars 2020) (123) Une décision inscrivant une responsabilité supplémentaire pour les médecins coordinateurs. *« 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 réfèrant désigné et les médecins traitants pour garantir la continuité des soins et une prise en charge optimale de chaque patient. »* (Aframeco, 19 avril 2020) (121)

<u>Aidants proches et familles</u>

En particulier pour les personnes âgées vivant en maison de repos, les aidants proches, familles et amis sont des acteurs très importants. Cependant, ils ne sont avancés dans la presse que cinq fois et ce, uniquement par les associations. Apport majeur de soutien psychologique et opérationnel pour les résidents, ils sont aussi une aide précieuse pour le personnel soignant. Un appui congédié dû aux mesures de distanciation induites par l'épidémie. *« Le soutien des aidants-proches tout comme la suspension de l'accompagnement qu'ils déploient en temps normal constituent un réel défit supplémentaire pour les professionnels de terrain déjà fort*

bouleversés dans leur quotidien par la gestion cette crise tant sur le plan professionnel que personnel » (Infor-Home, mars 2020) (78)

En outre, les aidants proches et les familles des résidents sont eux aussi confrontés aux difficultés de la crise, eux aussi sont séparés de leurs proches, de leurs parents demeurant en maisons de repos. Une situation douloureuse source de stress et d'inquiétude pour ces accompagnants. *« Par ailleurs, quand le parent âgé vit déjà en maison de repos, des proches nous font part de la peine de ne plus pouvoir rendre visite à leur parent et des sentiments d'inquiétude et de stress qui les hantent » « Ainsi, nombreuses sont les familles de résidents qui s'inquiètent pour la santé (tant physique que mentale) et le bien-être de ces derniers et qui se sentent tiraillées entre la compréhension de la nécessité du confinement et le besoin d'être présentes pour leur parent âgé surtout lorsque ce-dernier connait des troubles cognitifs. Cette inquiétude vient s'ajouter à l'ambiance anxiogène que nous ressentons tous en ce moment. »* (Senoah, 8 avril 2020) (113)

<u>Kinésithérapeutes, psychologues et assistants sociaux</u>

Les kinésithérapeutes, les psychologues, les assistants sociaux, les ergothérapeutes, … sont un ensemble de professionnels travaillant en maisons de repos qui contribuent à l'amélioration et au maintien de la santé des personnes âgées résidants en maisons de repos. Par conséquent, ils sont aussi des participants dans cette crise sanitaire. Toutefois, seuls six articles évoquent à proprement dit ces professionnels. (101, 102, 120, 124, 125, 126)

<u>Aide opérationnel</u>

Ils sont aides-logistiques, cuisiniers, techniciens de surface, éducateurs, animateurs…. Tous, concourent au bon vivre des établissements de soins résidentiels et donc aussi à celui des personnes âgées. Nous ne les considérons peut-être pas comme des professionnels de santé, cependant, eux aussi sont des acteurs clés dans l'organisation et la gestion de cette crise. Très peu abordés dans la presse, ils ne sont pas pour autant totalement oubliés. *« Dans la cuisine, Pascal, le chef, revit. Il vient de reprendre du service. (…) Un retour vécu comme une bénédiction car les repas rythment la vie d'une résidence. » « Dans le couloir, Griselda pousse son chariot. Technicienne de surface, elle a également vu sa vie changer. « On désinfecte tout toutes les deux heures», dit-elle. »* (Le soir, 10 avril 2020) (127)

Rubrique 5 : Personne âgée et santé

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes âgées sont les plus touchées par le virus et paient un lourd bilan épidémiologique. Dès lors, la population des personnes âgées est l'une des **populations les plus à risques** face au coronavirus. « *La pandémie de COVID-19 a un impact considérable sur la population mondiale. Dans de nombreux pays, ce sont les personnes âgées qui sont les plus menacées et rencontrent les plus grandes difficultés en ce moment. Bien que tous les groupes d'âge soient exposés au risque de contracter la COVID-19, les seniors courent un risque important de développer une maladie grave en raison des changements physiologiques liés au vieillissement et d'éventuelles affections pré-existantes. »* (OMS, 3 avril 2020) (128)

Un danger également important pour celles et ceux qui résident dans les maisons de repos. « *Si le coronavirus rentre avec une force importante dans les maisons de repos, on risque d'avoir un certain nombre de décès supplémentaires du fait que l'on se trouve dans la population la plus à risque de faire une pathologie sévère, parce qu'il y a des comorbidités, parce que le système immunitaire est moins performant à 90 ans qu'à 20." »* (La libre, 8 avril 2020) (129)

D'ailleurs, on remarque dans de nombreux articles que les personnes âgées en maisons de repos sont qualifiées comme les plus **vulnérables** et les plus **fragiles** face à l'épidémie du coronavirus. « (…) "*Les maisons de repos constituent une bombe sanitaire à retardement. [...] Il nous faut protéger cette population, particulièrement fragile face au virus, du risque de contamination.(...) »* (La libre, 8 avril 2020) (129) *« Les résidents de maisons de repos et de résidences services sont particulièrement vulnérables en cas de contamination de leur lieu de vie. (...) »* (Médi-sphère, 6 avril 2020) (130)

Malgré une caractérisation préoccupante, certains articles montrent un arriéré de considération envers les personnes âgées des maisons de repos. Un signe parfois ressenti comme une **dévalorisation sociale** pour cette population mais également pour le secteur. *« Avec ce cri du cœur, cette Bruxelloise souhaite que la problématique des personnes âgées ne soit pas oubliée, elles qui ne semblent pas être une priorité. (...) « Pourtant, ils doivent les considérer comme des citoyens à part entière. Ma maman ne mérite pas de mourir sous prétexte que nous n'avons pas protégé correctement son home. Je suis horrifiée, cette situation me tracasse et m'empêche de dormir la nuit. Cela me rend dingue d'imaginer que cette situation*

et cette non-anticipation de la part des autorités risque d'emporter ma mère. (…) » (La libre,13 avril 2020) (131)

Santé mentale et sociale

La notion de santé ne couvre pas uniquement le point de vue physique, elle renvoie aussi à un état de bien-être et d'équilibre individuel et collectif. De fait, certes la maladie du coronavirus impacte sévèrement la santé physique des patient infectés. Toutefois, fort est de constater que l'ensemble des facteurs extérieurs, liés aux mesures et associés aux virus a un effet tout aussi dévastateur sur la santé mentale et sociale. *« La santé mentale pendant les périodes d'anxiété constitue également un élément clé. »* (OMS, 3 avril 2020) (128)

Considérée comme une population à risques, les résidents des maisons de repos sont les premiers à avoir été consignés aux mesures de confinement et de distanciation sociale. *« (…) Avant les grandes annonces du 12 mars, le tout premier train de mesures adoptées par la Belgique concernait les maisons de repos. On a commencé par y limiter les visites. (…) »* (Le soir, 18 avril 2020) (70) *« Les résidents des maisons de repos ont été les premiers à être confinés. Depuis le mercredi 11 mars, les visites de la famille et des proches y sont interdites. Seul le personnel soignant et administratif, les équipes de nettoyage et de cuisine, les médecins... sont admis dans les résidences. »* (La libre, 14 avril 2020) (101)

Des mesures difficiles à vivre pour les séniors en structures résidentielles, mettant à mal leur santé mentale. En effet, devant ce changement de vie, on voit apparaître une multitude de conséquences psycho-sociales. Séparés et éloignés de leurs proches, résignés à rester dans leur chambre, privé des activités de la résidence, les résidents des maisons de repos sont confrontés à un véritable **isolement social** ou autrement dit, un **déficit relationnel**. *« Les résidents sont donc confinés dans leur chambre depuis plus d'un mois, sans être autorisés à s'aérer sur la terrasse ou dans le jardin de la maison de repos, sans pouvoir pousser leur déambulateur jusqu'au petit parc tout proche. On devrait dire claquemurés. »* (La libre, 14 avril 2020) (101)

Par ailleurs, un sentiment d'**abandon** et de **solitude** se fait ressentir de la part des résidents. *« Les strictes conditions de confinement décidées les exposent aussi à des moments pénibles faits de ruptures avec leurs contacts familiaux. Et la crainte de ne pouvoir être hospitalisées, à raison des principes de « priorisation des soins », les expose aussi à l'idée d'être abandonnées, (…). » (article 46) « Les maisons de repos, confinées, sont coupées de*

l'extérieur. Là où un foyer Covid 19 s'est propagé, la distanciation sociale peut conduire à la détresse voire à la désespérance. » (AVCB, 30 mars 2020) (120)

Les personnes âgées se sentent seules mais sont aussi soumises à l'**angoisse** et la **peur** d'attraper le virus et de mourir. *« Le désespoir est total, chez ceux qui découvrent qu'ils pourraient vivre leurs derniers instants sans leur famille autant que chez ces enfants et petits-enfants qui craignent d'enterrer les leurs à la va-vite, sans adieux. »* (Le soir, 10 avril 2020) (92) *«* À l'anxiété du confinement commun s'ajoute la crainte de tomber malade. *" Les images de l'Italie ont beaucoup affecté nos résidents "(…) »* (La libre, 9 avril 2020) (132)

Face à cette adversité, certains d'entre eux ne trouvent plus le plaisir de vivre et se laissent alors mourir à petit feu, c'est le **syndrome de glissement**. *« Chez ceux-là, le confinement crée une blessure qui peut aller jusqu'au renoncement à vivre. Les rares repères ont disparu. Ne plus manger ensemble, c'est une motivation qui disparait »* (Le soir, 4 avril 2020). (133) *« Dans les résidences désormais coupées du monde extérieur, des seniors ont perdu les moments de bonheur ponctuant de longues journées solitaires - leur dernière raison de vivre. Ils présentent le "syndrome de glissement" de personnes qui, consciemment, refusent de vivre. Elles arrêtent de s'alimenter, n'ont plus la sensation de soif, se laissent mourir. »* (La libre, avril 2020) (101)

Ainsi, devant les mesures drastiques de la crise et ces répercussions sur le bien-être des pensionnaires, nous constatons que le virus n'est peut-être pas la seule cause de décès. *« Le manque de visite, la solitude, la tristesse, le confinement, le sentiment d'abandon, l'incompréhension de la situation pourraient finalement, comme le COVID, conduire à des décès. »* (Senoah, 8 avril 2020) (113)

<u>Accompagnement</u>

Accompagner est synonyme d'un engagement réciproque, d'un partenariat. C'est avant tout, être disponible, être à l'écoute, être empathique, respecter l'autre, prendre soin.
Dans les maisons de repos, nous avons observé que les mesures de distanciation et les mesures d'hygiène sont renforcés, le virus est dangereux, les ressources sont limitées, la charge de travail est augmentée, … Ces facteurs ne permettent pas aux soignants d'accompagner les résidents comme ils le font habituellement. *« Dévoués, les soignants présents (beaucoup sont sous certificat médical) courent comme des poules sans tête pour surveiller la température des*

malades du Covid-19, prendre les paramètres, donner les médicaments, distribuer les repas. En temps normal, c'est déjà compliqué de prendre du temps avec les résidents isolés qui n'ont pas de visite ou si peu. Mais là, maintenant, comment faire alors que les maisons de repos tournent en vase clos depuis cinq semaines ? Comment s'occuper de ceux-là et de tous les autres, qui, d'ordinaire, voient régulièrement débarquer leurs enfants ou petits-enfants, une cousine, un ami, un ancien voisin ? » (La libre, avril 2020) (101)

S'ajoute à cela, l'absence de l'accompagnement de leurs proches. Un manque que les professionnels tentent de combler grâce à la télécommunication. Un moyen de communication qui n'est pas coutume pour les seniors et qui marque la présence d'une **fracture numérique**. « *" Livrés à eux-mêmes, l'effet d'enfermement est renforcé chez les ainés. On se sent tous un peu en prison mais on a des moyens technologiques qui nous permettent de recréer du lien, et on peut sortir. La grande majorité des aînés, non " » « Mais, si la fracture numérique des aînés existe, utiliser un téléphone est une chose, aller sur Facebook et des applis pour demander de l'aide en est une autre... »* (La libre, 9 avril 2020) (132)

L'impact psychologique de la crise chez les personnes âgées en maisons de repos est une réalité. Cependant, nous constatons que cette problématique n'est pas suffisamment observée. *« Des victimes collatérales du Covid-19 qui passent sous les radars de l'actualité. "Ce que cette crise met en évidence, c'est le trop peu de considération pour les problèmes de santé mentale dans la question du vieillissement. Il y a peu de psychologues dans les maisons de repos", (...) »* (La libre, avril 2020) (101)

D'ailleurs, on voit les autorités faire appel à un **accompagnement psychologique** dans les établissements de nos aînés. *« Des psychologues en suffisance doivent pouvoir être mobilisés pour accompagner les équipes et les résidents (...) »* (Médi-sphère, 30 mars 2020) (126) *« Ils souhaitent également que la ministre Morreale renforce les moyens de soutien psychologique aux résidents, au personnel et aux familles et mobilise les acteurs sociaux de terrain, pour lutter contre l'isolement des personnes âgées vivant à domicile. »* (Médi-sphère, 6 avril 2020) (130)

Rubrique 6 : Gestion de crise et innovations

Derrière cette situation extraordinaire difficile à conduire aux multiples inconvénients se cache aussi, la mise en place d'une organisation et d'une gestion de crise admirable. En effet,

nous ne pouvons nier l'énergie, le soutien, la solidarité, l'innovation et la créativité qui se sont déployés au sein des établissements de santé et de la communauté tout entière.

Adaptabilité

Face à la crise, les professionnels et les personnes âgées résidant en maisons de repos font tous deux preuve d'une grande **capacité d'adaptation**. Effectivement, on a pu voir qu'une partie de ces derniers a su affronter les conséquences et les difficultés qui leurs étaient imposées et a su parfois, tirer profit de la situation et de ses opportunités de changement. *« Mais c'est loin d'être général. Ce qui remonte du terrain, des personnes âgées elles-mêmes, c'est une grande force de résilience. On entend : ' On a connu pire, ça va passer, c'est surtout dramatique pour les jeunes, pour nos familles.' Et on entend aussi beaucoup de reconnaissance pour le personnel soignant à domicile ou dans les homes qui s'adapte sans cesse aux conditions pour continuer à établir un lien" »* (La libre, 9 avril 2020) (132) *« Enfin, au niveau des établissements, nous avons observé que, face à cette crise, ils faisaient souvent preuve d'adaptabilité et de souplesse, entre les actions mises en place pour permettre aux résidents de garder le contact avec les proches et l'assouplissement des règles, comme par exemple le prolongement d'un court-séjour qui n'était pas prévu au départ, chacun y mettant du sien pour tenter de traverser cette crise avec le moindre mal. » (*(Senoah,8 avril 2020) (113)

Une vertu aussi synonyme d'initiatives et d'ingéniosité. *« (…) Comme le gouvernement n'agissait pas, j'ai acheté des tests. Tout le monde y est passé. Notre bourgmestre, Philippe Mettens, a demandé à l'UMons de les analyser. Au moins, nous avons été fixés.» Depuis lors, le directeur s'est procuré tout le matériel de protection nécessaire. (…) »* (Le soir, 16 avril 2020) (116)

Solidarité, initiatives citoyennes et renfort

La crise a également initié un élan de solidarité transformant certains obstacles en leviers.

Tout d'abord, on s'aperçoit que liés par leurs intérêts communs et leur volonté de lutter contre l'épidémie, les professionnels, tous confondus, s'entraident et se soutiennent. *« "Il y a beaucoup de solidarité entre les équipes. Une auxiliaire de soins va passer le balai dans une chambre si sa collègue est débordée. Des agents d'entretien refont des lits. Des éducateurs se proposent pour faire des toilettes. Cela crée un sentiment d'appartenance qui les renforce face à leur peur. Ils se rendent compte qu'ensemble, on est plus forts." »* (La libre, 15 avril 2020)

(102) *« (…)"Notre grande force, c'est d'avoir pu mettre en commun les ressources en matériel et en personnel, ce qui nous a permis de disposer d'assez de bras pour tout assumer."* Le travail a été réorganisé ; les équipes, divisées par deux, travaillent en alternance 7 jours en continu avant 7 jours de *"régénération" (…) »* (La libre, 15 avril 2020) (102)

Ensuite, on remarque l'appui et le dénouement des autorités, des institutions et des professionnels pour combler les ressources humaines manquantes devant le tenant de la pénurie. D'une part, on l'observe au sein même des établissements. *« Celles-ci prônent la créativité pour mobiliser le personnel nécessaire (élargir le temps de prestations des temps partiels ; conversion de réductions de temps de travail en prime ; mobilisation du personnel d'autres services ; mobilisation du personnel étudiant qualifié en soins ; repas voire une prime de risque pour le personnel prestant ; mobilisation des travailleurs titres-services au chômage pour la logistique). »* (Le soir, 30 mars 2020) (100)

Et d'autre part, renforcement et mobilisation de personnels et d'équipes extérieures sont de mises. Ainsi, on voit des citoyens volontaires professionnels de santé ou non, divers associations (MSF, la Croix-Rouge, …) ou encore l'armée et la protection civile venir en aide aux maisons de repos. *« (…) Pour le moment, dans les deux régions, la solution privilégiée est l'appel aux volontaires. (…) Des équipes mobiles avec des travailleurs de MSF, de la Croix Rouge ou des maisons médicales sont à pied d'œuvre. Le renfort de l'armée et de la protection civile irait en ce sens également. »* (Le soir, 10 avril 2020) (95)

On voit également un soutien opérationnel avec l'organisation de formations pour le personnel des maisons de repos. *« Ces équipes soutiennent et forment le personnel des maisons de repos sur la meilleure manière de dispenser les soins en se protégeant et en protégeant les résidents. Elles les conseillent sur la manière de désinfecter les zones parfois en quantité très limitée. Les équipes mobiles soutiennent et forment également le personnel des maisons de repos sur la manière de désinfecter les zones potentiellement contaminées et sur la façon d'utiliser le plus efficacement les équipements de protection en cas de pénurie. »* (MSF, 8 avril 2020) (71)

Par ailleurs, ils peuvent compter sur la communauté et ses citoyens qui ne manquent pas d'idées et de générosité pour essayer d'assouvir les besoins en matériel des institutions de soins. *« Dans les maisons de repos, le manque de matériel de protection impose le même sens de la*

débrouille: « On compte notamment sur les masques en tissus confectionnés par des citoyens » (article 31) « Un entrepreneur local nous a même fourni une centaine de visières de protection en plexiglas qu'il a fabriquées avec son imprimante 3D» (Le soir, 16 avril 2020) (116)

Accompagnement et soutien psychologique

Comme nous l'avons vu précédemment, l'adversité de la pandémie met en péril la santé mentale des personnes âgées en maisons de repos. Alors, les autorités, les professionnels de santé et les citoyens œuvrent pour la préserver. L'une des grandes innovations mise en évidence pour lutter contre cette détresse psychologique et plus spécifiquement contre l'isolement social et le déficit relationnel, est la télécommunication. Divers dispositifs (Téléphones, emails, visioconférences, capsules vidéos, …) manœuvrés par l'intermédiaire du personnel sont mis à disposition des personnes âgés. *« Les résidents, eux, sont guidés à travers WhatsApp par le personnel "pour qu'ils puissent faire une vidéoconférence avec un de leurs enfants. C'est très exigeant en main-d'œuvre mais cela apporte beaucoup de réconfort. Imaginez la réaction de cette résidente qui venait de devenir arrière-grand-mère et qui a pu déjà voir son arrière-petite-fille une heure après la naissance grâce à cette connexion ! »* (La libre, 9 avril 2020) (132)

Un lien tout aussi important pour les familles. Dans ce sens, des institutions communiquent vers les familles pour les informer de l'évolution de la situation. *« Le contact avec la famille est évidemment très important dans les homes. Pour apporter une information et calmer les peurs des familles, l'institution envoie chaque jour une "infonota", une sorte de newsletter adressée à toutes les familles pour les tenir au courant de la situation et des initiatives pratiques, au jour le jour. »* (La libre, 9 avril 2020) (132)

D'ailleurs, les proches, les familles et même les citoyens bataillent aussi pour maintenir le bien-être des pensionnaires. Envoi de courriers, de dessins, dépôt de denrées alimentaires, …sont quelques exemples qui ont été initiés. (78 et 118)

Les autorités apportent elles aussi, leur pierre à l'édifice. *« Le gouvernement flamand a dégagé 375.000 euros pour soutenir la distribution de tablettes informatiques dans les maisons de repos afin que leurs résidents puissent entrer en contact visuel avec leurs proches, (…) »* (La libre, 17 avril 2020) (134)

Un support qui s'adresse également au personnel des maisons de repos, pareillement conféré à des risques psychologique et sociales importants. C'est pourquoi, pour les accompagner, il apparaît divers services et moyens de soutien : services de soutien psychologique intra-institutionnel (psychologues, assistants sociaux, …), services d'aides à distances, … (78 et 118)

Discussion

Tout d'abord, reprenons notre question de recherche : « Que nous apprennent les documents publiés lors de la première vague, à propos de la situation dans les maisons de repos en Belgique face à la première vague de la crise sanitaire du coronavirus ? Quels sont les obstacles et les leviers de la gestion de cette crise mis en évidence dans ce secteur ? Comment la crise du coronavirus a-t-elle fait apparaître les fragilités du secteur des soins résidentiels et remis en cause la place des personnes âgées dans notre société ? ».
Afin de répondre adéquatement à ces questions, nous allons dans un premier temps, analyser, interpréter et discuter nos résultats. Par la suite, nous aborderons les forces et les faiblesses de notre travail. En terminant par l'introduction des quelques perspectives de recherches.

Interprétation des résultats

Dans ce chapitre, nous reprenons les résultats les plus marquants, les analysons et les discutons en lien avec la littérature trouvée sur le sujet.
La partie théorique a étayé plusieurs contextes et développé divers concepts en lien avec notre problématique. Dès lors, ceux-ci permettront d'approfondir l'analyse des résultats.

En premier lieu, faisons un lien avec le concept de **crise** à proprement dit, introduit dans la partie « cadre conceptuel » de ce mémoire. S'apparenter ce concept, nous permettra de comprendre et de visualiser la situation dans laquelle se trouve les maisons de repos pendant la première vague de la crise du coronavirus.

Tout d'abord, appuyons le fait que la notion de crise dans les maisons de repos en Belgique est incontestable. Une crise est avant tout déclenchée par un évènement imprévisible. (31) Le coronavirus rejoint bien cette définition. C'est un nouveau virus qui est arrivé de manière inattendue. L'évènement déclencheur doit ensuite amener des dysfonctionnements menaçant la performance et les objectifs tels que la santé ou la sécurité des parties prenantes. (31) D'ailleurs, dans le domaine de la santé, la crise est appréhendée comme une situation de troubles mettant en péril les système de production et de prise en charge de la santé. (32) Il est clair que les résultats de notre étude adhèrent à ces explications. De façon général, les articles décrivent la crise comme une situation alarmante et catastrophique. Les résultats relatent ensuite une série d'obstacles vécus par le secteur des maisons de repos : la gouvernance, les disparités régionales, les inégalités, les troubles

organisationnels et logistiques, le manque d'hygiène, la continuité des soins et l'accessibilité des soins, la santé mentale des professionnels et des personnes âgées et bien d'autres encore. C'est tout le système de santé, l'organisation et la production des soins de santé qui ont été impacté par le coronavirus. La situation fait bel et bien office de crise dans les maisons de repos.

De plus, une crise peut avoir différentes typologies souvent définies selon son origine. (31) Ici, la cause de la crise est le virus Covid-19. Celui-ci affecte précisément la santé. Nous avons donc conclu avoir affaire à une crise sanitaire. Cette dernière s'attaque à la santé d'un grand nombre de personnes et se veut croitre l'indice de mortalité. (33) Encore une fois, nous pouvons accorder cette description avec une partie de nos résultats. De nombreux écrits et rapports ont exposé des bilans épidémiologiques élevés en terme de contaminations mais surtout de décès. Effectivement, il a été mis en évidence une surmortalité des personnes âgées et un constat épidémiologique d'autant plus inquiétant dans les maisons de repos. Donc, nous pouvons rajouter que les institutions de nos aînés sont immanquablement dans une situation de crise sanitaire.

Maintenant que nous ne doutons plus de la présence de crise dans les établissements pour personnes âgées, parlons de son cycle de vie. Devant l'apparition du coronavirus en Belgique, le secteur des maisons de repos connait une dynamique et une évolution de crise particulière et distincte par rapport aux autres secteurs.
Pour rappel, l'évolution d'une crise est composé de cinq phases. Cinq étapes différenciées selon leurs modes de gestion, d'intervention et de communication. (31, 34)
Dans la première phase, la crise n'est pas réellement visible mais elle peut laisser transparaitre quelques signes et éveiller à la prévention. (31, 34) Cette phase n'apparait que très pauvrement dans nos résultats. En effet, notre travail ne montre qu'une seule préoccupation préventive à l'égard des maisons de repos. Avant l'arrivée des grandes mesures fédérales, les autorités ont décidé d'interdire les visites dans les établissements pour personnes âgées.

Toutefois, après cette disposition, l'intérêt premier pour les maisons de repos a disparu et ce, lors des phases les plus intenses d'une crise. De fait, nous avons vu que plusieurs articles décrivent le début de la crise comme alarmant. Ils signalent l'apparition de signes précurseurs inquiétants, façonnant le secteur des maisons de repos comme une bombe à retardement. En fait, ces articles annoncent l'entrée en matière de la crise c'est-à-dire la phase

aiguë. Celle-ci se révèle généralement à travers une série d'évènements rapides et incontrôlable. Le coronavirus s'est installé et propagé subitement dans les homes. Très vite, les bilans épidémiologiques et les conditions de travail dans ces institutions de soins se sont détériorés.

C'est lors de cette phase-là que les premières actions et communications naissent. (31, 34) Les stratégies et mesures de lutte ont donc commencé à se manifester. Les communications des mesures générales de distanciations sociales, de confinement, d'hygiène et de travail sont bien arrivées aux oreilles du secteur de soins aux personnes âgées. Mais, face aux déferlement du virus dans les hôpitaux et peut-être aussi à cause de la vague médiatique qui s'y est associée, les maisons de repos ont en un moins rien de temps été oubliés et mises de côté. D'ailleurs, les résultats déploient ces faits. D'abord, on l'a remarqué à travers les dates de publication des articles de l'échantillon. Les premiers jours de la période de recherche sont pauvres en documents et alignent uniquement des circulaires de procédures et de recommandations. Puis, c'est au sein du contenu des articles que cela a été mis en évidence. Certains racontent que les maisons de repos sont un secteur à part entière de deuxième ligne. D'autres démontrent le manque de soutien et de support envers le secteur comme le manque de matériel de protection ou l'absence de dépistage.

Alors estimées comme non prioritaires devant l'urgence sanitaire, les maisons de repos ont rapidement basculé dans la phase chronique de la crise. Phase où règne le chaos et l'incertitude, laissant alors s'effacer les empreintes et les habitudes. (31, 34) C'est d'ailleurs presque la totalité de nos résultats qui s'y pique. La crise dans les maisons de repos est perçue comme catastrophique. Elle présente une surmortalité des personnes âgées. Ses mesures sont plurielles et difficiles à appliquer. Les autorités ont du mal à gouverner et la communication entre les parties prenantes est interrompue. L'organisation des soins est compliquée, l'hygiène, le matériel, les tests de dépistages et le ressources humaines manquent. La qualité des soins est limitée. Les professionnels de santé disparaissent. Les personnes âgées sont abandonnées et démunies. Bref, on peut dire que la perception catastrophique de la crise dans les établissements de nos ainés est une réalité.

La quatrième phase, phase de redressement ou autrement dit la reprise du contrôle sur la crise, est, quant à elle, inexistante dans les maisons de repos. (31, 34) Les résultats du thème de la perception et de la description de la crise le font d'ailleurs ressortir. Ceux-ci exposent l'existence de deux épidémies, deux dynamiques différentes. L'une dans les

hôpitaux, l'autre dans les établissements pour personnes âgées. L'une est sous contrôle et a réussi à stabiliser le nombre de décès et les contaminations. Inversement, l'autre s'épand encore et voit ses statistiques croitre. Un retard qui se réfère sûrement au manque d'attention des premières instances lors du début de la crise.

La crise dans les maisons de repos est hors de contrôle. Nos résultats ne font référence qu'à la deuxième et troisième phase de la crise. Il est donc inutile d'aborder la fin de la crise appelée phase de cicatrisation. (34) Cependant, cette dernière phase a notablement sollicité notre attention. Effectivement, en aucun cas, les articles et documents de notre corpus ne parlent de l'avenir ou de l'après Covid-19. Nous le savons, aujourd'hui, le virus court toujours. La crise sanitaire évolue encore et l'apparition d'une deuxième ou d'une troisième vague est indiscutablement imminente. Or, il est important de tirer au fur et à mesure les leçons de cette première vague c'est-à-dire d'augmenter la vigilance et le potentiel d'expérience afin de mieux appréhender les crises et la gestion de crises futures. (34)

Ceci s'ajoute à un autre point intéressant. Nous avons examiné dans nos résultats une publication très importante d'articles de signification négative, dramatique et pessimiste. Une connotation qui n'introduit ainsi que très peu le concept de gestion de crise vu dans la partie théorique de ce travail. Pour gérer une crise c'est-à-dire pour faire face à une crise, pour revenir à la dite normalité, il faut mettre en action un nombre certain de moyens. (36) Même si ce n'est pas le point le plus fort de cette étude et que ces moyens ne permettent pas réellement d'apaiser la crise. Fort est de constater que nous avons été impressionné par les leviers et les innovations mises en place pour contrer les barrières imposées par la crise. Des actions qu'il nous semble important de rappeler. Renforcement des équipes de soins, mobilisation de volontaires, formations pour les professionnels, création et don de matériels de protection, accompagnement à distance, mise à disposition de matériel de télécommunication, … Initiées par les autorités, les professionnels et même les citoyens, ces actions sont le signe d'un grand esprit de solidarité et de collectivité. En plus de cela, soulignons aussi l'incroyable capacité d'adaptation dont font preuve les professionnels de la santé et surtout les personnes âgées résidant dans les maisons de repos.

A présent, nous savons avec quel type et quelle dynamique de crise les maisons de repos font affaire. Cette singularité nous a permis de mettre en évidence que le secteur des établissements résidentiels avait de grandes difficultés à gérer cette crise. Ainsi, nous

souhaitons à présent discuter de ces obstacles. Ceux-ci s'apparenteront aux thèmes et sous thèmes de nos résultats et concéderont notre vision de la situation éprouvée par le secteur lors de la première vague du coronavirus.

Le premier résultat qui nous a frappé est le **manque de connaissance** de la part des autorités sur la maladie de la Covid-19. Durant cette crise sanitaire, ce sont les autorités qui sont au commande et plus précisément, l'état fédéral. Le déclenchement de la phase fédérale mise en évidence dans nos résultats l'affirme. Entourées de divers organes et cellules d'expertise ayant pour rôle d'aide à la décision, ce sont elles qui décident et divulguent les mesures stratégiques de lutte contre la propagation du coronavirus. (biblio / gestion de crise) Nous supposons que ces mesures sont basées sur les connaissances de la nature, des effets et des risques liés au virus.

Pour rappel, la Covid-19 est le nouveau virus qui était jusqu'à son apparition encore inconnu pour le monde et pour les scientifiques. Au fur et à mesure du temps, nous apprenons à apprivoiser ce virus. Ainsi, nous avons appris à connaitre sa nature, son potentiel de contagion, ses populations cibles, son mode de transmission, ses divers moyens de dépistages et de diagnostiques ou encore ses symptômes réguliers.(10-15) Par le biais de ces informations, les autorités ont pu mettre au point une série de mesures comme les règles d'hygiènes, la distanciation sociale, le port de matériels de protection, les protocoles de dépistages, …

Toutefois, nous avons vu que le virus renfermait encore aujourd'hui plusieurs incertitudes: l'interprétation et la gestion de ses symptômes, la gestion des infections, les risques de contagion, son traitement ou encore le vaccin. Un voile qui n'est pas réellement à découvert dans nos résultats et qui fait ainsi office d'un véritable amalgame dans la presse. De fait, tout au long de notre analyse, nous avons observé à quel point les méconnaissances à son sujet pouvaient impacter les prises de décisions fédérales et régionales et par conséquent le travail et la qualité des soins dans les MRS. Un effet boule de neige sur toute l'organisation du système de santé.

Par exemple, nous ne savons pas exactement quelle est la période d'incubation de la Covid-19 ou quels sont les risques de contagion de celle-ci. (10, 14) On le voit bien dans les résultats. Des écrits ont rapporté les avis divergents des pouvoirs publics et des virologues au

sujet des aléas des contaminations après une hospitalisation. Ces derniers ne savent pas exactement combien de temps une personne est contagieuse et donc quoi faire des patients potentiellement contagieux, c'est-à-dire des patients non guéris et ne nécessitant plus d'une hospitalisation. Un facteur qui pose donc problème dans la continuité et la sécurité des soins.

De plus, les manifestations cliniques et les symptômes sont variés et non caractéristiques, ils peuvent même ne pas se manifester. (10, 11, 12, 14, 15) Dès lors, avec ces interrogations, il est difficile de dépister les nouveaux cas et difficile de contrôler les infections. Une partie de nos résultats le prouve. Prenons par exemple les effectifs des ressources humaines. Certains professionnels sont testés, d'autres non. Les non testés symptomatiques sont écartés mais pas toujours. Lorsqu'ils sont testés et positifs, certains sont mis en quarantaine mais une quarantaine qui varie entre 7 et 14 jours, entre l'apparition des symptômes ou pas. Certaines personnes positives asymptomatiques continuent même parfois à travailler. Le manque de connaissance influe donc sur la clarté et le respect des mesures. Et quand les certitudes grandissent, les mesures changent. Nous ne sommes donc pas étonnés du climat de confusion mis en évidence aussi dans nos résultats. Outre cela, les bilans épidémiologiques l'expriment eux aussi. Incohérents et transparents, ils se basent parfois sur des suppositions quant au recensement des décès liés au coronavirus. Lorsqu'un patient manifestant de symptômes cliniques décède, il est impérativement considéré comme suspect Covid. Or, les symptômes ne peuvent pas servir de preuve. Seul un test de dépistage, un diagnostic peut affirmer ou non l'infection à la Covid-19. (10, 14, 15) Rappelons-nous aussi qu'il n'existe pas encore de traitement spécifique ni de vaccination. Un élément énigmatique supplémentaire qui compromet lui aussi la qualité des soins puisque rien ne permet d'assurer de véritables résultats en terme de santé, même avec les connaissances actuelles. (10, 14, 15)

Ainsi, face à l'incertitude, ni les scientifiques, ni les autorités ne savent comment évaluer correctement la situation ou quelles décisions prendre. Les professionnels ne savent donc pas non plus comment agir ou réagir. Et la population, c'est-à-dire ici les résidents, sont eux aussi dans l'incompréhension. Nous avons par ailleurs vu que ces méconnaissances suscitaient l'angoisse et la peur chez les professionnels et les personnes âgées.
En somme, nous pouvons dire que les vertus du coronavirus sont d'une certaine manière un obstacle conséquent dans la gestion de la crise. La science et la médecine ont leurs limites.

L'ignorance par rapport aux propriétés de la Covid-19 marque une gestion inédite pour les autorités de notre pays mais aussi pour les acteurs de la santé et l'ensemble de la population. En effet, personne n'était préparé à une telle crise. Dès lors, les résultats dévoilent une **inexpérience** face à la gestion de la pandémie du coronavirus.

Premièrement, elle apparait au niveau des autorités et des décideurs politiques. Pour ces derniers, c'est aussi la première fois qu'ils se retrouvent confrontés à une telle situation et dans de telles circonstances. Face à une crise, quelle qu'elle soit, la Belgique comme d'autres pays, peut à tout moment déclencher son plan d'urgence. Cette planification permet de réagir rapidement et efficacement devant des crises collectives. Elle a pour but d'aider les pouvoirs publics quant à la gestion, l'organisation, la préparation. Mobiliser les moyens nécessaires pour gérer la crise comme le matériel ou les ressources humaines est aussi l'un de ses prorogatifs. Structurée selon les niveaux de pouvoir, elle est censée décrire qui a le pouvoir ascendant sur les décisions stratégiques. (38)

Certains de nos documents font référence à cette planification d'urgence. De fait, certains parlent de l'instauration d'une phase fédérale. Celle-ci correspond à un niveau de la gestion de crise. Son activation est basée sur des critères comme l'étendue géographique, le nombre de mort ou encore le besoin d'informer la population. (32, 37, 40)Nous pouvons apercevoir ces derniers à travers nos résultats. Les bilans épidémiologiques démontrent un nombre de victimes élevé et un impact géographique sur l'entièreté du pays. Ainsi, nous comprenons qu'un plan d'urgence et de gestion de crise a été activé.

Toutefois, malgré la mise en place de ce plan, nos dirigeants prodiguent une certaine instabilité dans leur gouvernance et leur gestion de crise. Nouveau gouvernement, nouvelle législation, manque de moyens matériels et humains, … de nombreux documents attestent cette labilité. Certains articles ont d'ailleurs démontré l'actualisation constante des mesures et des décisions stratégiques. Des mesures également disparates entre les régions du pays mettant en évidence différents modes de gestion. Même si ces changements sont surement dû à l'évolution rapide et fortuite de la crise, ils manifestent la difficulté de contrôler cette épidémie et donc de gouverner.

De plus, nous savons que l'un des enjeux capitaux dans une gestion de crise, c'est la communication de crise. De fait, lors d'une crise, il est important d'intégrer toutes les parties prenantes dans le processus de décisions. (37) Or, ici des articles ont ressorti un manque de

communication et de concertation entre les pouvoirs organisationnels mais aussi avec les professionnels et les secteurs de la santé.
Notons également que notre théorie témoigne de l'existence d'une planification d'urgence sanitaire (PIS). (38, 39) Un planification qui ne semble pas avoir été initiée. Celle-ci ne figure en aucun cas pas dans notre analyse.

Ensuite, c'est au sein de l'organisation dans les institutions de soins que le manque d'expérience se fait ressentir et ce, particulièrement dans les maisons de repos. Nous avons constaté que contrairement aux hôpitaux, ces établissements n'étaient pas aussi bien organisés et adaptés. Effectivement, une grande partie des résultats expose les difficultés logistiques et organisationnelles dans le secteur des soins résidentiels. Les homes manquent souvent de matériels, leurs ressources humaines sont souvent restreintes et moins bien formées et leurs architectures sont généralement inadéquates, et pour cause, ce sont avant tout des lieux de vie. Qui plus est, des articles relatent de façon très claire ce manque d'expérience. Ils indiquent précisément que certains professionnels des MRS ne sont pas suffisamment formés aux matériels de protection ou à la prise en charge de type Covid-19. C'est pourquoi, on voit aussi des associations et professionnels expérimentés débarquer dans les MRS pour leur offrir diverses formations. Voilà un autre exemple qui peut nous faire entendre que le secteur n'est pas un fin connaisseur en termes de crise et de gestion de crise.

Nous pouvons donc dire que l'inexpérience est aussi l'un des principaux freins de la gestion de la crise sanitaire d'autant plus dans les maisons de repos.

Devant un manque de connaissance et une inexpérience considérable, nous avons pu également remarquer à travers nos résultats, que les aléas de l'épidémie ont induit une diminution de la **qualité des soins** dans les maisons de repos. On sait que la qualité des soins se veut promettre à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques afin d'obtenir les meilleurs résultats en terme de santé conformément aux connaissances scientifiques du moment. (39) Comme nous venons de le voir précédemment, les connaissances scientifiques à propos du coronavirus ne sont pas encore toutes évidentes. Celles-ci se répercutent donc sur les mesures prises par les autorités et par conséquent sur le travail et la qualité des soins des professionnels de santé des MRS. De fait, puisque les autorités ne savent pas tout et investiguent pour connaître d'avantage le virus, leurs décisions sont régulièrement actualisées. Dès lors, la clarté de ces dernières n'est pas des plus évidente pour les professionnels, principaux opérateurs et applicateurs de ces mesures.

La qualité des soins est associée à plusieurs dimensions comme l'efficacité des soins, l'adéquation des soins, la sécurité des soins ou encore la continuité des soins. (43) Cependant, nos résultats s'éloignent fortement de ces concepts. Par exemple, dans les rapports des bilans épidémiologiques, on observe des chiffres élevés en terme de contaminations, d'hospitalisations et surtout de mortalités. Des indicateurs de résultats peu satisfaisants. On s'aperçoit déjà ici du degré d'efficacité des soins. (43) L'adéquation des soins manque aussi à l'appel dans les maisons de repos. De fait, les recommandations ne coïncident pas vraiment avec la pratique médicale. (43) Les résultats rapportent l'application et le respect médiocre des mesures, l'architecture et le matériel non adaptés à la prise en charge de patient Covid ou encore le manque d'hygiène et de test de dépistage. Il a aussi été exposé que les ressources humaines étaient fortement limitées et donc épuisées. D'ailleurs, certaines d'entre elles travaillaient alors qu'elles avaient été positives au test du coronavirus et donc potentiellement contagieuse pour les autres. Ces éléments peuvent d'une certaine manière nuire à la santé du patient. Ils ne correspondent donc pas avec le concept de sécurité des soins. (43)

Par ailleurs, la continuité des soins, elle aussi, est mise à rude épreuve. Il a été admis que celle-ci désigne l'organisation de soins sans coupure et avec une couverture entière de la maladie. (43) Or, pendant la crise, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les maisons de repos, les admissions sont limitées et même parfois refusées pour les personnes âgées. Même tarif pour les soins palliatifs qui ne peuvent être dispensés correctement à cause de la crise. On parle également d'une certaine omission vis-à-vis des autres pathologies chroniques. Dès lors, le suivi continu de la prise en charge et donc accessoirement de la santé des personnes âgées n'est pas véritablement respecté.

Nous savons également que l'on peut analyser la continuité des soins selon quatre indicateurs : la continuité de l'information, la continuité relationnelle, la continuité entre la première ligne et l'hôpital et la coordination des soins (43) Nos résultats rejoignent précisément deux d'entre eux. La continuité relationnelle qui révèle la périodicité de consultation du médecin généraliste et la continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins, aussi vue comme le suivi post-hospitalisation des personnes âgées par les médecins traitants. (43) Sachant que nous avons observé dans certains articles la réduction et la suppression des activités des médecins généralistes dans les maisons de repos. Nous pouvons

donc, imaginer une forte diminution des consultations et du suivi des résidents par les médecins traitants.

En résumé, nous pouvons avancer que lors de la crise, la qualité des soins ainsi que ses dimensions associées ne répondent que moyennement à leurs définitions.

Quatrième résultat marquant, la **complexité du système de santé**.
Le système de santé Belge est de nature complexe. Il est partagé par trois niveaux de pouvoirs, chacun garant de diverses responsabilités et compétences. Il est aussi divisé en trois régions. (17) Toutes ces caractéristiques rejoignent en partie nos résultats. Assurément, plusieurs articles ont mis en évidence la disposition fragmentée des compétences de notre système. Une configuration qui a laissé apparaître des disparités décisionnelles et stratégiques entre les régions tels que les politiques d'admissions, la politique de dépistage ou encore la stratégie de mobilisation des volontaires. Sachant que suite à la sixième réforme, la compétence des soins aux personnes âgées et des maisons de repos a été transférée aux entités fédérées, c'est bien les régions et les communautés qui ont en partie le pouvoir de décider. (19, 20, 22) Ainsi, on voit chaque région lutter contre l'épidémie à sa manière et par ses propres moyens.

En outre, la division du système impose l'éclosion d'une multitude d'acteurs et donc de décideurs. (17) Une spécificité qui apparait rapidement dans notre échantillon, mais aussi au sein même de nos résultats, où l'on voit le développement d'une pluralité de mesures et de recommandations propres à chaque pouvoir, chaque région ou chaque communauté. Consignes qui sont bien souvent non conjointes. Une réponse non centralisée qui inscrit une nouvelle fois le manque de concertation et la communication difficile entre les pouvoirs organisationnels créant un climat de confusion et parfois une remise en question de la légitimité et de l'efficacité de nos décideurs politiques.

Des répercussions qui nous font comprendre que la complexité de notre système de santé est l'une des grandes barrières de la gestion effective de la Covid-19 et plus spécifiquement dans les maisons de repos. Un obstacle préexistant qui s'affiche, d'autant plus, pendant cette épidémie.

Dans les résultats, un autre point a attiré notre regard. L'impact de la crise du coronavirus sur la **santé mentale et sociale des personnes âgées**. Plusieurs articles ont précisé que le virus n'avait pas uniquement un effet sur la santé publique. Celui-ci met aussi à

mal la santé mentale de nos concitoyens et donc de nos aînés. Un fait qui se noue avec des études préliminaires sur le coronavirus. Tout comme nos résultats de recherche, elles expliquent que les mesures de confinement et de distanciation ont un effet sur le bien-être psychologique. Elles ajoutent également que cet effet peut causer des sentiments de solitude et d'isolement social et ce, encore plus dans des institutions telles que les maisons de repos. (53, 54)

Ces causes, nous les avons examinées. Beaucoup d'articles disent que les résidents des maisons de retraite sont fortement isolés socialement et ressentent un déficit relationnel important. Conséquences liées aux mesures gouvernementales et aux risques de contagion du virus qui ont privé les pensionnaires de la visite de leurs proches, les ont obligés à rester dans leur chambre et ont arrêté toutes les activités dans les résidences laissant alors pour seul liens sociaux le personnel des établissements. Des points qui affirment la notion d'isolement social puisque celle-ci indique une limitation des contacts sociaux. (56, 57)

Suite aux mêmes causes et conséquences que l'isolement social, les articles décrivent également que les personnes âgées vivant en maisons de repos se sentent bien souvent seules voire même abandonnées pendant la crise. Mais, la notion de solitude est dite subjective. Elle renvoie d'une part à la quantité des rapports sociaux entretenus, élément bel et bien présent dans notre cas de figure. Mais d'autre part, la solitude est influencée par la qualité de ces liens, un détail qui n'apparait pas ici. (55, 57)

L'ensemble de ces éléments peut par ailleurs être appuyé par le fait qu'une grande partie de la population des personnes âgées est déjà touchée par l'isolement social (23%) et la solitude (50%). Des études rajoutent également que les seniors sont plus susceptible d'être affectés par ces troubles sociaux. (55-57)
Nous pouvons donc confirmer que la crise de la Covid-19 a accru ces deux affections chez les personnes âgées séjournant en maisons de retraite.

Cependant, certaines études nous informent que les concepts de solitude et d'isolement social sont compliqués à appréhender. Car une personne dites isolée, ne se sent pas obligatoirement seule. Tout comme une personne peut se sentir seule tout en étant entourée socialement. (55)

Jusqu'ici, nous avons vu les grands obstacles rencontrés par les maisons de repos lors de la première vague de la crise du coronavirus. Nous avons mis en évidence la particularité

de cette crise dans ces institutions qui abritent nos aînés. D'une certaine façon, nous avons donc pu nous apercevoir et comprendre d'avantage l'étendue de la situation et les faiblesses qui résident dans ces établissements et auprès de la population des personnes âgées. Cependant, il reste un point, un obstacle, une question que nous n'avons pas encore discuté et qui a particulièrement attiré notre attention. Il s'agit de la place et l'image données par la société au secteur des maisons de repos et à la population des personnes âgées.

La situation et les adversités de la crise décrites précédemment ont laissé transparaitre de nombreuses inégalités envers le secteur des maisons de repos et la population des personnes âgées. Un secteur et une population qui ne semblent pas réellement primordiaux pour les autorités, signe d'une certaine dévalorisation sociale. En effet, nous avons remarqué à travers nos résultats un traitement et des comportements différents à l'égard des établissements de soins résidentiels. Ceux-ci sont principalement d'abord démontrés par la considération tardive pour le secteur de la part des pouvoirs organisationnels. Ces derniers ont d'ailleurs admis avoir laissé ces institutions livrées à elles-mêmes durant les débuts de l'épidémie. Les professionnels et les résidents des maisons de repos, eux aussi, rapportent un sentiment d'abandon. Certains se sentent effectivement oubliés et mis à l'écart. Ils estiment ne pas avoir reçu le support et l'aide nécessaire pour répondre à la crise.

Cependant, lorsqu'on repense à ce que l'on sait à propos des maisons de repos en Belgique et de la transition démographique actuelle, on peut se demander pourquoi ces inégalités existent. En effet, même si aujourd'hui on souhaite diminuer l'institutionnalisation et évoluer vers un paradigme de soins à domicile, les établissements de soins résidentiels demeurent essentiels. Un secteur important pour le système de santé mais également sur le plan social, économique ou encore démographique. (26) D'autant plus que nous connaissons depuis quelques temps le phénomène du vieillissement démographique. Cette évolution massive de la population des personnes âgées prévoit que la proportion des 60 ans et plus sera multipliée par deux d'ici 2050. (28) Tout en sachant également qu'une grande partie de cette population appelle et/ou appellera à des soins de longues durées. (24, 27) Nous savons aussi que les établissements pour personnes âgées sont nombreux en Belgique et qu'ils accueillent plus de 140 000 résidents (26) Dès lors, avec un population importante et grandissante ainsi que des besoins de plus en plus croissants, la priorité secondaire donnée au secteur des maisons de repos peut sans aucun doute être interrogée.

De plus, on remarque à travers les résultats une autre inégalité sectorielle : l'hétérogénéité des institutions existantes aux architectures, aux structures, aux logistiques diversifiées. Une diversité qui rejoint une partie de notre partie théorique qui nous a appris qu'il existait deux types de structures de soins résidentiels, les MRPA et les MRS. Celles-ci s'adressant à des personnes de dépendances différentes et procurent des types de soins différents. (24, 25) Cette précision nous amène à comprendre davantage les difficultés organisationnelles et logistiques de certaines maisons de repos qui n'ont pas spécialement l'habitude d'accueillir des patients fortement dépendants avec un lourd protocole de soins comme les patients Covid-19.

Ce n'est pas que le secteur des maisons de repos qui connait ces inégalités. La population qui l'occupe les ressent, elle aussi. De fait, nous avons examiné dans la presse un questionnement éthique et moral vis-à-vis de l'accessibilité et le droit aux soins limités des personnes âgées. Certains d'entre eux se voyaient ne pas pouvoir hospitaliser ou institutionnaliser. Un refus souvent justifié selon la fragilité qui les caractérise.

Une description qui revient souvent dans nos résultats observant une perception sociétale majoritairement péjorative de la population des personnes âgées. En effet, ces derniers sont exposés comme une population à risques, comme vulnérables ou encore comme fragiles. Le contenu des articles associe cette représentation à diverses caractéristiques telles que l'âge, le vieillissement, la comorbidité, les changements physiologiques, un système immunitaire moins performant, …

Certes, les personnes âgées sont les individus les plus à risques face au coronavirus. (10-12) La théorie et les rapports épidémiologiques de nos résultats se rejoignent sur ce point. Toutefois, lorsque l'on évoque les concepts de vulnérabilité, de fragilité, de vieillissement ou encore d'âge, rien ne dit qu'ils sont à proprement reliés à la personne âgée.
Par exemple, nous savons que d'une population à l'autre, l'âge peut avoir des significations différentes. Ainsi, il renvoie une forme de construction sociale. Tout comme l'âge, le vieillissement peut aussi impliquer des modifications sociales. Il n'est donc pas uniquement défini par des modifications biologiques, l'apparition de problèmes de santé ou une étape biographique de son processus. (22, 46) La fragilité est aussi un concept multidimensionnel complexe pouvant palier une diversité de points de vue. Elle peut donc également être perçue

différemment par la société. (48, 49) Ainsi, nous pouvons dire que chaque individu de notre société peut apporter une définition et une représentation différentielle de la personne âgée.

De plus, nous avons vu que la fragilité et la vulnérabilité indiquent dans leurs définitions une forme d'incapacité à faire face à un contexte critique ou à préserver un équilibre avec leur environnement. (49-51) Or, nos résultats démontrent certaines personnes âgées détiennent cette capacité.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude renferme quelques limites dont il est important de tenir compte.

La première réside dans le fait que cette étude utilise une méthode qualitative. Une approche qui n'a pas pour but que ses résultats soit généralisables, mais bien d'obtenir une diversité d'informations et de communications. Au vu de nos 250 documents et de la répartition de ceux-ci parmi les trois typologies de presse (presse généraliste, presse spécialisée et professionnelle et presse officiel), nous pensons avoir atteint en partie cet objectif. Cependant, sachant que nous nous intéressons à la Belgique, cette disposition ne reflète pas l'entièreté du territoire. En effet, le pays est divisé en trois régions distinctes (la Wallonie, Bruxelles-capitale et la Flandre) et comprend également trois communautés (Française, flamande et germanophone). Une multiformité qui a fondé trois langues nationales différentes. Le chercheur ne parlant que le français, l'information se retrouve donc à son effigie. Dès lors, ce facteur peut influer sur les résultats.

Deuxièmement, l'échantillon a été établi par pragmatisme. Le chercheur a réalisé ses recherches sur le net parmi des sources qui lui étaient facilement accessibles. Dans la presse généraliste, il a choisi les journaux du Soir et de La Libre car ceux-ci lui accordaient un accès gratuit par l'intermédiaire de son statut d'étudiant. Pour ce qui est de la presse spécialisée et professionnelle, le chercheur a sélectionné uniquement les sources qui ne nécessitaient pas d'une inscription à un abonnement ou d'une qualification spécifique. Tous les centres d'informations officiels sont quant à eux, accessibles à tous. Sans ce contingentement, l'échantillon serait d'autant plus hétéroclite. Toutefois, l'utilisation de trois typologies de presse différentes est déjà le signe d'un échantillon composite.

De plus, rappelons-nous que l'échantillon a aussi été délimité par une période. Or, il faut préciser que la première vague s'étend plus longtemps, plus spécifiquement jusqu'au

mois de Juin. L'intervalle choisi a donc limité la grandeur de notre échantillon et par la même occasion réduit notre capital d'information. Toutefois, la période choisie par le chercheur représente un espace-temps très intense de la première vague de la crise. Intervalle lié à l'implantation des première mesures fortes et par conséquent l'aperçu des premières grandes difficultés qui n'apparaitront sûrement plus dans l'évolution future de la crise.
Pour éviter ce biais, nous aurions pu investir plus de temps et de moyens afin d'obtenir un échantillon plus vaste et donc plus représentatif.

Troisièmement, nous pouvons discuté de notre base de données. La crise sanitaire a engendré une réelle crise de l'information. De fait, devant une telle crise, nous cherchons tous, d'une manière ou d'une autre, à nous informer et à mieux comprendre la situation. Pour ce faire, nous nous tournons vers une documentation facilement accessible. Dès lors, nous nous interrogeons sur l'objectivité de la presse et des médias, et plus précisément sur la qualité et la véracité de l'information véhiculée. Les résultats se basent sur des données provenant de sources multiples, écrites par des auteurs différents pourvus d'expériences, d'intérêts, de valeurs, …différentes. Il se peut alors que les informations livrées par la presse soient fausses, transformées ou encore présentées de manière à manipuler ou influencer l'opinion public. D'ailleurs, nous pouvons apercevoir un semblant de ces billets de publication à travers notre échantillon de recherche. Les titres et le contenu de la majorité des articles de presse sont de connotation négative. Nous le savons, les médias ont plus tendance à générer le drame que diffuser les bonnes pratiques. Une façon d'augmenter l'intérêt des consommateurs et donc d'élever l'électorat et l'audience. Un autre exemple probable de billet de publication dans notre étude est la présence de source majeure et accomplie comme les journaux quotidien *Le soir* et *La Libre* ou les revues médicales *Le spécialiste* et *Médi-sphère*. Ces derniers sont avant tout des grandes entreprises avec certes l'objectif de transmettre l'information mais surtout un but lucratif et ce, à l'inverse des petites initiatives associatives.

Néanmoins, cela reste un paramètre difficile à contrôler. Mais, au vu du grand nombre de matériaux de notre échantillon, de leurs diversités et de leurs conjonctions, nous considérons ces informations comme véridiques.

Quatrième et dernière limite, la posture de l'analyse, autrement dit, la subjectivité du chercheur. En effet, tout chercheur détient une posture particulière et celle-ci joue un rôle essentiel que ce soit au niveau de l'élaboration de la recherche, de la sélection des données, de la thématisation ou encore de l'analyse. On parle alors de sensibilité théorique et

expérientielle du chercheur. Une sensibilité qui va guider l'analyste au fil de son étude. La sensibilité théorique fait référence à la formation initiale propre au chercheur. Tandis que la sensibilité expérientielle renvoie à l'expérience personnelle de celui-ci. (66)
Ainsi, le chercheur porte ses propres réflexions, ses propres valeurs, ses propres intérêts, etc. Un regard qui peut influencer considérablement l'étude. Toutefois, notons que ces influences ont été prises en considération dans ce travail.

A côté de toutes ces limites, nous tenons également à souligner les forces de cette étude. Premièrement, sa force réside dans le sujet en lui-même. Un thème d'actualité au centre des préoccupations nationales et mondiales. Qui plus est, touche l'entièreté de la population, de la santé publique, du système de santé sans oublier les soins de santé de première ligne. Un phénomène multidimensionnel au centre de toutes les attentions qui lors de son arrivée ne détenait pas forcément une littérature scientifique copieuse. Étudié aujourd'hui par toute la planète, ce sujet est en perpétuelle évolution et aura surement des répercussions sur le long terme mais surtout procurera une grande avancée dans les soins de santé.

De plus, notre étude se base sur de nombreux écrits. Ceux-ci sont issus d'une multitude de sources de types, de styles d'écriture et de points de vue différentiels laissant alors transparaître une grande liberté d'expression. Une abondance qui témoigne la triangulation de nos résultats. Celle-ci nous permettant ainsi d'afficher un discours d'autant plus véridique. Rajoutons également que notre analyse est une dimension forte de notre travail. En effet, elle fait preuve d'une méthode rigoureuse et systématique.

Conclusion

Depuis des mois, la Belgique et le monde entier font face à la pandémie du coronavirus. Un défi multidimensionnel qui va mettre l'ensemble du système de santé à rude épreuve.

La Covid-19 est un nouveau virus extrêmement contagieux aux vertus imprévisibles. Il n'épargne personne mais préfère s'attaquer aux plus vulnérables. Très rapidement, il comptabilise des milliers de contaminations et des centaines de morts. Propagé dans tout le pays, il finit par trouver refuge dans les établissements de soins de nos aînés. Toute la population se ligue alors contre lui afin de lutter contre ce dernier. Une situation inédite qui va particulièrement bouleverser les repères des professionnels de santé et des pensionnaires des maisons de repos. C'est pourquoi nous avons voulu nous intéresser et comprendre quelles étaient leurs situations pendant cette période de crise.

Pour répondre à cet objectif, le chercheur a tout d'abord réalisé une exploration théorique des contextes et concepts associés à la problématique. Un examen qui lui a permis d'évaluer l'étendue des caractéristiques et de l'actualité autour du secteur des soins résidentiels et des personnes âgées. Ensuite, pour des raisons pragmatiques liés au contexte de l'épidémie, il a effectué sa collecte des données au travers de la presse numérique. Une source d'information qui, il faut le rappeler, détient des limites. Une fois les matériaux réunis, le chercheur conduit par sa subjectivité, les a analysé. Dans son analyse, il a constaté divers résultats formulant la gestion de la crise propre au secteur des maisons de retraite. Celle-ci révélant les principales difficultés et commodités rencontrées par le secteur des maisons de repos et la population qui l'occupe lors de la crise. Enfin, le chercheur a mis en lien ces constats avec ses recherches théoriques. Une discussion soldée par une série de conclusions nous permettant ainsi de répondre à notre question de recherche.

De cette façon, les documents collectés lors de la première vague du coronavirus, nous apprennent que la situation dans les maisons de repos est avant tout compliquée et fait bel et bien l'état d'une crise. Une crise différente des autres secteurs portant une dynamique et une évolution singulière. Ils nous ont appris que le secteur devait faire face à de nombreux obstacles dans sa gestion de la crise. Certains étaient préexistants et ont été accentués par la crise : un système de santé fragmenté et complexe ; la santé mentale des personnes âgées ; les diversités sectorielles ; la dévalorisation sociale des personnes âgées. D'autres se sont développés suite à

l'apparition du virus : les limites de l'expertise médicale et scientifique ; l'expérience de gestion de crise ; l'objectif de qualité de soins.
Des barrières qui ont d'une certaine manière positionné, durant l'épidémie, le secteur des soins résidentiels et la population qui l'occupe sur un pied d'inégalité. Exposant alors au grand jour les faiblesses du secteur et sa place dérisoire au sein de la société.

Mais, notons tout de même que cette recherche nous a également montré que les maisons de repos ont de véritables ressources pour faire front à la crise : capacité d'adaptation ; solidarité ; créativité ; innovation ; force et courage. Des côtés qui marquent le maintien dogmatique de la considération sociale à l'égard des personnes âgées.

Dès lors, nous retiendrons que le secteur des maisons de repos est l'un des secteurs les plus délaissé du système de santé et que la population des personnes âgées est souvent négligée par ce système mais aussi par la société. En perpétuelle crise, la pandémie n'a fait que révéler au grand jour les dysfonctionnements préexistants à leurs égards. Pourtant, les maisons de repos et la population des personnes âgées ne sont pas sur le départ, loin de là. Aujourd'hui, nous devons changer notre vision sur cette crise et exploiter celle-ci comme une opportunité de changement. Le vieillissement est inévitable, nous finirons tous un jour par devenir les ainés de demain. A l'heure où le vieillissement démographique et l'offre de soins évoluent, il est temps d'accorder une nouvelle place au secteur de soins aux personnes âgées dans notre système de santé.

Perspectives de recherche

Cette étude nous a donné une vision générale de la situation des maisons de repos en Belgique face à la première vague de la crise du coronavirus. Une représentation qui nous a permis de comprendre quels étaient les principaux obstacles et leviers de la gestion du secteur devant la crise. Elle nous a également permis de réaliser un préambule de l'image et de la place qu'occupent les personnes âgées dans la société actuelle.
Dès lors, elle peut devenir le préambule de multiples perspectives tant pour la clinique qu'au niveau de la gestion et du management des institutions de soins.

Cette étude est le fruit d'une analyse qualitative, basée sur des documents en provenance de la presse. Avec un échantillon restreint et des résultats non généralisables, elle a donc un impact relativement faible. C'est pourquoi, il serait intéressant de mener une étude

quantitative pour vérifier si les résultats obtenus de cette étude sont significatifs et représentatifs dans toutes les maisons de repos en Belgique.

Par ailleurs, dans nos résultats, nous avons remarqué le rôle prédominant des décideurs politiques et des professionnels de la santé face à la crise sanitaire. Dès lors, en lien avec les résultats de cette étude, il serait bon d'aller les interroger afin de connaître leurs points de vues et leurs comportements par rapport à la thématique. Qui plus est, consulter les personnes âgées résidant dans les maisons de repos pour connaître leurs propres perspectives et vécus de la crise, pourrait aussi être l'idée d'une éventuelle recherche.

Enfin, il serait judicieux de réaliser une étude similaire sur la ou les prochaines vagues de la crise du coronavirus dans les maisons de repos belges dans le but de les comparer et d'ainsi évaluer si la situation s'améliore ou se détériore au fil du temps.

Bibliographie

1. Arabi Y., Murphy S., Webb S. (2020). COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Med*, 46 (5), 833-836. Doi : https://doi.org/10.1007/s00134-020-05955-1

2. Siatka C. (2020) Covid-19 : état de l'art sur la maladie à coronavirus 2019. HAL Id: hal-02547190

3. Sciensano (2020) COVID-19 - Situation épidémiologique 2020. [consulté le 8 juillet 2020]. Disponible à l'adresse: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily%20report_20200708%20-%20FR.pdf

4. Halloy J. (2020) Des scientifiques dans la tempête Covid-19. *La revue nouvelle*, 3(3), 60-72

5. Organisation Mondial de la Santé (OMS). (2020) Soutenir les personnes âgées durant la pandémie de COVID-19, c'est l'affaire de tous. [consulté le 3 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business

6. Veyt S., Samii Y. (2020) Covid-19 et personnes âgées : Une crise annoncée. [consulté le 24 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://pro.guidesocial.be/articles/carte-blanche/covid-19-et-personnes-agees-une-crise-annoncee

7. Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). (2020) Soins intensifs, Unités COVID, Urgences : Nous ajustons les prestations de soins à la réalité "COVID" de ces 3 services clés. [consulté le 10 juin 2020] Disponible à l'adresse : https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/urgences-soins-intensifs-unites-covid19-hopitaux.aspx

8. Jaumotte A. (2020) La maison de repos, un modèle que la pandémie risque bien de bouleverser. [consulté le 13 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://www.eneo.be/le-covid-19-et-les-aines/actualites/covid-19/la-maison-de-repos-un-modele-que-la-pandemie-risque-bien-de-bouleverser.html

9. Macq J. (2020) Notre système de santé à l'épreuve du COVID-19: une opportunité pour lui donner un nouvel élan? *Le soir*. [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/296189/article/2020-04-22/notre-systeme-de-sante-lepreuve-du-covid-19-une-opportunite-pour-lui-donner-un

10. Organisation Mondial de la Santé (OMS). **(**2020) Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : questions-réponses. [consulté le 24 Juin 2020] Disponible à l'adresse : https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses

11. Sciensano. (2020) Information scientifique sur COVID-19. [consulté le 24 Juin 2020] Disponible à l'adresse :https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-informations-generales

12. Organisation Mondial de la Santé (OMS). (2020) COVID-19 : ce qu'il faut savoir. [consulté le 24 Juin 2020] Disponible à l'adresse :https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

13. Yuen KS, Ye ZW, Fung SY, Chan CP, Jin DY. (2020) SARS-CoV-2 and COVID-19: The most important research questions. *Cell Biosci*, 10:40. doi: 10.1186/s13578-020-00404-4. PMID: 32190290; PMCID: PMC7074995.

14. Weston S, Frieman MB. (2020) COVID-19: Knowns, Unknowns, and Questions. *mSphere*, 5(2):e00203-20. doi: 10.1128/mSphere.00203-20. PMID: 32188753; PMCID: PMC7082143.

15. Naserghandi A, Allameh SF, Saffarpour R. (2020) All about COVID-19 in brief. *New Microbes New Infect*, 35:100678. doi: 10.1016/j.nmni.2020.100678. PMID: 32292590; PMCID: PMC7152908.

16. Organisation Mondial de la Santé (OMS). (2020)À propos des systèmes de santé. [consulté le 10 Mars 2020] Disponible à l'adresse : https://www.who.int/healthsystems/about/fr/

17. Portail Belgium.be. (2020) La Belgique, pouvoirs publics. [consulté le 10 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics

18. Defrenne F. (2016) Repenser le financement du système de santé. [consulté le 10 février 2020] Disponible à l'adresse : https://www.maisonmedicale.org/Repenser-le-financement-du-systeme-de-sante.html

19. Portail Belgium.be. (2020) La sixième réforme de l'État. [consulté le 10 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat

20. Cleiss. (2020) Le système de santé belge. [consulté le 10 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html

21. Legrand M. (2014) La réforme de l'Etat fait trembler les maisons de repos. [consulté le 10 février 2020] Disponible à l'adresse :https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/la-reforme-de-l-etat-fait-trembler-les-maisons-de-repos

22. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016) Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. [consulté le 28 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/

23. Fermabel. (2013) La communautarisation des maisons de repos. [consulté le 28 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.femarbel.be/wp-content/uploads/2013/12/Femarbel_La_Communautarisation_des_Maisons_de_repos.pdf

24. Portail Belgium.be. (2020) Structures d'hébergement et de soins. [consulté le 28 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/maisons_de_repos

25. Observatoire de la santé et du social. (2020) Les notes de l'Observatoire n°3. [consulté le 28 février 2020] Disponible à l'adresse : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/notes-notas/noteoss3_fr_6.pdf

26. ING. (2018) Maisons de repos sous la loupe : tendances et indicateurs (2018). [consulté le 28 février 2020] Disponible à l'adresse :https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_FR_pages.pdf

27. Van den Bosch K WP, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. (2011) Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025 - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 167B. D/2011/10.273/66.

28. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018) Vieillissement et santé. [consulté le 15 mars 2020] Disponible à l'adresse :https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

29. Gielens G., Dessoy A., Erraux AL. (2016) Impact du vieillissement de la population pour les acteurs locaux. [consulté le 15 mars 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/ThemaAnalyses/MMDF%20Impact%20du%20vieillissement%20de%20la%20population%20pour%20les%20acteurs%20locaux.pdf

30. Duyck J., Paul JM., Vandresse M. (2020) Perspectives démographiques 2019-2070. Mise à jour dans le cadre de l'épidémie de COVID-19. [consulté le 15 mars 2020]

Disponible à l'adresse :https://www.plan.be/publications/publication-1992-fr-perspectives_demographiques_2019_2070_mise_a_jour_dans_le_cadre_de_l_epidemie_de_covid_19

31. Libaert T. (2015) Le nouveau paysage de la crise. *Magazine de la Communciation de crise et Sensible*,23, 38-42.

32. Girard JF., Lalande F., Salmi LR., Le Bouler S., Delannoy L. (2006) Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://www.vie-publique.fr/rapport/28590-rapport-de-la-mission-devaluation-et-dexpertise-de-la-veille-sanitaire

33. Le Parisien. (2020) Définition – crise sanitaire. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/Crise%20sanitaire/fr-fr/

34. Bérubé P. *La gestion des communications en situation de risque et de crise.* In *Introduction aux relations publiques. Fondements, enjeux et pratiques.* Stéphanie Yates (dir.). Québec : Presses de l'Université du Québec, 2018. p. 285-308

35. Dautun C., Lacroix B. (2015) Management de crise ou crise du management, et si notre regard changeait ? *Magazine de la Communciation de crise et Sensible*, 23, 31-37.

36. Portail de l'Intelligence Economique. (s.d.) Gestion de crise. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://portail-ie.fr/resource/glossary/76/gestion-de-crise

37. Centre de. crise National (NCCN). (2007) Un guide en communication de crise.[consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://centredecrise.be/fr/publication/guide-en-communication-de-crise

38. Centre de. crise National (NCCN). (s.d.) Planification d'urgence. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://centredecrise.be/fr/planification-durgence

39. Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2016) Plans d'urgence et d'intervention. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/gestion-de-crises#Plans%20d'urgence%20et%20d'intervention

40. Centre de crise National (NCCN). (S.d.) Gestion de crise. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://centredecrise.be/fr/gestion-de-crise

41. Haute Autorité de Santé (HAS). (2007) Rapport : Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé. [consulté le 15 juin 2020] Disponible à l'adresse :https://www.has-sante.fr/jcms/c_613048/fr/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante

42. Morel MA. Qualité des soins. In Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition.* Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 256-260.Doi : https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0256

43. Portail Belgium.be. (2020) Qualité des soins. [consulté le 15 septembre 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins

44. Portail Belgium.be. (2020) Accessibilité des soins. [consulté le 15 septembre 2020] Disponible à l'adresse :https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins

45. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002) Vieillir en restant actif Cadre d'orientation. [consulté le 25 janvier 2020] Disponible à l'adresse :https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758

46. Caradec V. (2009) « L'expérience sociale du vieillissement ». *Idées économiques et sociales*, 157(3), 38-45.Doi : https://doi.org/10.3917/idee.157.0038

47. Ennuyer B. (2011) « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 34/138(3), 127-142. Doi : https://doi.org/10.3917/gs.138.0127

48. Dourlens C. (2008) Les usages de la fragilité dans le champ de la santé: Le cas des personnes âgées. *Alter*, 2 (2), 156-178. Doi : https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.03.004.

49. Faya-RoblesA. (2018) La personne âgée « fragile ». *Anthropologie & Santé*,17, 1-20.

50. Chassagne P., Rolland Y., Vellas B. *La personne âgée fragile*. *L'année Gérontologique*. Vol. 22. France, Springler, 2008. p.9-196.

51. Brodiez-Dolino A. (2015) « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique ». *Informations sociales*, 188(2), 10-18. Doi : https://doi.org/10.3917/inso.188.0010

52. Organisation Mondial de la Santé (OMS). (s.d.) Santé mentale. [consulté le 25 septembre 2020] Disponible à l'adresse : https://www.who.int/topics/mental_health/fr/

53. Banerjee, D. (2020) The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatr Psychiatry*, 35: 1466-1467. Doi : https://doi.org/10.1002/gps.5320

54. Banse E., Bigot A., De Valkeneer. C., Lorent V., Luminet O., Nicaaise P. et al. (2020). Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique. *Louvain Medical.* 139 (05-06), 375-382.

55. Dayez, J.-B. (2012) L'isolement social et le sentiment de solitude des aînés : précisions et pistes d'intervention. *Analyses Énéo, 2012/10.*

56. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington, DC: The National Academies Press. Doi: https://doi.org/10.17226/25663

57. Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S., et al. (2012) Vieillir, mais pas tout seul - Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique. *Fondation Roi Baudouin.*

58. Aubin-Auger I., Mercier A., Baunmann L., Lehr-Drylewicz AM., Imbert P., Lertillart L., et al. (2009) Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale.* 19(84), 142-145.

59. Kohn L., Christiaens W. (2014) Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome liii(4), 67-82. Doi : https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067

60. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2014, 152 p.

61. Aujoulat, I. (2019) *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique—Master en Sciences de la Santé Publique* [Powerpoint] Bruxelles : UCLouvain

62. Poulard F. (2009) Analyse quantitative et qualitative de citations extraites d'un corpus journalistique. *Rencontre des Etudiants-Chercheurs en Informatique et en Traitement Automatique des Langues*.

63. Acrimed. (S.d.) La presse spécialisée. [consulté le 5 octobre 2020] Disponible à l'adresse :https://www.acrimed.org/-La-presse-specialisee-

64. Martial F. (s.d.) La presse. [consulté le 5 octobre 2020] Disponible à l'adresse :http://lettres.ac-rouen.fr/sequences/fichmem/presse.pdf

65. Fallery B., Rodhain F. (2007) *Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique.*. XVI ème Conférence de l'Association

Internationale de Management Stratégique AIMS, Montréal, Canada. pp 1-16. hal-00821448

66. Paillé P., Mucchielli A. Chapitre 11 – L'analyse thématique. In Colin. A (Ed.) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : 2012. p. 231-314. Doi : https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231

67. Belga. (2020) Coronavirus: la fédération des maisons de repos tire la sonnette d'alarme. *Le soir.* [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/289904/article/2020-03-25/coronavirus-la-federation-des-maisons-de-repos-tire-la-sonnette-dalarme

68. Bisack S., Kodeck A., Guffens C., Gallet G. (2020) Covid-19 et vieillissement : vivre la crise dans la dignité. *La libre.* [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/debats/opinions/covid-19-et-vieillissement-vivre-la-crise-dans-la-dignite-5e8caf7ed8ad581631cc3b10

69. Boileau C., Benayad M. (2020) Dans les maisons de repos, "la mort est devenue la norme". *La libre.* [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/planete/sante/dans-les-maisons-de-repos-la-mort-est-devenue-la-norme-5e8f678bd8ad581631d8bf30

70. Counasse X. (2020) Marius Gilbert au «Soir»: «On a laissé les maisons de repos livrées à elles-mêmes face à l'épidémie». *Le soir.* [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : *https://plus.lesoir.be/295339/article/2020-04-18/marius-gilbert-au-soir-laisse-les-maisons-de-repos-livrees-elles-memes-face*

71. Médecins sans Frontières (MSF). (2020) Covid-19 : nous lançons notre plus grrande intervention jamais réalisée en Belgique. [consulté le 25 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.msf-azg.be/fr/news/covid19-nous-lançons-notre-plus-grande-intervention-jamais-réalisée-en-belgique

72. Sciensano. (2020) Covid-19 – Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 02 avril 2020. [consulté le 20 avril 2020] Disponible à l'adresse :https://covid-

19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_20200402%20-%20FR.pdf

73. Sciensano. (2020) Covid-19 – Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 16 avril 2020. [consulté le 24 avril 2020 Disponible à l'adresse :https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly%20report_20200416%20-%20FR.pdf

74. Counasse X. (2020) Près de la moitié des décès ont lieu dans les maisons de repos. *Le soir*. [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/art/d-20200410-GFUT0D

75. Belga. (2020) Coronavirus: 40% des décès ont eu lieu en maison de repos. *Le soir*. [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293775/article/2020-04-10/coronavirus-40-des-deces-ont-eu-lieu-en-maison-de-repos

76. Centre de crise National. (2020) COVID-19 : une gestion de crise collégiale et complexe. [consulté le 5 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://centredecrise.be/fr/news/gestion-de-crise/covid-19-une-gestion-de-crise-collegiale-et-complexe

77. Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2020) Procédure de base COVID-19 et procédure de cas possible ou confirmé de COVID-19 en structures d'hébergement pour aînés (MR-MRS) agréées par l'AVIQ. [consulté le 30 mars 2020] Disponible à l'adresse :https://covid.aviq.be/fr

78. Infor-Homes. (2020) Carte blanche – Constats de terrain. C-19. [consulté le 30 mars 2020] Disponible à l'adresse : http://www.inforhomesasbl.be/fr/nos-publications

79. Le soir. (2020) Les visites dans les maisons de repos, «c'est une erreur dans le calendrier», selon Maxime Prévot. *Le soir*. [consulté le 13 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/295119/article/2020-04-17/les-visites-dans-les-maisons-de-repos-cest-une-erreur-dans-le-calendrier-selon

80. Agence France Presse (AFP). (2020) Coronavirus: Le ministre De Backer menaçant sur les tests généralisés dans les maisons de repos. *La libre.* [consulté le 18 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/politique-belge/coronavirus-le-ministre-de-backer-menacant-sur-les-tests-generalises-dans-les-maisons-de-repos-5e9156097b50a6162b1a3fb2

81. Service Public Fédéral Intérieur. (2020) 23 MARS 2020. — Arrêté ministériel portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19. [consulté le 30 mars 2020] Disponible à l'adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm

82. Le soir. (2020) Pour la fédération patronale Santhea, les homes ont été oubliés dans la crise du coronavirus. *Le soir.* [consulté le 18 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293434/article/2020-04-09/pour-la-federation-patronale-santhea-les-homes-ont-ete-oublies-dans-la-crise-du

83. Belga. (2020) Des instructions différentes en Flandre et à Bruxelles concernant les maisons de repos. *Le soir.* [consulté le 18 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293782/article/2020-04-10/des-instructions-differentes-en-flandre-et-bruxelles-concernant-les-maisons-de

84. Le spécialiste. (2020) Maisons de repos: Bruxelles ne demandera pas de certificat de non contagion des patients. [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/maisons-de-repos-bruxelles-ne-demandera-pas-de-certificat-de-non-contagion-des-patients.html

85. Durieux S., Jennotte. A., Petit C.. (2020) La Wallonie compte déjà plus de 200 morts dans ses maisons de repos. *Le soir.* [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/292258/article/2020-04-03/la-wallonie-compte-deja-plus-de-200-morts-dans-ses-maisons-de-repos

86. De Marneffe A. (2020) Maisons de repos: pourquoi seulement 139 résidents ont été testés en Wallonie contre 6.126 en Flandre. *La libre.* [consulté le 28 avril 2020]

Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/maisons-de-repos-pourquoi-seulement-139-residents-ont-ete-testes-en-wallonie-contre-6-126-en-flandre-5e987e909978e

87. Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2020) Plateforme solidaire Wallonne. 2020 [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://solidaire.aviq.be

88. Iriscare. (2020) Appel aux volontaires. [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/covid-19-coronavirus/appel-aux-volontaires/

89. Colinet M. (2020) Les « conseillers politiques » ont-ils failli ?.*Le soir.* [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293044/article/2020-04-07/coronavirus-les-conseillers-politiques-ont-ils-failli

90. Gérard L. (2020 Les médecins généralistes francophones écrivent à Sophie Wilmès: "Nous avons besoin d'un commandement unique clair pour le navire Belgique". *La libre.* [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/les-medecins-generalistes-francophones-ecrivent-a-sophie-wilmes-nous-avons-besoin-d-un-commandement-unique-clair-pour-le-navire-belgique-5e83ab07d8ad581631969642

91. Le journal du médecin. (2020) Le secteur des maisons de repos "ne comprend plus rien". [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/le-secteur-des-maisons-de-repos-ne-comprend-plus-rien/article-normal-47423.html

92. Delvaux B. (2020) Les vieux ne nous parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux. *Le soir.* [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293684/article/2020-04-10/les-vieux-ne-nous-parlent-plus-ou-alors-seulement-parfois-du-bout-des-yeux

93. Le guide social. (2020) De nombreuses maisons de repos conservent l'interdiction des visites. [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse :

https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/de-nombreuses-maisons-de-repos-conservent-l-interdiction-des-visites.html

94. Delepierre F. (2020) « On a pris des mesures pour les maisons de repos trop limitées ». *Le soir.* [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/294230/article/2020-04-13/pris-des-mesures-pour-les-maisons-de-repos-mais-trop-limitees

95. Blogie E., Van Reeth C. (2020) Les sept plaies des maisons de repos. *Le soir*. [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293636/article/2020-04-10/les-sept-plaies-des-maisons-de-repos

96. Van Reeth C. (2020) Les maisons de repos, inégales face à l'épidémie. *Le soir.* [consulté le consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/295508/article/2020-04-19/les-maisons-de-repos-inegales-face-lepidemie

97. Médi-sphère. (2020) Un mort sur trois en Wallonie est un patient du secteur résidentiel de soins. [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/un-mort-sur-trois-en-wallonie-est-un-patient-du-secteur-residentiel-de-soins.html

98. Durieux S. (2020) La peur s'accroît chaque jour un peu plus dans les maisons de repos. *Le soir.* [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293022/article/2020-04-07/coronavirus-la-peur-saccroit-chaque-jour-un-peu-plus-dans-les-maisons-de-repos

99. Van Reeth C. (2020) Maisons de repos : une diversité à double tranchant. [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lebienvieillir.com/wp-content/uploads/2020/04/pageLS_QUOTIDIEN20200420BRUXELLES14.pdf

100. Belga. (2020) Coronavirus: le coup de gueule des maisons de repos bruxelloises. *Le soir.* [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse :

https://plus.lesoir.be/291080/article/2020-03-30/coronavirus-le-coup-de-gueule-des-maisons-de-repos-bruxelloises

101. Hovine A. (2020) Dans les maisons de repos, des victimes collatérales du coronavirus se laissent doucement mourir. *La libre.* [consulté le 10 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/planete/sante/dans-les-maisons-de-repos-outre-le-coronavirus-l-inquietant-syndrome-du-glissement-guette-les-residents-5e95e536d8ad584f6e0849cc

102. Hovine A. (2020) Coronavirus dans les maisons de repos: seuls les écrans, les téléphones et les vitres laissent passer les éclats de vies confinées. *La libre.* [consulté le 10 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/coronavirus-dans-les-maisons-de-repos-seuls-les-ecrans-les-telephones-et-les-vitres-laissent-passer-les-eclats-de-vies-confinees-5e97445ed8ad584f6e10e9c4

103. Médecins Sans Frontières. (2020) Coronavirus en Belgique : « De l'action humanitaire en bas de chez moi ». [consulté le 29 juin 2020] Disponible à l'adresse : https://www.msf-azg.be/fr/blog/coronavirus-en-belgique-«%C2%A0de-l'action-humanitaire-en-bas-de-chez-moi%C2%A0

104. Van Reeth C. (2020) Dans les homes, un dépistage incomplet, et différent en Wallonie et à Bruxelles. *Le soir.* [consulté le 10 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293035/article/2020-04-07/dans-les-homes-un-depistage-incomplet-et-different-en-wallonie-et-bruxelles

105. Le spécialiste. (2020) Le personnel des maisons de repos positif peut travailler en cas de pénurie de personnel. [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/le-personnel-des-maisons-de-repos-positif-peut-travailler-en-cas-de-penurie-de-personnel.html

106. Belga. (2020) Coronavirus: les résidents de maisons de repos infectés et plus faibles ne sont pas hospitalisés. *Le soir.* [consulté le 16 avril 2020] Disponible à

l'adresse : https://plus.lesoir.be/289548/article/2020-03-24/coronavirus-les-residents-de-maisons-de-repos-infectes-et-plus-faibles-ne-sont

107. Metdepenningen M. (2020) Coronavirus: des plaintes contre les médecins? Mais non, les aînés ne sont pas abandonnés. *Le soir.* [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/292689/article/2020-04-06/coronavirus-des-plaintes-contre-les-medecins-mais-non-les-aines-ne-sont-pas

108. Belga. (2020) Flandre: les seniors quittant l'hôpital sans être suffisamment rétablis accueillis en maisons de repos. *Le soir.* [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293681/article/2020-04-09/flandre-les-seniors-quittant-lhopital-sans-etre-suffisamment-retablis-accueillis

109. Le spécialiste. (2020) Baisse des décès et des personnes hospitalisées dans les maisons de repos à Bxl. [16 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/baisse-des-deces-et-des-personnes-hospitalisees-dans-les-maisons-de-repos-a-bxl.html

110. Gérard L. (2020) Un patient sorti de l'hôpital peut-il encore être contagieux? "Il est audacieux de dire qu'il n'y a plus de danger". *La libre.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/planete/sante/coronavirus-a-la-sortie-de-l-hopital-les-patients-peuvent-encore-etre-contagieux-sante-covid-19-medecine-5e83728c9978e22841423a10

111. Le spécialiste. (2020) Certificat de non-contagion pour les résidents des maisons de repos wallonnes. [consulté le 16 avril 2020] Disponible à l'adresse :https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/certificat-de-non-contagion-pour-les-residents-des-maisons-de-repos-wallonnes.html

112. Belga. (2020) Le cdH wallon veut un dépistage de tous les résidents et travailleurs des maisons de repos. *La libre.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/politique-belge/le-cdh-wallon-veut-un-depistage-de-tous-les-residents-et-travailleurs-des-maisons-de-repos-5e8b5c74d8ad58163

113. Senoah. (2020) Covid-19/ Paroles des bénéficiaires et constats de l'asbl Senoah. [consulté le 5 avril 2020] Disponible à l'adresse :http://www.senoah.be/articles/

114. Devillers S. (2020) Une contamination à grande échelle parmi le personnel soignant est déjà redoutée: "Certains patients sont des vrais pièges". *La libre.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/planete/sante/coronavirus-une-contamination-a-grande-echelle-parmi-le-personnel-soignant-est-deja-redoutee-5e7a64e1d8ad5816316699ac

115. Hovine A. (2020) Ne plus hospitaliser les résidents des maisons de repos contaminés? C'est le médecin traitant qui décide. *La libre.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/ne-plus-hospitaliser-les-residents-des-maisons-de-repos-contamines-par-le-coronavirus-c-est-le-medecin-traitant-qui-decide-5e7a2a1f7b50a6162baf25c6

116. Delepierre F. (2020) Maisons de repos :« Nous étions des maisons de vie, nous sommes devenus des maisons de mort ». *Le soir.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/294766/article/2020-04-15/maisons-de-repos-nous-etions-des-maisons-de-vie-nous-sommes-devenus-des-maisons

117. Gérard L. (2020) L'armée est arrivée en renfort à la maison de repos Alégria de Lustin: "Les militaires n'entreront pas en contact avec les résidents". *La libre.* [consulté le 19 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/l-armee-est-arrivee-en-renfort-a-la-maison-de-repos-alegria-de-lustin-les-militaires-n-entreront-pas-en-contact-avec-les-residents-5e908a217b50a6162b157f73

118. Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (Aframeco). (2020) Soutien psychologique aux Résidents - Familles- Soignants. [consulté le 5 avril 2020] Disponible à l'adresse : http://www.aframeco.be/system/files/Section%209%20-%20200421%20Soutien%20psychologique%20résidents%20famille%20soignants.pdf

119. Médi-sphère. (2020) Infor-Home se fait l'écho des constats à l'intérieur des maisons de repos. [consulté le 29 juin 2020] Disponible à l'adresse : https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/infor-home-se-fait-l-echo-des-constats-a-l-interieur-des-maisons-de-repos.html

120. Association Ville et Communes de Bruxelles (AVCB). (2020) [Covid-19] Les résidants et le personnel des maisons de repos se sentent à l'abandon. [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.avcb-vsgb.be/fr/covid-19-les-ra-sidants-et-le-personnel-des-maisons-de-repos-se-sentent-a-la-abandon.html?news_id=6980&cmp_id=7

121. Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (Aframeco). (2020) Organisation médicale dans les MRS et collectivités. [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : http://www.aframeco.be/system/files/Section%202%20-%20200421%20Organisation%20de%20l%27activité%20médicale%20MRS%20Collectivités.pdf

122. Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (Aframeco). (2020) Dois-je assurer la continuité des soins et les soins palliatifs des résidents ? 2020 [consulté le 4 mai 2020] Disponible à l'adresse : http://www.aframeco.be/system/files/continuité%20des%20soins%20-%20palliatifs.pdf

123. Ordre des médecins. (2020) COVID-19 – Recommandations concernant l'obligation de dispenser des soins. [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/covid-19-recommandations-concernant-l-obligation-de-dispenser-des-soins

124. Belga. (2020) Coronavirus: plus de 2.500 kinésithérapeutes volontaires pour soutenir la "première ligne". *La libre.* [consulté le 29 mai 2020] Disponible à l'adresse : https://www.rtbf.be/info/dossier/epidemie-de-coronavirus/detail_coronavirus-en-

belgique-plus-de-2-500-kinesitherapeutes-sont-volontaires-pour-soutenir-la-premiere-ligne?id=10465112

125. Le guide Social. (2020) Maisons de repos face au Covid-19 : "S.O.S. d'un secteur en détresse". 2020 [consulté le 27 avril 2020] Disponible à l'adresse https://pro.guidesocial.be/articles/carte-blanche/les-maisons-de-repos-face-au-coronavirus-s-o-s-d-un-secteur-en-detresse.html

126. Médi-sphère. (2020) Coronavirus : les MR(S) bruxelloises aimeraient que la capitale embraie sur la Wallonie. [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/coronavirus-nbsp-les-mr-s-bruxelloises-aimeraient-que-la-capitale-embraie-sur-la-wallonie.html

127. Delepierre F. (2020) Le personnel des maisons de repos continue son travail: «Si je dois attraper le virus, je l'attraperai ». *Le soir.* [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/293656/article/2020-04-10/le-personnel-des-maisons-de-repos-continue-son-travail-si-je-dois-attraper-le

128. Organisation Mondial de la Santé (OMS). (2020) Soutenir les personnes âgées durant la pandémie de COVID-19, c'est l'affaire de tous. 2020 [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/supporting-older-people-during-the-covid-19-pandemic-is-everyones-business

129. Devillers S. (2020) Les homes, les "bombes à retardement" de l'épidémie de coronavirus. *La libre.* [consulté le 28 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/les-homes-les-bombes-a-retardement-de-l-epidemie-de-coronavirus-5e8cc4809978e22841512893

130. Médi-sphère. (2020) Le cdH wallon veut un dépistage de tous les résidents et travailleurs des maisons de repos. [consulté le 29 juin 2020] Disponible à l'adresse : https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/le-cdh-wallon-veut-un-depistage-de-tous-les-residents-et-travailleurs-des-maisons-de-repos.html

131. Garitte F. (2020) L'appel au secours d'une fille de résident en home : "Le manque d'anticipation des autorités risque d'emporter ma maman". *La libre.* [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/regions/bruxelles/l-appel-au-secours-d-une-fille-de-resident-en-home-le-manque-d-anticipation-des-autorites-risque-d-emporter-ma-maman-5e943d7f7b50a6162b1d10eb

132. Weymeels E. (2020) L'isolement mental des aînés devient préoccupant : "Ils ne sont pas habitués à demander de l'aide". *La libre.* [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/l-isolement-mental-des-aines-devient-preoccupant-ils-ne-sont-pas-habitues-a-demander-de-l-aide-5e8eaf309978e228415a1cb1

133. Deffet E. (2020) «Infirmière dans un home,j'ai rédigé mon testament». *Le soir.* [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://plus.lesoir.be/292240/article/2020-04-03/infirmiere-dans-un-homejai-redige-mon-testament

134. Belga. (2020) Le gouvernement flamand fournira des tablettes informatiques aux maisons de repos. *La libre.* [consulté le 29 avril 2020] Disponible à l'adresse : https://www.lalibre.be/belgique/societe/le-gouvernement-flamand-fournira-des-tablettes-informatiques-aux-maisons-de-repos-5e994e70d8ad58632c73fea2

Annexes

Annexe 1

Tableau 2. *Échantillon – Presse généraliste*

DATE DE PUBLICATION	SOURCE	TITRE	AUTEUR
21/03/20	Le soir	CPAS: «le défi le plus lourd, pour l'instant, ce sont les maisons de repos»	Eric Deffet
23/03/20	La Libre	Coronavirus: comment respecter les souhaits des personnes en fin de vie?	Annick Hovine
23/03/20	La Libre	Coronavirus: plus de 2.500 kinésithérapeutes volontaires pour soutenir la "première ligne"	Belga
23/03/20	La Libre	Coronavirus: déjà plus de 2.500 personnes dans la réserve médicale en Flandre	Belga
23/03/20	Le soir	Coronavirus: les institutions de soins toujours en manque de matériel médical	Belga
24/03/20	La Libre	Une contamination à grande échelle parmi le personnel soignant est déjà redoutée: "Certains patients sont des vrais pièges"	Sophie de Villers
24/03/20	Le soir	Coronavirus: les résidents de maisons de repos infectés et plus faibles ne sont pas hospitalisés	Belga
25/03/20	Le soir	Coronavirus: la fédération des maisons de repos tire la sonnette d'alarme	Belga
26/03/20	La Libre	Coronavirus: "Nous ne laisserons pas nos maisons de repos se transformer en mouroirs"	Belga

28/03/20	Le soir	Coronavirus en Belgique: ce que l'on sait sur le profil de personnes touchées	La rédaction du Soir
29/03/20	La Libre	Un certificat de non-contagion pour les résidents des maisons de repos wallonnes qui reviennent de l'hôpital	Belga
29/03/20	Le soir	Coronavirus: un certificat de non-contagion pour les résidents des maisons de repos wallonnes	Belga
30/03/20	Le soir	Coronavirus: le coup de gueule des maisons de repos bruxelloises	Belga
30/03/20	Le soir	Coronavirus : Le décès d'une infirmière de 30 ans émeut la profession	Clara Van Reeth
31/03/20	La Libre	Les médecins généralistes francophones écrivent à Sophie Wilmès: "Nous avons besoin d'un commandement unique clair pour le navire Belgique"	Laurent Gèrard
31/03/20	La Libre	Un patient sorti de l'hôpital peut-il encore être contagieux? "Il est audacieux de dire qu'il n'y a plus de danger"	Laurent Gèrard
1/04/20	La Libre	Un mort sur trois en Wallonie est un résident de maison de repos	Adrien de Marneffe
1/04/20	La Libre	Une maison de repos sur deux touchée par le virus à Bruxelles	Alice Dive
2/04/20	La Libre	Coronavirus: la Wallonie prête à répartir les tests de dépistage pour le personnel des maisons de repos	Belga
2/04/20	Le soir	Bientôt des tests dans les maisons de repos	Belga
4/04/20	Le soir	«Infirmière dans un home, j'ai rédigé mon testament».	Eric Deffet
4/04/20	Le soir	Coronavirus : La Wallonie compte déjà plus de 200 morts dans ses maisons de repos	Sandra Durieux, Alain Jennotte, Cédric Petit

5/04/20	Le soir	Coronavirus: quels sont les prochains défis des maisons de repos?	Elodie Blogie
6/04/20	La Libre	"Toutes les maisons de repos doivent faire l'objet de tests tant pour le personnel que pour les résidents"	Belga
6/04/20	La Libre	Le cdH wallon veut un dépistage de tous les résidents et travailleurs des maisons de repos	Belga
6/04/20	Le soir	homes Isoler les malades et renforcer le personnel : les prochains défis	Elodie Blogie
6/04/20	Le soir	Coronavirus: des plaintes contre les médecins? Mais non, les aînés ne sont pas abandonnés	Marc Metdepenningen
7/04/20	La Libre	Coronavirus en Belgique: "Nous attendons un élargissement des critères pour savoir qui peut être testé"	Ad.R
7/04/20	Le soir	Marius Gilbert: «On va vers un dépistage systématique dans les maisons de repos, mais ça prend du temps»	/
7/04/20	Le soir	Dans les homes, un dépistage incomplet, et différent en Wallonie et à Bruxelles	clara Van Reeth
8/04/20	La Libre	Covid-19: plus de 350 décès, avérés et suspectés, dans les maisons de repos et de soins à Bruxelles	Mathieu Ladeveze
8/04/20	La Libre	Covid-19 : des tests dans douze maisons de repos bruxelloises dès ce mercredi	Mathieu Ladeveze
8/04/20	La Libre	La capacité des 10.000 tests par jour utilisée immédiatement dans les maisons de repos	Belga
8/04/20	La Libre	Coronavirus: la Wallonie mobilise l'armée et la protection civile dans les maisons de repos	Belga

8/04/20	La Libre	Coronavirus: l'armée belge à la rescousse de deux maisons de repos	La rédaction
8/04/20	La Libre	Covid-19 et vieillissement: vivre la crise dans la dignité	Sigrid brisack, amandine kodeck, caroline guffens, gaelle gallet
8/04/20	La Libre	Les homes, les "bombes à retardement" de l'épidémie de coronavirus	Sophie de Villers
8/04/20	Le soir	Des équipes de Médecins Sans Frontière apportent leur aide aux maisons de repos	Belga
8/04/20	Le soir	dépistage Dans les homes, 20.000 tests seront réalisés cette semaine, « largement en dessous des besoins »	clara Van Reeth
8/04/20	Le soir	Coronavirus : Les « conseillers politiques » ont-ils failli ?	Mathieu Colinet
8/04/20	Le soir	Coronavirus : La peur s'accroît chaque jour un peu plus dans les maisons de repos	Sandra Durieux
9/04/20	La Libre	Coronavirus: les kits de tests envoyés dans les maisons de repos comprenaient de mauvais manuels	Belga
9/04/20	La Libre	Le CDH veut "un plan d'urgence structuré et complet" pour Bruxelles et ses maisons de repos	Belga
9/04/20	La Libre	Dans les maisons de repos, "la mort est devenue la norme"	Clément Boileau et Maryam Benayad
9/04/20	La Libre	Nos aînés en maisons de repos sont en péril : un choix de société ?	Contribution extrne
9/04/20	La Libre	L'isolement mental des aînés devient préoccupant : "Ils ne sont pas habitués à demander de l'aide"	Weymeels Elodie
9/04/20	Le soir	Pour la fédération patronale Santhea, les homes ont été oubliés dans la crise du coronavirus	/

9/04/20	Le soir	Faut-il davantage hospitaliser les résidents de maisons de repos ? «Quand les personnes doivent être hospitalisées, elles le sont et le resteront»	/
9/04/20	Le soir	Flandre: les seniors quittant l'hôpital sans être suffisamment rétablis accueillis en maisons de repos	Belga
9/04/20	Le soir	Les résidents de maisons de repos qui ont besoin d'oxygène resteront à l'hôpital	Belga
10/04/20	La Libre	Soutien aux maisons de repos: des centaines de bénévoles répondent à l'appel	Belga
10/04/20	La Libre	Quelles mesures prendre dans les maisons de repos? Des instructions différentes en Flandre et à Bruxelles	Belga
10/04/20	La Libre	L'armée est arrivée en renfort à la maison de repos Alégria de Lustin: "Les militaires n'entreront pas en contact avec les résidents"	Laurent Gèrard
10/04/20	Le soir	Les vieux ne nous parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux	Béatrice Delvaux
10/04/20	Le soir	Coronavirus: 40% des décès ont eu lieu en maison de repos	Belga
10/04/20	Le soir	Coronavirus: 40% des décès ont eu lieu en maison de repos	Belga
10/04/20	Le soir	Des instructions différentes en Flandre et à Bruxelles concernant les maisons de repos	Belga
10/04/20	Le soir	Les sept plaies des maisons de repos	Elodie Blogie , Sandra Durieux et Clara Van Reeth
10/04/20	Le soir	Le personnel des maisons de repos continue son travail : Si je dois attraper le virus, je l'attaperai. Rien à faire	Frédéric Delepierre

10/04/20	Le soir	L’évolution de la propagation du virus en Belgique: le lourd bilan humain des maisons de repos (infographies)	Xavier Counasse
11/04/20	La Libre	Coronavirus: Le ministre De Backer menaçant sur les tests généralisés dans les maisons de repos	AFP
11/04/20	Le soir	Selon le Centre de crise, «la situation n’est pas encore sous contrôle» dans les maisons de repos	Belga
11/04/20	Le soir	Le personnel des maisons de repos testé positif au coronavirus peut travailler en cas de pénurie de personnel	Belga
11/04/20	Le soir	comité de concertation Le gouvernement met l’armée à la disposition des homes	Sandra Durieux
12/04/20	Le soir	Près de la moitié des décès ont lieu en maison de repos	Xavier Counasse
13/04/20	La Libre	Coronavirus: près de 67.000 kits livrés à partir de mercredi pour les 602 maisons de repos en Wallonie	Belga
13/04/20	La Libre	Coronavirus: le nombre de cas parmi le personnel des maisons de repos bruxelloises est "dramatique"	Belga
13/04/20	La Libre	Coronavirus: 210.000 tests pour les résidents et le personnel des maisons de repos	Belga
13/04/20	La Libre	L'appel au secours d'une fille de résident en home : "Le manque d'anticipation des autorités risque d'emporter ma maman"	François Garitte
13/04/20	La Libre	Le CDH demande qu'un testing massif dans les maisons de repos et dans toutes les structures d'accueil en Wallonie soit réalisé rapidement	Stéphane Tassin
13/04/20	Le soir	Des milliers de masques sous clé dans les maisons de repos: «C’est incompréhensible», réagit un syndicat	Belga

14/04/20	La Libre	Dans les maisons de repos, des victimes collatérales du coronavirus se laissent doucement mourir	Annick Hovine
14/04/20	La Libre	Pour aider les maisons de repos et les hôpitaux, la Wallonie met en place deux structures intermédiaires de décontamination	Belga
14/04/20	La Libre	Une maison de repos bruxelloise ne compte aucun cas de coronavirus : "Tout ce qui rentre dans le home passe par un sas"	François Garitte
14/04/20	La Libre	Dépistage général dans les maisons de repos: comment cela va-t-il se passer et que va-t-on faire des résultats?	Laurent Gèrard
14/04/20	Le soir	« Les Régions ont bien réagi dans leurs domaines de compétence »	Frédéric Delepierre
14/04/20	Le soir	« On a pris des mesures pour les maisons de repos trop limitées »	Frédéric Delepierre
14/04/20	Le soir	Débat :la crise dans les maisons de repos a-t-elle été sous estimé ?	Frédéric Delepierre
15/04/20	La Libre	Coronavirus dans les maisons de repos: seuls les écrans, les téléphones et les vitres laissent passer les éclats de vies confinées	Annick Hovine
15/04/20	La Libre	Rétablir des visites en maison de repos où le coronavirus fait toujours des ravages? "Prématuré", "imprudent", "en décalage avec la réalité du terrain"	Annick Hovine
15/04/20	La Libre	Visite autorisée dans les maisons de repos: "Grosse incompréhension" pour le cdH, les explications du ministre Maron	Belga
15/04/20	La Libre	Visite autorisée dans les maisons de repos: "Grosse incompréhension" pour le cdH, les explications du ministre Maron	Belga
15/04/20	La Libre	Coronavirus: qui sont les pensionnaires des maisons de repos et de soins belges ?	Jean-Claude Matgen

15/04/20	Le soir	Maisons de repos: 20% des résidents testés sont positifs au coronavirus	/
15/04/20	Le soir	L'évolution de la propagation du coronavirus: la situation dans les maisons de repos reste alarmante (infographies)	Joël Matriche
15/04/20	Le soir	«Difficilement réalisable», «incompréhensible»…: les visites dans les maisons de repos suscitent le débat	La rédaction du Soir
16/04/20	La Libre	Maisons de repos: pourquoi seulement 139 résidents ont été testés en Wallonie contre 6.126 en Flandre	Adrien de Marneffe
16/04/20	La Libre	Coronavirus: les Régions parleront avec les maisons de repos pour ne pas précipiter leur réouverture	Belga
16/04/20	La Libre	Comment gérer le retour des visites dans les maisons de repos ? "Il faut créer des isoloirs avec des plexiglas pour éviter les contacts"	François Garitte
16/04/20	La Libre	La décision sur les maisons de repos entraîne un véritable cafouillage	La rédaction et belga
16/04/20	La Libre	Polémique sur les visites dans les homes: "Cette annonce a donné beaucoup trop d'espoirs aux résidents, c'est désolant !"	Stéphane Tassin
16/04/20	La Libre	Dans l'ombre, le personnel de cuisine des hôpitaux et homes abat un travail colossal	Valentine Van Vyve
16/04/20	Le soir	De Block sur les autorisations des visites dans les maisons de repos: «Ce n'est pas le fédéral qui a proposé ça»	/
16/04/20	Le soir	Coens: «L'admission de visiteurs en maison de repos n'est pas encore possible»	Belga
16/04/20	Le soir	Le secteur des maisons de repos en colère: «On ne comprend plus rien»	Belga

16/04/20	Le soir	Coronavirus : « Nous étions des maisons de vie, nous sommes devenus des maisons de mort »	Frédéric Delepierre
16/04/20	Le soir	Maisons de repos: des visites autorisées pour éviter le syndrome de glissement	Frédéric Delepierre
16/04/20	Le soir	maisons de repos Un retour des visites qui suscite la colère du secteur	Frédéric Delepierre
16/04/20	Le soir	«Après la crise, un new deal pour les soins de santé»	Philippe Leroy, directeur général du CHU Saint-Pierre
17/04/20	La Libre	Le début des visites dans les homes dépendra des discussions entre les Régions et le secteur	Maïli Bernaerts
17/04/20	La Libre	MSF forme les volontaires de maisons médicales qui aident en maison de repos	Belga
17/04/20	La Libre	Le gouvernement flamand fournira des tablettes informatiques aux maisons de repos	Belga
17/04/20	Le soir	Les visites dans les maisons de repos, «c'est une erreur dans le calendrier», selon Maxime Prévot	/
17/04/20	Le soir	Un résident de maison de repos testé sur cinq se révèle positif au coronavirus	/
17/04/20	Le soir	La Protection civile vole à son tour au secours des maisons de repos	Frédéric Delepierre
17/04/20	Le soir	Le vrai ou faux: même pas 400 tests effectués dans les maisons de repos bruxelloises?	Maxime Biremé
17/04/20	Le soir	Maisons de repos : le déconfinement doit être réglé comme du papier à musique	Pascal Martin
17/04/20	Le soir	L'autorisation des visites dans les homes, histoire d'une gaffe	Sandra durieux, brenard demonty

18/04/20	Le soir	41.000 tests des maisons de repos analysés ce week-end par les laboratoires	Belga
18/04/20	Le soir	Evolution de la propagation du virus en Belgique: on n'est toujours pas aux 10.000 tests annoncés (infographies)	Xavier Counasse
18/04/20	Le soir	Marius Gilbert au «Soir»: «On a laissé les maisons de repos livrées à elles-mêmes face à l'épidémie»	xavier Counasse
19/04/20	Le soir	Deux tiers des décès rapportés ces 24 dernières heures ont eu lieu en maison de repos	/
19/04/20	Le soir	Les maisons de repos, inégales face à l'épidémie	Clara Van Reeth
19/04/20	Le soir	Les portes des maisons de repos restent fermées	M.d.M
20/04/20	La Libre	Coronavirus en Belgique: la Défense vient actuellement en aide à dix maisons de repos	Belga
20/04/20	Le soir	Dans les maisons de repos, près d'un résident sur cinq testé est positif au coronavirus	/
20/04/20	Le soir	Maisons de repos : une diversité à double tranchant	Clara Van Reeth

Tableau 3. *Échantillon – Presse spécialisée et professionnelle*

DATE DE PUBLICATION	SOURCE	TITRE	AUTEUR
16/03/20	Medi-sphère	Création de deux actes de télémédecine pour améliorer le suivi de patients en maison de repos	/
18/03/20	Fermabel	CORONA VIRUS – POINT DE SITUATION	/
20/03/20	Institut Amelis	Coronavirus et personnes âgées : prévention et conseils	/
23/03/20	Le guide sociale	Wallonie : distribution de masques aux maisons de repos et aux secteurs santé et social de 1ère ligne	/
23/03/20	FNIB	COMMUNIQUE DE LA FEDERATION NATIONALE DES INFIRMIERES DE BELGIQUE – FNIB	Yves Mengal
24/03/20	Le guide sociale	Des nouvelles initiatives pour lutter contre la solitude des seniors	/
24/03/20	Fédération des CPAS	Recommandation de non hospitalisation des résidants affaiblis et contaminés - Réaction de la Fédération	Jean-Marc Rombeaux
26/03/20	SSMG	Coronavirus – Les experts	
28/03/20	Le guide sociale	Maisons de repos : "Il faut prendre des mesures d'urgence aujourd'hui"	/
29/03/20	Mongénéraliste.be	Coronavirus : arrêtons le !	
30/03/20	SSMG	Une deuxième vague arrive face à des médecins mal protégés	/
30/03/20	Le spécialiste	Certificat de non-contagion pour les résidents des maisons de repos wallonnes	/
30/03/20	Medi-sphère	Les cas possibles de coronavirus dans les maisons de repos doivent aussi être testés (Sciensano)	/
30/03/20	Le spécialiste	Coronavirus : les MR(S) bruxelloises aimeraient que la capitale embraie sur la Wallonie	/
30/03/20	AVCB	[Covid-19] Les résidants et le personnel des maisons de repos se sentent à l'abandon	/

31/03/20	Le spécialiste	Baisse des décès et des personnes hospitalisées dans les maisons de repos à Bxl	/
31/03/20	Le guide sociale	Coronavirus et santé mentale : aider les soignants en les écoutant	/
1/04/20	Le spécialiste	Maisons de repos: Bruxelles ne demandera pas de certificat de non contagion des patients	/
1/04/20	Le spécialiste	Les tests vont commencer dans les maisons de repos à la fin de la semaine	/
2/04/20	Le spécialiste	Un mort sur trois en Wallonie est un patient du secteur résidentiel de soins	/
2/04/20	Abbeyfield	Vie d'une maison Abbeyfield, le Martin-Pêcheur, pendant le confinement:	François Verhulst
2/04/20	CMG	Algorithme de prise en charge de patients âgés COVID	/
3/04/20	Medi-sphère	Infor-Home se fait l'écho des constats à l'intérieur des maisons de repos	/
4/04/20	Le guide sociale	Evere : la maison de repos victime d'un manque criant de personnel	/
6/04/20	Medi-sphère	Le cdH wallon veut un dépistage de tous les résidents et travailleurs des maisons de repos	/
8/04/20	Senoah	COVID-19 / Paroles de bénéficiaires et constats de l'asbl Senoah	/
8/04/20	AVCB	[Covid-19] Les maisons de repos sont dans la tourmente. La conférence interministérielle doit les secourir	/
8/04/20	MSF	COVID-19: NOUS LANÇONS NOTRE PLUS GRANDE INTERVENTION JAMAIS RÉALISÉE EN Belgique	/
9/04/20	Medi-sphère	Les maisons de repos au centre des préoccupations	/
9/04/20	Medi-sphère	Le cdH veut "aussi un plan d'urgence" pour Bruxelles et ses maisons de repos	/

9/04/20	Le guide sociale	Maisons de repos face au Covid-19 : "S.O.S. d'un secteur en détresse"	/
9/04/20	Le guide sociale	Covid-19 : face au manque de blouses, la solidarité s'organise	/
9/04/20	Le guide sociale	L'armée et la protection civile au chevet des maisons de repos	/
9/04/20	MSF	CORONAVIRUS EN BELGIQUE : « DE L'ACTION HUMANITAIRE EN BAS DE CHEZ MOI »	/
9/04/20	AVCB	COVID-19 ET POUVOIRS LOCAUX	/
10/04/20	Le spécialiste	Appel à l'égalité de traitement pour les personnes âgées ou handicapées	/
10/04/20	Le spécialiste	Les seniors quittant l'hôpital mais pas encore rétablis accueillis en maisons de repos	/
11/04/20	Le spécialiste	Le personnel des maisons de repos positif peut travailler en cas de pénurie de personnel	/
11/04/20	Le guide sociale	Les soignants attendent impatiemment le renfort des étudiants jobistes	/
11/04/20	Le guide sociale	Coronavirus : les soignants vont le payer cher et c'est insoutenable !	/
15/04/20	Le spécialiste	Une personne sur six positive au coronavirus dans une maison de repos est asymptomatique	/
16/04/20	Le spécialiste	Les Régions parleront avec les maisons de repos pour ne pas précipiter leur réouvertu	/
16/04/20	Medi-sphère	Les visites en home "humainement compréhensibles", mais "risquées en pratique" (Femarbel)	/
16/04/20	Le guide sociale	De nombreuses maisons de repos conservent l'interdiction des visites	/
16/04/20	Journal du médecin	Le secteur des maisons de repos "ne comprend plus rien"	/

16/04/20	Le guide sociale	Coronavirus : le monde marchand privilégié face aux ASBL	/
17/04/20	Medi-sphère	3.000 tests ont déjà été réalisés dans les maisons de repos bruxelloises (Maron)	/
17/04/20	Le guide sociale	Face à la crise sanitaire, nous sommes tous des aidants proches !	/
18/04/20	Medi-sphère	La Défense monte en puissance dans son aide aux maisons de repos	/
19/04/20	Aframeco	Organisation au sein de l'institution de soins en pandémie COVID	/
19/04/20	Aframeco	Organisation médicale dans les MRS et collectivités	/
19/04/20	Aframeco	Soutien psychologique aux Résidents - Familles-Soignants	/
19/04/20	Aframeco	Conseil pratique	/
19/04/20	Aframeco	Quelle est la durée d'isolement d'un résident Covid-19 possible ou confirmé ?	/
19/04/20	Aframeco	Directives MG Covid 19 MR-MRS.	/
19/04/20	Aframeco	Comment envisager les projets thérapeutiques des résidents ?	/
19/04/20	Aframeco	Dois-je assurer la continuité des soins et les soins palliatifs des résidents ?	/
19/04/20	CMG	Démarche éthique et projet thérapeutique	/
19/04/20	Fermabel	COVID-19 UPDATE – INTERVENTIONS DANS LA PRESSE	/
03/2020	Infor-Home Bruxelles	Carte blanche - Constats de terrain C-19	/
s.d.	SBGG	Covid-19 et prises en charge des patients âgés : le rôle capital des équipes gériatriques	/

Tableau 4. *Échantillon – Presse officielle*

DATE DE PUBLICATION	SOURCE	TITRE	AUTEUR
16/03/20	COCOM	FAQ - Résidentiel	/
16/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 16 MARS 2020	/
16/03/20	SPF	172 nouvelles infections au coronavirus Covid-19	/
17/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 17 MARS 2020	/
17/03/20	SPF	185 nouvelles infections au Covid-19	/
18/03/20	Ordre des médecins	COVID-19 – Recommandations concernant l'obligation de dispenser des soins	/
18/03/20	ordre des médecins	COVID-19 – Recommandations	/
18/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 18 MARS 2020	/
18/03/20	SPF	243 nouvelles infections au Covid-19	/
18/03/20	Wallonie	Covid-19 : la Wallonie débloque 350 millions € d'aides	/
19/03/20	Iriscare	COVID-19 (coronavirus) – Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la COCOM (ERRATUM)	Tania DEKENS
19/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 19 MARS 2020	/
19/03/20	SPF	309 nouvelles infections au Covid-19	/
20/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 20 MARS 2020	/
20/03/20	SPF	462 nouvelles infections au Covid-19	/
21/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 21 MARS 2020	/

21/03/20	SPF	558 nouvelles infections au Covid-19	/
22/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 22 MARS 2020	/
22/03/20	SPF	586 nouvelles infections au Covid-19	/
23/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 23 MARS 2020	/
23/03/20	SPF	342 nouvelles infections au Covid-19	/
23/03/20	SPF justice	23 MARS 2020. — Arrêté ministériel portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19	/
24/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 24 MARS 2020	/
24/03/20	SPF	526-nouvelles-infections-au-covid-19	/
25/03/20	AVIQ	Déclaration des cas de COVID-19 dans les institutions résidentielles	Alice Baudine
25/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 25 MARS 2020	/
25/03/20	SPF	668-nouvelles-infections-au-covid-19	/
26/03/20	Région Bxl	L'ensemble des autorités régionales bruxelloises soutiennent le non- marchand	/
26/03/20	Sciensano	Bilan épidémiologique hebdo	/
26/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 26 MARS 2020	/
26/03/20	SPF	1298-nouvelles-infections-au-covid-19	/
27/03/20	Iriscare	Objet : COVID-19 (coronavirus) – Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la COCOM	Tania DEKENS
27/03/20	OMS	Santé mentale et la résilience psychologique pendant la pandémie de COVID-19	/

27/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 27 MARS 2020	/
27/03/20	SPF	1049 nouvelles infections au Covid-19	/
28/03/20	AVIQ	FAQ – Covid-19 Pénurie de personnel, cessation ou réduction d'activités et continuité du service et des prestations dans les Services agréés relevant de la Santé et de l'Action sociale (AVIQ et SPW – Direction générale Intérieure et Action sociale).	/
28/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 28 MARS 2020	/
28/03/20	SPF	Coronavirus : Matériel de protection: quels sont les groupes prioritaires ?	/
28/03/20	SPF	Coronavirus : Tests de dépistage : quels sont les groupes prioritaires ?	/
28/03/20	SPF	1850 nouvelles infections au Covid-19	/
29/03/20	Centre de Crise National (NCCN)	COVID-19 : une gestion de crise collégiale et complexe	/
29/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 29 MARS 2020	/
29/03/20	SPF	1702 nouvelles infections au Covid-19	/
30/03/20	Région Bxl	Le coronavirus, il n'y a pas que les personnes malades qui en souffrent	/
30/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 30 MARS 2020	/
30/03/20	SPF	1063 nouvelles infections au Covid-19	/
31/03/20	AVIQ	115 millions d'euros aux secteurs Santé et Emploi pour faire face à la crise Covid-19 : la Wallonie payera les opérateurs dès le mois d'avril.	/
31/03/20	Sciensano	COVID-19 - BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 31 MARS 2020	/

31/03/20	SPF	876 nouvelles infections au Covid-19	/
1/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 01 AVRIL 2020	/
1/04/20	SPF	1189 nouvelles infections au Covid-19	/
2/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 02 AVRIL 2020	/
2/04/20	SPF	1384 nouvelles infections au Covid-19	/
2/04/20	SPF	Coronavirus : Continuité des soins assurée grâce aux consultations vidéo	/
3/04/20	OMS	Soutenir les personnes âgées durant la pandémie de COVID-19, c'est l'affaire de tous	/
3/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 03 AVRIL 2020	/
3/04/20	SPF	1422 nouvelles infections au Covid-19	/
3/04/20	Wallonie	[Covid-19] Création de la Plateforme Solidaire wallonne	/
4/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 04 AVRIL 2020	/
4/04/20	SPF	1661 nouvelles infections au Covid-19	/
5/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 05 AVRIL 2020	/
5/04/20	SPF	1260 nouvelles infections au Covid-19	/
6/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 06 AVRIL 2020	/
6/04/20	SPF	1123 nouvelles infections au Covid-19	/
7/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 07 AVRIL 2020	/
7/04/20	SPF	1380 nouvelles infections au Covid-19	/
8/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 08 AVRIL 2020	/

8/04/20	SPF	1209 nouvelles infections au Covid-19	/
9/04/20	COCOF	COVID-19 (coronavirus) – Consignes aux secteurs résidentiels agréés et subventionnés par la COCOF	/
9/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 09 AVRIL 2020	/
9/04/20	SPF	1580 nouvelles infections au Covid-19	/
10/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 10 AVRIL 2020	/
10/04/20	SPF	20.000 tests pour les centres résidentiels de soin et les maisons derepos	/
10/04/20	SPF	COVID-19: MESURES POUR LE PERSONNEL SOIGNANT TESTE DANS LE CADRE D'UN DEPISTAGE DANS LES COLLECTIVITES	/
10/04/20	SPF	1684 nouvelles infections au Covid-19	/
11/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 11 AVRIL 2020	/
11/04/20	SPF	1351 nouvelles infections au Covid-19	/
12/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 12 AVRIL 2020	/
13/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 13 AVRIL 2020	/
14/04/20	AVIQ	La Wallonie ouvre deux « structures intermédiaires de décontamination » pour limiter la propagation du COVID-19	/
14/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 14 AVRIL 2020	/
14/04/20	SPF	Les chiffres du Covid-19: récolter, vérifier et diffuser	/

14/04/20	SPF justice	Arrêté du Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale prolongeant l'interdiction des visites dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins dans le cadre de mesures d'urgence pour limiter la propagation du Coronavirus – Covid-19	/
15/04/20	Iriscare	Circulaire relative à la mise en œuvre pratique de la campagne fédérale de dépistage du COVID-19 dans les MR-MRS	Tania DEKENS
15/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 15 AVRIL 2020	/
15/04/20	SPF	Conférence interministérielle Santé publique	/
15/04/20	SPF	Explication du nombre de nouveaux cas de COVID-19 dans les chiffres d'aujourd'hui	/
15/04/20	SPF	Coronavirus : prolongation jusqu'au 3 mai	/
16/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 16 AVRIL 2020	/
16/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 16 AVRIL 2020	/
17/04/20	Région Bxl	Mesures de soutien au secteur de l'action sociale et de la santé	Alain MARON
17/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 17 AVRIL 2020	/
18/04/20	Iriscare	FAQ - Résidentiel	/
18/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 18 AVRIL 2020	/
19/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 19 AVRIL 2020	/
20/04/20	Sciensano	COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 20 AVRIL 2020	/
20/04/20	SPF	POLITIQUE RELATIVE AU NOUVEAU CORONAVIRUS COVID-19 DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET D'ACCUEIL	/

23/04/20	Iriscare	COVID-19 (coronavirus) – Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la COCOM	Tania DEKENS
23/04/20	SPF	PROCÉDURE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CAS DE SUSPICION DE MALADIE COVID-19	/
23/04/20	SPF	PROCÉDURE POUR LES HÔPITAUX: PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POSSIBLE OU CONFIRMÉ DE COVID-19	/
s.d.	Iriscare	APPEL AUX VOLONTAIRES	/

Annexe 2

Tableau 5. *Analyse des auteurs de l'échantillon*

AUTEUR	SPÉCIFICITÉ DE L'AUTEUR	NOMBRE D'ARTICLE REDIGÉ	SOURCE
Adrien de Marneffe	Journaliste politique, en charge de la politique wallonne et fédérale.	2	La libre
AFP - Agence France-Presse	Agence de presse	1	La libre
Alain Jennotte	Journaliste au service Économie	1	Le soir
Alain MARON	Ministre bruxellois de la santé et de l'action sociale	1	Région Bxl
Alice Baudine	Administratrice générale	1	AVIQ
Alice Dive	Journaliste en charge des matières bruxelloises et de la politique régionale de la capitale.	1	La libre
Amandine Kodeck	Directrice chez Infor-Homes Bruxelles ASBL	1	La libre
Annick Hovine	Journaliste service Société	5	La libre
Béatrice Delvaux	Éditorialiste en chef	1	Le soir
Belga	Agence de presse	44	La libre et Le soir
brenard demonty	Chef du service Politique - Spécialiste des questions sociales	1	Le soir
caroline guffens	Co-directrice association "Le bien vieillir"	1	La libre
CÉDRIC PETIT	Journaliste au pôle Multimédias	1	Le soir
Clara Van Reeth	Journaliste indépendante	5	Le soir
Clément Boileau	Journaliste service "Débats"	1	La libre

Elodie Blogie	Journaliste service Société	3	Le soir
Eric Deffet	journaliste au service Politique en charge de l'information politique wallonne	2	La libre
François Garitte	Journaliste sportif	3	La libre
François Verhulst		1	Abbeyfield
Frédéric Delepierre	Journaliste service Société,	8	Le soir
Gaelle gallet	Coordinatrice Senoah	1	La libre
Jean-Claude Matgen	Journaliste service Belgique	1	La libre
Jean-Marc Rombeaux	/	1	Fédération des CPAS
Joël Matriche	Journaliste au service Société	1	Le soir
La rédaction du la libre	/	2	La libre
La rédaction du soir	/	2	Le soir
Laurent Gèrard	Journaliste en charge de l'actualité sociale (emploi, pensions, soins de santé, concertation sociale,...) au sein du service Belgique.	4	La libre
Maïli Bernaerts	Journaliste pour les pages société, je traite les questions d'enseignement, d'environnement, d'agriculture et tout ce qui touche aux animaux et aux religions.	1	La libre
Marc Metdepenningen	Journaliste au service Société - Spécialiste de la Justice et des Affaires criminelles.	1	Le soir
Maryam Benayad	Journaliste pour le service Belgique - Société (Justice)	1	La libre

Mathieu Colinet	Journaliste service Forum / Charleroi	1	Le soir
Mathieu Ladeveze	Journaliste, Rédacteur en chef adjoint, chef de la cellule Bruxelles	2	La libre
Maxime Biremé	Journaliste au service Politique. - Flandre et au niveau de la politique fédérale	1	Le soir
Michel De Muelenaere	Journaliste au service Société	1	Le soir
Pascal Martin	Chef du service Société	1	Le soir
Philippe Leroy,	Directeur général du CHU Saint-Pierre	1	Le soir
Sandra Durieux	Journaliste-coordinatrice de l'actualité wallonne	4	Le soir
Sans auteur	/	9	La libre et Le soir
Sigrid brisack	Directrice association aidants proche	1	La libre
Sophie de Villers	Journaliste service Planète	2	La libre
Stéphane Tassin	Journaliste politique	2	Le soir
Tania DEKENS	Fonctionnaire Dirigeant	4	Iriscare
Valentine Van Vyve	Journaliste pour la rubrique Planète	1	La libre
Weymeels Elodie	Journaliste lifestyle, mieux-être, société, food	1	La libre
Xavier Counasse	Chef du service Enquêtes	4	Le soir
Yves Mengal	/	1	FNIB

Annexe 3 - *Grille d'analyse thématique*

RUBRIQUE	*CATÉGORIE*	*CONCEPT*
La crise dans les MRS (138)	Perception générale de la situation (38)	Alarmante (13)
		Difficile, problématique (6)
		Catastrophique, dramatique, grave, Hors de contrôle, inénarrable (10)
		Bombe à retardement (7)
		Deux épidémies distinctes (2)
	Bilan épidémiologique (107)	Élevé (64)
		Incohérent - instable - tardif (13)
Autorités et décideurs politiques (189)	Stratégies, mesures et recommandations (113)	Fréquence des mesures (35)
		Actualisation des mesures (10)
		Clarté des mesures (17)
		Changement législation (2)
		Politique et protocole de dépistage (50)
	Disparités régionales (64)	Certificat de non contagion (20)
		Politique de dépistage (10)
		Structure intermédiaire (19)
		Mobilisation et renfort (11)
		Système fragmenté (4)
	Communication (20)	Manque de concertation (20)
	Gouvernance (26)	Remise en question - responsabilité (26)
	Financement et budget santé (11)	Coût (11)

	Inégalités sectorielle (36)	Secteur fragile (11)
		Priorité et temporalité (19)
		Secteur hétérogène (10)
		MRS vs Hôpital (8)
Organisation du travail et qualité des soins (145)	Ressource humaine (97)	Personnel à risque et contamination ++ (6)
		Pénurie / absentéisme (43)
		Surcharge de travail / épuisement (19)
		Manque de connaissances et besoin de formation (12)
		Santé mentale et risque psychosociaux (17)
	Hygiène (126)	Manque de matériel de protection (57)
		Insuffisance dépistages (49)
		Contamination et travail (20)
	Continuités des soins (35)	Admissions (21)
		Traitement des autres affections et maladies (9)
		Soins palliatif et projet thérapeutique (15)
	Accessibilité des soins	Droits aux soins (17)
	Organisation et logistiques (78)	Application et gestion des mesures (60)
		Architecture et structure non adaptée (18)

Professionnels de la santé (31)	Médecin généraliste et médecin coordinateur (26)	Prise de décision - continuité de soins (16)
		Libre choix du médecin (2)
		Activité limitée (8)
	Aidants proches & familles (5)	
	Aide opérationnel (4)	
	Kinésithérapeute (2)	
	Assistant social (1)	
	Psychologue (3)	
Personnes âgées et santé (92)	Personne âgée (45)	Population à risques : vulnérabilité, fragilité, vieillissement, âgisme (38)
		Dévalorisation sociale (5)
		Fracture numérique (2)
	Santé mentale (74)	Isolement sociale (24)
		Déficit relationnel (8)
		Sentiment abandon, peur, angoisse, désespoir (13)
		Syndrome de glissement (10)
		Solitude (9)
	Accompagnement (13)	

Gestion de crise et innovations (65)	Adaptabilité (17)	Professionnels MRS (13)
		Personne âgée (4)
	Solidarité (59)	Initiatives citoyennes (9)
		Renfort et mobilisation (44)
		Formations (6)
	Accompagnement et soutien psychologique (25)	Intra institutionnel (12)
		Distance (3)
		Télécommunication (10)

Légende

(X) = Thème abordé par X articles, documents et/ou rapports

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**