

AUDITION DE LA FÉDÉRATION DES CPAS

COMMISSION SPECIALE COVID-19

PARLEMENT BRUXELLOIS

14 JANVIER 2021

Intervention de

Jean-Marc Rombeaux, Conseiller Expert à la Fédération des CPAS

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Députés,
Mesdames et Messieurs

Merci pour l'invitation du jour. Notre intervention¹ va proposer un point de vue sur la crise du Covid dans les maisons de repos. Elle n'a nulle prétention d'être exhaustive et sera centrée sur la première vague². En outre, ce qui peut être dit aujourd'hui se fonde sur un niveau d'information qui n'était pas celui au début de l'épidémie.

Tout en restant vigilant et soutenant dans le présent, il importe de sortir par le haut. Identifier les problèmes et les erreurs, tirer les leçons, trouver et appliquer des solutions. Par ailleurs, les questions de la reconnaissance et du sens ne peuvent être oubliées.

Plan

¹ Ce texte s'inspire d'une étude publiée le 15.7.2020 et disponible à l'adresse suivante :
<https://www.uvcw.be/espaces/cpas/actions/33,80,38,38,3442.htm>

² Il manque de recul et d'analyse sur la seconde vague

<u>1.</u>	<u>Quelques réflexions de mise en perspective</u>	3
<u>2.</u>	<u>Un défaut de priorité et d'attention aux maisons de repos</u>	2
<u>3.</u>	<u>Manque de places MRS et de personnel de réactivation</u>	5
<u>4.</u>	<u>D'autres problèmes et erreurs</u>	5
<u>5.</u>	<u>Quelques mots de reconnaissance</u>	7
<u>6.</u>	<u>Provisoires conclusions</u>	8

1. QUELQUES REFLEXIONS DE MISE EN PERSPECTIVE

Avec la Covid, le monde est confronté à un choc inédit d'une violence inouïe pour l'époque contemporaine. Cela constitue à tout le moins une circonstance atténuante pour tous les acteurs de la crise, petits ou grands.

Jusqu'en février 2020 au moins, la majeure partie de la population n'avait pas la moindre idée de l'hécatombe à venir. Pourtant, deux ans avant, en février 2018 l'OMS lançait un message d'alerte³.

*« L'année 2017 a été remplie de situations d'urgence. **Faute de préparation, de prévention et de riposte en temps utile**, 2018 pourrait être pire encore ... »*

*« **Une autre pandémie grippale est inévitable**. Dans ce monde interconnecté, la survenue de la prochaine flambée de grippe d'ampleur mondiale n'est que **question de temps** et pas de conditions à remplir. Elle aura des **conséquences de très grande ampleur**. Une pandémie sévère pourrait entraîner des millions de décès et anéantir plus de 1 % du PIB mondial. »*

« Nous avons beaucoup progressé depuis la grippe espagnole. Mais on ne peut rien prévoir en matière de grippe, et notamment pas comment et quand la prochaine pandémie surviendra ».

Rétrospectivement, ce signal sonne prémonitoire. Il n'a pourtant influencé aucun pays. C'est questionnant en termes de veille sanitaire et de prévoyance.

Le 30 janvier 2020, l'OMS déclare l'urgence de santé publique de portée internationale⁴. Richard Horton est Rédacteur en chef du Lancet. Mi- 2020, il a livré une analyse tranchée.

" Nos scientifiques (...) n'ont pas cru que ce qui se passait était aussi grave que ce que les rapports suggéraient. Il y avait cette vision que nos systèmes de santé publique et nos communautés scientifiques étaient bien plus avancés qu'en Chine, et que nous pourrions gérer ça beaucoup mieux. (...) Qu'est-ce qui a été fait en février pour se préparer ? Rien, absolument rien ! On a commencé à réaliser qu'il se passait quelque chose de dangereux lorsque la Lombardie a été dépassée par la situation. En mars ! On a perdu quatre à six semaines»⁵.

En Belgique et à Bruxelles aussi, on a perdu 4 à 6 semaines.

A notre niveau, le déclic quant à l'existence d'un risque sérieux pour nos aînés a été une étude chinoise du 24 février 2020. Elle indique un taux de mortalité de 14,8 % chez les plus de 80 ans⁶.

³ OMS, 10 menaces sur la santé mondiale en 2018, février 2018

<https://www.who.int/features/2018/10-threats-global-health/fr/>

⁴ Ce serait le 31 décembre 2019 que l'OMS a appris l'existence des cas de Wuhan.

⁵ Traduction de Frederic Soumois.

<https://www.lejournalmedecin.com/actualite/horton-face-au-covid-la-faillite-des-etats-a-tue-des-milliers-de-fois/article-normal-49375.html>

⁶ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020. Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>

Le 9 mars, une autre étude est publiée par la *Johns Hopkins Bloomberg school of public health*⁷. Les malades infectés par le coronavirus mettent en moyenne 5,1 jours à contracter des symptômes. La durée asymptomatique peut même aller jusqu'à 11,5 jours, voire au-delà dans de rares cas. On sait alors déjà que des tiers en apparence en bonne santé peuvent potentiellement infecter les personnes âgées.

2. UN DEFAUT DE PRIORITE ET D'ATTENTION AUX MAISONS DE REPOS

Vu ces études, la Fédération des CPAS a estimé qu'il fallait interpeller les Ministres de la Santé. Le 17 mars, à son instigation, le secteur des maisons de repos a demandé une priorité tant au niveau du matériel de protection que de testing vu la vulnérabilité et la comorbidité des résidents⁸⁹. Beaucoup a été fait mais avec retard¹⁰. Les contaminations croisées ont alors pullulé, particulièrement là où les aînés étaient désorientés¹¹.

Dans la crise des maisons de repos, l'erreur originelle fut de laisser trop longtemps le secteur avec trop peu de matériel de protection et sans capacité de testing.

Marius Gilbert (ULB) a observé que les décideurs et les experts se sont focalisés sur le milieu hospitalier. Marqués par la situation italienne, ils ont voulu éviter la saturation des hôpitaux et l'attention s'est détournée des maisons de repos, un « compartiment » (sic) vulnérable¹². Au Parlement wallon, Yves Van Laethem a corroboré. « *Au départ, on a favorisé les hôpitaux parce que l'on avait l'exemple cuisant de la Lombardie, (...) On a donc été « hospitalo-centrique », c'est vrai* »¹³.

Le 26 mars, suite au courrier du 17 du même mois, un mail de réponse a été reçu du SPF Santé publique. Il est illustratif de l'époque.

« Comme vous le savez, il y a une pénurie mondiale de masques. L'autorité publique a fait plusieurs commandes de masques. Mais nous devons rationaliser leur distribution et leur usage lorsque nous aurons des stocks disponibles. Le Risk Assessment Group (RAG), composé de scientifiques, et le Risk Management Group (RMG), composé de représentants de tous les gouvernements, ont évalué quels prestataires de soins de santé devraient être prioritaires (...) Les autorités ont désigné les groupes cibles suivants comme prioritaires : les hôpitaux, les ambulances, les centres de tri, les professionnels de la santé en général, le personnel des laboratoires et les cas suspects/confirmés en collectivités résidentielles.

⁷ New Study on COVID-19 Estimates 5.1 Days for Incubation Period
<https://www.jhsph.edu/news/news-releases/2020/new-study-on-COVID-19-estimates-5-days-for-incubation-period.html>

⁸ Courrier du 17 mars à la Ministre fédérale de la Santé et en copie aux Ministres régionaux.

⁹ Le 30 mars, par voie de presse, la Fédération a réitéré sa demande et sollicité pour les maisons de repos une priorité égale à celle des hôpitaux.

¹⁰ Ce n'est que le 8.4.2020 que fut prise la décision de tester en maison de repos.
https://www.avcb-vsqb.be/fr/COVID-19-communiqua-de-presse-conference-interministerielle-santa-publique-tester-de-mania-re-a-tendue-dans-toutes-les-maisons-de-repos-belges.html?news_id=7042&cmp_id=7

¹¹ C'est le cas de 40 % des résidents en secteur public. Avec ce public, la distanciation d'1,5 m ou le port d'un masque sont impraticables.

¹² CQFD, COVID-19 : et si on faisait un premier bilan?, 18.5.2020, après 10 min.

¹³ Crac PW n°12, p. 114

Dans l'énumération des priorités, les maisons de repos figurent en fin de liste. On ne parle que des cas suspects et confirmés en collectivités résidentielles et pas de l'ensemble du personnel. Or, on sait déjà que des tiers en apparence en bonne santé peuvent infecter les personnes âgées. Dans la suite du courriel, on lit également que :

« Actuellement, étant donné la disponibilité limitée des tests, seules les personnes souffrant de troubles respiratoires graves qui doivent être hospitalisées et le personnel soignant sont encore soumis au test COVID-19. »

« Les personnes souffrant d'infections des voies respiratoires qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ne sont plus testées. On part du principe qu'elles ont le COVID-19. »

Cependant, le personnel soignant nécessaire aux soins sera testé en priorité en cas de troubles respiratoires, afin de pouvoir être ramené rapidement en soins en cas de test négatif. »

A ce moment, seule une très petite partie des résidents est éligible pour le testing. Il ne concerne pas le personnel d'hébergement en maison de repos. Or, en ces maisons, tout le personnel qui s'occupe de l'entretien des chambres et de la distribution des repas a une proximité avec les résidents. En outre, il y a alors discussion sur ce qu'il faut entendre par personnel soignant¹⁴.

Le **27 mars**, Iriscare a donné aux maisons de repos la consigne suivante par voie de circulaire¹⁵ :

« L'établissement ne doit envoyer l'un de ses résidents à l'hôpital qu'en cas de stricte nécessité. L'évaluation de l'état de santé du résident et son transfert à l'hôpital ne peut être plus strict qu'avant et ne doit pas être influencé par la situation actuelle. Il est important de participer à chaque niveau au désengorgement des hôpitaux afin que les patients dans un état critique puissent bénéficier du suivi et des soins adaptés ».

D'un côté, il ne fallait pas être plus strict qu'avant pour un transfert vers l'hôpital. De l'autre, ce transfert ne devait se faire qu'en cas de stricte nécessité. Le message était ambigu, l'injonction assez paradoxale. Il est aussi question de désengorgement des hôpitaux. Or, ceux-ci ne furent pas saturés durant la première vague.

Dans un contexte de pénurie, il y a eu une priorisation qui a conduit de fait à une forme de rationnement au détriment des maisons de repos, tant pour le matériel de protection que pour les tests. Il y a eu de fait un défaut d'attention et de prévoyance à l'endroit de ces maisons.

Elles ont été confinées début mars. Cette mesure de protection s'imposait particulièrement vu le manque de matériel. Trop en a été attendu : le virus est quand même entré.

La fragilité des maisons de repos due au manque de matériel a été aggravée par le comportement de certains prestataires.

¹⁴ Certains membres du personnel de soins de maison de repos qui se sont présentés en hôpital se sont vus refuser le test car jugé non prioritaire.

¹⁵ Circulaire Iriscare 27 mars 2020 ayant pour objet le COVID-19 (coronavirus) et les consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la COCOM

Le premier est le refus de certains hôpitaux d'accepter des résidents. Je dis bien, certains. Le 19 mars, la société de Gérontologie a émis une directive concernant les maisons de repos. Selon celle-ci, les occupants de centres de soins résidentiels très affaiblis et contaminés par le COVID ne devaient pas faire l'objet d'hospitalisations.

La Fédération exprima alors un ferme et définitif désaccord. Ces **refus** étaient juridiquement non acceptables, techniquement excessifs et éthiquement indignes. Le refus de certains patients outrepassait les prérogatives du médecin traitant. En second lieu, en moyenne, il n'y a pas eu de saturation des lits en soins intensifs¹⁶. Enfin, en maison de repos, les oxyconcentrateurs ne peuvent donner que 5 litres. C'était insuffisant pour des personnes en grave détresse respiratoire. Certains aînés amenés à l'hôpital ont été renvoyés vers la maison de repos. Des personnes sont mortes d'asphyxie dans des circonstances atroces. Par ailleurs, des soins ont été différés.

A une série d'endroits, il y a donc eu une discrimination sur base du critère de l'âge¹⁷. Il a fallu attendre le 29 juillet pour avoir une circulaire fédérale qui réaffirme que : *« les résidents des établissements de soins aux personnes âgées, quel que soit leur âge, devraient toujours avoir accès à un transport médical urgent ou à une hospitalisation. Dans le cadre de la planification préalable des soins, les citoyens, en concertation avec leur médecin et leur entourage, peuvent bien sûr exprimer leurs souhaits, qui doivent être respectés par les acteurs du système de soins »*. Ce recadrage du Fédéral aurait dû intervenir beaucoup plus tôt.

Un deuxième facteur aggravant fut le comportement de **certaines généralistes**. Certains, j'insiste certains, ne sont **plus venus** dans les maisons impactées¹⁸. De plus, il y a eu une forte **augmentation de certificats de maladie du personnel** en raison notamment de la possibilité d'obtenir ces certificats sur simple base d'une déclaration téléphonique. Cette manière de procéder a eu dans une série d'endroits de graves conséquences sur l'absentéisme¹⁹ du personnel et sur les soins aux résidents. Elle a aussi accentué la charge de travail et les risques psychosociaux du personnel resté présent.

Pour faire face à ce manque de personnel, on a improvisé alors que nombre de travailleurs d'autres secteurs avaient une activité réduite. La liste des volontaires initiée par Iriscare n'a pas eu les effets escomptés²⁰. A l'avenir, il faudrait un mécanisme structurel pour pallier, au besoin, à un absentéisme massif. Comparaison n'est pas raison mais toute armée a une réserve. Les pompiers professionnels sont appuyés par des pompiers volontaires. Ne pourrait-on réfléchir de façon pérenne à une forme de **réserve actualisée et aisément mobilisable de personnel soignant ?**

En tous les cas, les relations des maisons de repos avec les hôpitaux et les généralistes sont à fluidifier.

¹⁶ Le chiffre de 56 % au pic de la pandémie a été cité par Hans Kluge. L'Echo 8.8.2020

¹⁷ Une telle discrimination a aussi eu lieu dans d'autres pays européens : France, Royaume-Uni, Italie...

¹⁸ Parmi les plus âgés, la crainte d'une contamination a joué. Le phénomène a cependant aussi été rapporté pour des médecins « jeunes ».

¹⁹ En mars dernier, jusqu'à 60% des infirmières et 35% du personnel d'hôtellerie furent absents.

²⁰ Une aide de personnel volontaire est utile si elle consiste en un nombre significatif d'heures dans la durée.

A l'expérience pas mal de personnel bénévole a décliné une fois le profil de fonction précisé. Le fait de travailler en unité Covid a aussi amené des refus.

3. MANQUE DE PLACES MRS ET DE PERSONNEL DE REACTIVATION

Par ailleurs, deux caractéristiques normatives du secteur n'ont pas aidé :

- l'insuffisance de places de type maisons de repos et de soins ;
- un financement limité pour l'accompagnement en personnel de réactivation.

Les résidants les plus dépendants physiquement sont dans les catégories B et C²¹ de l'échelle de Katz. Les normes MRS sont plus élevées que celles des MR. S'il y a **reconversion** de lits MR en lits MRS, les résidants B et C sont mieux accompagnés car il en découle une hausse du personnel de soins au bénéfice des personnes physiquement les plus vulnérables. Cette augmentation pourrait aider à mieux faire face à des épisodes tels que celui qui a été vécu.

Pendant la crise il y a eu des pertes d'appétits et des problèmes d'alimentation. Si besoin en était, la COVID-19 a rappelé²² l'intérêt de l'intervention d'un(e) **logopède**. L'action d'un(e) **diététicien** contribue également à améliorer significativement la nutrition en maison de repos.

La crise a aussi montré que le **soutien psychologique** était nécessaire tant pour les résidants que pour le personnel. Ce soutien doit-il être uniquement externe ou passer au moins en partie par une convention avec un psychologue ou un service de santé mentale ? La question est ouverte.

L'absence de **formation à l'usage du matériel de protection** et des connaissances en hygiène inadaptées à un contexte de crise n'ont rien arrangé. Des progrès ont été enregistrés sur ces deux plans. La formation à cet usage devra devenir récurrente. Il conviendra de collaborer avec une infirmière hygiéniste externe et avoir au minimum une **infirmière référente en hygiène** dans la maison de repos de sorte à renforcer la **culture** en la matière.

Seules les maisons de repos et de soins doivent avoir un médecin coordinateur. Sa présence devra être généralisée.

4. D'AUTRES PROBLEMES ET ERREURS

La dépendance sanitaire de l'Europe

La crise a mis dans une crue lumière la dépendance de l'Europe pour bon nombre de produits essentiels à la Santé. Cela a abouti à une impasse sanitaire. L'Europe a commencé à rectifier le tir. Iriscare va lancer une centrale d'achat. C'est une bonne décision de mutualisation. Elle peut aider à un approvisionnement de qualité à coût modéré. Toutefois, la production ne se fera

²¹ Il y avait environ 3 000 résidants B et C en maison de repos au début de la crise. Ce chiffre a fortement baissé depuis

²² Dans une enquête menée en 2013 dans les maisons de repos belges, 49 % des personnes âgées de plus de 70 ans présentaient un risque réel de dénutrition. Une autre étude de 2011 constatait que 30 % des résidants ont un problème de déglutition.

vraisemblablement pas à Bruxelles. Comment assurer à long terme la sécurité d'approvisionnement de biens devenus quasi de première nécessité ?

Ce mouvement doit s'inscrire dans la durée. Après des crises, des discours sur l'air de « plus jamais ça » ne sont pas rares. Or, les sociétés oublient. Dans cette optique, la Fédération des CPAS a suggéré qu'un débat sur une prévoyance épidémie à l'échelon fédéral soit possible de sorte à pérenniser la capacité à répondre à une épidémie²³.

Un manque de contact du Fédéral avec le secteur des maisons de repos

Les maisons de repos sont de compétence régionale. Au cours de la crise, le centre de gravité s'est toutefois déplacé vers le Fédéral. Le secteur des maisons de repos n'a été contacté qu'à deux reprises par celui-ci. Une première fois lorsque des structures intermédiaires étaient envisagées pour « désengorger » les hôpitaux. Certains pensaient alors que les maisons de repos devaient jouer ce rôle²⁴. Un second contact eut lieu lorsque les oxyconcentrateurs risquaient de manquer.

Par contre, il n'y eut aucune concertation avant l'annonce par le CNS de la reprise des visites en maison de repos²⁵. Sauf erreur, ce fut la seule et unique fois que le CNS parla des maisons de repos. C'est difficilement compréhensible.

Alors que 63 % des morts sont des résidents de ces maisons, aucun universitaire spécialiste des maisons de repos n'était présent dans le groupe des GEE. C'est aussi fort peu compréhensible.

A contrario, la priorité donnée aux maisons de repos pour la vaccination en 2021 est à saluer.

Le stock stratégique pour les services de compétence régionale

Il a beaucoup été question du stock stratégique fédéral qui n'a pas été reconstitué²⁶. Depuis 2010, les maisons de repos et la prévention en matière de santé ont été largement transférées aux Régions. Dans ce contexte, la constitution d'un stock stratégique régional aurait été en cohérence politique avec la sixième réforme de l'Etat. Avant la crise du Covid, pendant 10 ans, un débat sur un tel stock régional n'a pourtant pas eu lieu. Cet impensé a été un sérieux handicap. Sans être une panacée, un tel stock aurait soulagé pendant la première vague²⁷.

²³ Cette idée est abordée dans l'étude du 15 juillet mentionnée plus haut.

²⁴ Fort heureusement, à la différence de l'Italie et du Royaume-Uni, ce ne fut pas le cas.

²⁵ Pour mémoire, le 15.4.2020, le CNS a décidé de permettre à nouveau les visites pour améliorer le bien-être des résidents. Si l'intention est bonne, la décision n'a pas été concertée et est à appliquer alors que crise reste aiguë et le matériel de protection rare. Dans les maisons de repos, c'est le tollé.

²⁶ Pas seulement qu'en Belgique d'ailleurs.

²⁷ A Bruxelles, certains ont fait valoir que les maisons de repos devaient avoir un stock de matériel de protection. Aux termes d'un arrêté du 3 décembre 2009, une maison de repos « doit mettre à disposition le matériel et les produits nécessaires à la prévention des infections liées aux soins et définir des procédures relatives à cette prévention, notamment en établissant un manuel relatif à la politique à suivre en matière d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales ».

Un testing à poursuivre

La stratégie de testing s'appuyant uniquement sur des gros laboratoires n'a pas été gagnante. Les tests sont arrivés tardivement, après le pic de contaminations. Le personnel à tester a été sous-estimé et il a fallu composer avec du matériel en nombre insuffisant. En outre, des résultats furent non utilisables suite à des problèmes de code-barre.

Le secteur a plaidé à moult reprises pour un élargissement du testing²⁸. A l'instar de la France, il a demandé que tout nouvel engagement soit testé. Cela a été refusé. Sciensano et les médecins d'Iriscare estimaient cela inutile. L'argument était que si un test est négatif un jour il peut être positif le lendemain suite à un contact avec une personne atteinte. Si on va au bout du raisonnement, on arrête tous les tests. A la limite, c'était quoi tous ces gens qui faisaient la file à pied ou voiture pour un test qui ne sert à rien ?

Finalement, un testing préventif a été mis en place début septembre pour l'ensemble des maisons de repos bruxelloises. Le 19 octobre, la Conférence Interministérielle de la Santé l'a cependant suspendu jusqu'au 15 novembre, soit près d'un mois. La non-prise en compte des asymptomatiques a pesé gravement lors de la première vague. Dans ce contexte, la décision de suspendre le testing préventif en maison de repos était malvenue et peu responsable.

L'ULG a développé des tests salivaires qui sont dorénavant utilisés couramment dans les maisons de repos wallonnes. Ils pourraient compléter les PCR notamment pour les nouveaux engagements.

Les tests sérologiques en maisons de repos permettent de connaître le statut immunitaire de la maison²⁹. Les vaccins vont susciter des anticorps dont on ne connaît pas la durée. Ne serait-il pas utile de faire suivre la campagne de vaccination de tests sérologiques ? Iriscare pense que non.

Meten is weten

Des collectes de données ont eu lieu au cours de la crise³⁰.

Les retours sur ces chiffres ont été ponctuels et partiels. Aucun n'a eu lieu vers les établissements. Si des données sont demandées, livrer un feed-back à ceux qui ont permis que la statistique existe est pourtant de bon compte.

Il n'est pas question de stock. En pratique, les maisons de repos avaient quelques boîtes de matériel et allaient s'approvisionner en fonction des besoins en pharmacie. Aucune inspection de la Cocom ne contesta la pratique et ne demanda davantage.

²⁸ Il a écrit en ce sens au Ministre Maron le 15 juillet et à la Première Ministre le 22 du même mois.

²⁹ Il est singulier que ces tests soient actuellement remboursés pour le personnel et pas pour les résidents.

³⁰ Jusqu'au 15 avril, il y eu un doublon entre ce qui était demandé par Sciensano et la Cocom.

Les analyses quantitatives publiées sur la crise des maisons de repos bruxelloises restent trop peu nombreuses. Elles sont pourtant indispensables à un débat démocratique réfléchi et à une réflexion de santé publique.

Une communication à améliorer

a) Il y a eu un déficit de communication des maisons de repos vis-à-vis des familles des résidents. Il découlait notamment d'un manque de temps et de personnel. La multiplicité des informations médiatiques, les règles différentes dans les trois Régions et leur évolution régulière n'ont rien arrangé.

b) Des circulaires se sont accumulées. Si elles étaient très complètes, leur lecture et maîtrise demandaient un temps certain et elles n'étaient pas toujours d'accès aisé. Certains points étaient difficilement applicables avec des personnes atteintes d'une affection type Alzheimer. Pour mémoire, c'est près de 40 % des résidents en maisons de CPAS. En outre, des documents « dépassés » ont été maintenus pendant un temps.

Progressivement, Iriscare a développé des visuels avec des codes couleur. Cette bonne initiative a significativement amélioré les choses. Pour l'avenir, en cas de nouvelle épidémie, il faudra avoir une synthèse des recommandations directement applicables avec des visuels en support.

b) Si les instructions d'Iriscare ont été concertées avec le Secteur, plusieurs incidents se produisirent.

Le 15 avril, le CNS annonce la reprise des visites. Afin de les cadrer, la Fédération dépose une proposition détaillée préparée par les Directeurs du CPAS de Bruxelles et le Dr Kirkove. Elle fut finalisée avec le Secteur et les syndicats dans une circulaire. Le 22 avril, la veille de l'envoi de cette circulaire, elle sort dans les médias sans même mentionner l'apport du terrain³¹. Cela manquait à tout le moins d'élégance.

Le 6 mai, en réunion, la Fédération apprend que le matériel de protection livré aux maisons de repos par Iriscare pourrait leur être refacturé à concurrence de 50 % du coût d'achat supporté par la Région. Le Secteur réagit avec consternation le lendemain par écrit. Il demande instamment que la refacturation du matériel de protection livré ne joue que pour l'avenir. Une lettre de réponse du 15 mai affirma que la refacturation n'avait jamais été envisagée. En fait, c'était une marche arrière.

Le vendredi 3 juillet à 17h14 le Secteur reçut un projet de circulaire de 17 pages concernant la prévention de la deuxième vague. Il était demandé de réagir pour le lundi, l'objectif étant de finaliser le texte sur l'heure de midi. A ce moment, le virus circulait peu et il n'y avait pas d'urgence à débattre à la hussarde. Le projet posait un nombre très important d'exigences au niveau du gestionnaire sans base légale, sans financement et sans document de référence. Chaque gestionnaire était à la fête : il devait rentrer son plan d'action pour le 21 juillet. Le lundi 6 juillet, vu l'ampleur des problèmes, il fut convenu de poursuivre la discussion sur base d'un document abrégé reprenant les consignes essentielles à court terme. Or, la circulaire fut envoyée, sans

³¹ Cir Iriscare 23 avril d'Iriscare ayant pour objet le COVID-19 (coronavirus) et les consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la COCOM concernant les visites encadrées

nouvelle concertation le jeudi 9 juillet et comptait 19 pages. Alors que la fatigue du personnel des maisons de repos était grande, la rédaction de nombreuses procédures et la conclusion de conventions avec des hôpitaux, des laboratoires et des fournisseurs de matériel étaient sollicitées. Dans une missive du 15 juillet, les Fédérations ont alors demandé avec insistance qu'une solution rapide et pragmatique soit trouvée dans les meilleurs délais. Une réponse fut reçue le 23 juillet pour un plan à rentrer le 31 du même mois. Ce n'était pas l'idéal.

Un déséquilibre entre risque de gouttelettes et d'hyperthermie en période de canicule

En vertu des normes d'agrément des maisons de repos et de soins, « *en cas de canicule, un des lieux de vie doit être climatisé et être de dimension suffisante afin de pouvoir accueillir les résidents* »³². Bon nombre de maisons n'ont pas l'air conditionné et travaillent avec un climatiseur mobile en local collectif³³.

Le pays a connu en août un épisode caniculaire. Dans ce contexte, les trois Régions ont formulé des consignes spécifiques à la période du Covid. L'usage de ventilateur et de climatiseur mobile y était largement restreint. Pour réduire au maximum le risque de propagation du Covid, on a accepté un risque élevé d'hyperthermie. En terme pratique et éthique, une telle orientation était déséquilibrée. En âme et conscience, certains gestionnaires ne l'ont pas suivie.

A l'avenir, vu le réchauffement climatique et le risque accru d'épidémie, il faudra trouver une autre balance des risques et chercher des solutions techniques plus réalistes.

Des deuils non faits et un trauma durable

Au cours de la première vague, des deuils répétés n'ont pas pu se faire dans de bonnes conditions. Le personnel présent n'a jamais pu observer de moment de recueillement vu la succession des trépas et les mesures d'hygiène draconiennes à respecter. Une frange du personnel souffre de stress post-traumatique. Plus que jamais, il a besoin de reconnaissance et de soutien. Il faudra des mois pour que tout le monde puisse s'en remettre...

Des soutiens financiers à poursuivre

Le Gouvernement bruxellois a pris des mesures significatives de soutien aux maisons de repos. Force est de constater que la sous-occupation persiste et qu'une série de maisons de repos restent déforcées en terme de ressources financières. Certaines maisons ont un forfait plus bas en 2021 en raison de la modification du profil des résidents pendant la première vague. Les maisons de repos doivent avoir des moyens comparables à ceux qui étaient les leurs en 2019 pour assurer la continuité des soins. Cela appelle la poursuite des mesures d'immunisation ainsi qu'une compensation au moins partielle de la perte du prix de journée liée à des conditions sociales tels le maintien de l'emploi et l'absence de distribution de dividendes. A titre indicatif, en Wallonie les mesures d'immunisation ont été prolongées jusqu'au 31 mars 2021 et un soutien complémentaire de 400 euros par lit a été prévu pour des frais supplémentaires liés au personnel, au matériel, aux aménagements,.....

³² Annexe 2 de l'AR 21.9.2004

³³ Si des moyens alternatifs pour rafraîchir les résidents existent, ils ne constituent pas une réponse suffisante en cas de très forte chaleur.

Par ailleurs, dans le financement des maisons de repos, il y a une intervention de 0,07 euros par jour et résidant pour le financement de produits et de matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales. Si besoin en était, la crise a montré le caractère totalement insuffisant de ce montant. Il devra être revu à un niveau plus réaliste dans les meilleurs délais.

Le défi du vaccin contre la Covid

A Bruxelles, 70 % des victimes de la première vague étaient des résidents de maisons de repos. La seconde vague a frappé durement des maisons jusque alors épargnées. Le risque d'une troisième vague est réel. Pour protéger les résidents, la vie en maison de repos reste bridée avec une perte de liberté et de bien-être.

Si l'on veut sortir de l'insécurité sanitaire et renouer avec une vie plus ouverte et plus féconde, il faut l'immunité collective. La vaccination permet de l'escompter dans l'année. C'est une question de vie ou de mort. C'est un enjeu de solidarité, en particulier avec les plus vulnérables et le personnel de la santé. C'est une responsabilité morale et politique de tout un chacun.

Espérons y parvenir au plus vite. Il conviendra aussi que les nouveaux membres du personnel et les nouveaux résidents soient vaccinés.

5. QUELQUES MOTS DE RECONNAISSANCE

Une **pensée émue** d'abord pour tous **ceux et celles qui sont partis** sans comprendre ce qui se passait et sans un au revoir ; mais aussi pour le **personnel** présent des maisons de repos qui, dans un temps de souffrance et de violence inouïes, s'est surpassé dans la solidarité pour la dignité des aînés.

Par-delà les dissonances, le dialogue avec Nicolas Rossignol du Cabinet Maron fut empreint d'urbanité et de bonne volonté. De kracht aan het werk van Tania Dekens aan het hoofd van Iriscare was indrukwekkend.

De la gratitude envers Karine Lalieux dont la franchise, l'optimisme, le sens de l'humain et du collectif ont été plus que précieux. Merci aussi au Dr Kirkove pour sa disponibilité bienveillante et ses suggestions

6. PROVISOIRES CONCLUSIONS

Cet exposé a tenté une analyse nuancée et bien entendu partielle de la crise dans les maisons de repos. Il en ressort un défaut d'attention et de prévoyance à l'endroit des maisons : des semaines durant, elles n'étaient pas prioritaires pour le matériel de protection et de testing. Le comportement de certains hôpitaux et généralistes a aggravé la situation. Le manque de places de maisons de repos et de soins et de personnel de réactivation a aussi pesé. L'absence de formation à l'usage du matériel de protection et des connaissances en hygiène inadaptées à un contexte de pandémie n'ont rien arrangé.

Des progrès ont été accomplis sur ces différents plans et, aujourd'hui, les maisons de repos sont mieux parées pour faire face à un rebond ou une troisième vague. La vaccination en cours donne

une perspective de renouer avec une forme de sécurité sanitaire ainsi qu'une vie plus ouverte et féconde.

En tous les cas, une maison de repos n'a pas à fonctionner comme un hôpital « low cost ». Ce n'est pas sa vocation et elle n'en a ni les moyens humains, ni les moyens matériels. Elle doit rester un lieu de vie avec des soins.

70 % des personnes décédées à Bruxelles sont des résidents de maisons de repos. Dans un pays qui a notre niveau de civilisation et de richesse, pareille hécatombe n'aurait pas dû avoir lieu. Cette tragédie n'est pas encore à son dernier acte mais la question du sens se pose déjà. Au-delà des réponses opérationnelles, une parole officielle de regret serait plus que bienvenue. En mémoire de tous ceux partis trop tôt et parfois dans une atroce asphyxie mais aussi par empathie pour leurs proches éplorés.

Si l'on a appris, les questions sur le virus restent multiples. Quelle sera la durée des anticorps ? Les vaccins vont-ils permettre de réduire les transmissions ? L'immunité collective sera-t-elle atteinte avec une vaccination sur base volontaire ? L'incertitude reste grande et le personnel des maisons de repos plus que fatigué. Tout cela incite à la vigilance : l'heure n'est pas à baisser sa garde.

En même temps, il faut éviter à tout prix de réitérer le cocktail amer mélangeant fermeture du lieu de vie, isolement du résident en chambre, arrêt des activités et animations, rupture de tout contact physique avec les proches et interdiction de sortie. Aucun autre citoyen n'a été confronté à des mesures d'une telle sévérité dont les effets secondaires ont été fort néfastes.

Pour finir sur une note positive, quelques paroles de quatre garçons dans le vent en 1965.

"Life is very short and there is no time for fussing and fighting my friend. We can work it out".

Qu'ils soient inspirants et de bons augures pour la campagne de vaccination ainsi que les jours et mois à venir.

Ik bedankt iedereen voor haar of zijn aandacht.
