



**AUDITION DE LA FÉDÉRATION DES CPAS  
DE L'UNION DES VILLES ET COMMUNES DE WALLONIE**

**COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'ÉVALUER  
LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 PAR LA WALLONIE**

**PARLEMENT WALLON**

**2 OCTOBRE 2020**

**Interventions de**

**Alain Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS**  
**Jean-Marc Rombeaux, Conseiller Expert à la Fédération des CPAS**

Cet exposé<sup>1</sup> va proposer un point de vue sur la crise du Covid dans les maisons de repos. Il n'a nulle prétention d'être exhaustif. La crise est d'ailleurs loin d'être finie. En outre, ce qui peut être dit aujourd'hui se fonde sur un niveau d'information qui n'était pas celui au début de la première vague.

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 ou, à tout le moins, identifier des pistes de réponse. Par ailleurs, les questions de la reconnaissance et du sens ne peuvent être oubliées.

**Plan**

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

<sup>1</sup> Ce texte s'inspire largement 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>

## 1. QUELQUES REFLEXIONS DE MISE EN PERSPECTIVE

Avec le 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 la moindre idée de l'hécatombe à venir. Pourtant, en février 2018, deux ans avant, l'OMS lançait un message d'alarme dont la Fédération a pris connaissance récemment<sup>2</sup>.

*« 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. En l'état de l'information disponible, il n'a influencé aucun pays. C'est questionnant en termes de veille sanitaire et de prévoyance.

Au niveau de la Fédération des CPAS, le déclic quant à l'existence d'un risque sérieux pour les personnes âgées a été une étude chinoise du 24 février 2020. Elle montre un taux de mortalité de 14,8 % chez les plus de 80 ans<sup>3</sup>. Le 9 mars, une autre étude est publiée, cette fois de la *Johns Hopkins Bloomberg school of public health*<sup>4</sup>. Il en ressort que 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 donc 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 faut interpeller les Ministres de la Santé. Le 17 mars, à l'instigation de la Fédération des CPAS, dans un courrier adressé à la Ministre fédérale de la Santé et en copie aux Ministres régionaux, 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 résidents. Beaucoup a été fait mais avec retard<sup>5</sup> : des semaines ont été perdues. Les contaminations croisées ont alors pullulé, particulièrement là où les aînés étaient désorientés. 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.

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.**

<sup>2</sup> OMS, 10 menaces sur la santé mondiale en 2018, février 2018

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

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> 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>

<sup>5</sup> Ce n'est que le 8.4.2020 que fut prise la décision de tester en maison de repos.

[https://www.avcb-vsgeb.be/fr/COVID-19-communiqua-de-presse-confiance-interministrielle-santa-publique-tester-de-mania-re-a-tendue-dans-toutes-les-maisons-de-repos-belges.html?news\\_id=7042&cmp\\_id=7](https://www.avcb-vsgeb.be/fr/COVID-19-communiqua-de-presse-confiance-interministrielle-santa-publique-tester-de-mania-re-a-tendue-dans-toutes-les-maisons-de-repos-belges.html?news_id=7042&cmp_id=7)

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<sup>6</sup>, un « compartiment » (sic) vulnérable. Cela recoupe ce que Yves Van Laethem vous a répondu semaine passée :

*« 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 »<sup>7</sup>.*

Le 27 mars, suite au courrier du 17 déjà évoqué, un mail de réponse a été reçu du SPF Santé publique. Il est assez illustratif. On y lit que :

*« Comme vous le savez, il y a une pénurie mondiale de masques. L'autorité publique a fait plusieurs commandes des 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.*

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 résidentielle 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 soumises 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. Le médecin généraliste leur demande d'appliquer l'isolement à domicile.*

*Cependant, le personnel soignant (par exemple, les médecins et les infirmières) 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 de repas a une proximité avec les résidents. En outre, il y a alors discussion sur ce qu'il faut entendre par personnel soignant. Certains membres du personnel de soins de maison de repos qui se sont présentés en hôpital se sont vu refuser le test car jugé non prioritaire.

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.

Les maisons de repos ont été confinées début mars. Cette mesure de protection s'imposait particulièrement vu le manque de matériel. Trop en a sans doute été attendu. Dans nombre de maisons, le virus est quand même entré.

Les débats sur la crise des maisons de repos se font au sein de chaque Parlement, « chambre à part ». Or, la santé, comme la société, est unité, globalité. La fragilité des maisons de repos due au

---

<sup>6</sup> CQFD, COVID-19 : et si on faisait un premier bilan?, 18.5.2020, après 10 min.

<sup>7</sup> Crac PW n°12, p. 114

manque de matériel a été aggravée par le comportement de certains prestataires, principalement de compétence fédérale.

**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.

Les Fédérations de CPAS bruxelloise et wallonne exprimèrent alors un ferme et définitif désaccord. La Ministre de la Santé, Christie Morreale, signifia également une claire désapprobation.

Ces **refus d'hospitalisation** étaient juridiquement non acceptables, techniquement excessifs et éthiquement indignes. Le refus de certains patients outrepassait les prérogatives du médecin traitant qui en principe doit décider l'hospitalisation. En second lieu, en moyenne, il n'y a pas eu saturation des lits en soins intensifs. Le chiffre de 56 % au pic de la pandémie a été cité. 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 en disant qu'il fallait administrer de la morphine et laisser faire. Des personnes sont mortes d'asphyxie dans des circonstances atroces. En outre, des soins ont été différés. La santé d'aînés vulnérables a été altérée et des vies perdues.

A une série d'endroits, une discrimination sur base du critère de l'âge a abouti à une forme de non-assistance à personne en fin de vie. Une telle discrimination a aussi eu lieu dans d'autres pays européen : France, Royaume-Uni, Italie... 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, beaucoup plus tôt. Rétrospectivement, en réaction rapide aux consignes de la société de gériatrie.

Un deuxième facteur aggravant fut le comportement de **certains généralistes**. Certains, je dis encore certains, ne sont **plus venus** dans les maisons impactées. Parmi les plus âgés, la crainte d'une contamination a joué. Le phénomène a cependant aussi été rapporté pour des médecins « jeunes ».

En outre, il y a eu une forte **augmentation de certificats de maladie du personnel** surtout au début de la crise, en raison sans doute de la pénurie de matériel de protection, de la surinformation médiatique mais également, de la possibilité d'obtenir des certificats médicaux sur simple base d'une déclaration téléphonique. Cette manière de procéder a eu dans une série d'endroits des conséquences dramatiques sur l'absentéisme du personnel, sur les soins aux résidents, fragilisant encore plus les résidents. Elle a aussi accentué la charge de travail et les risques psychosociaux du personnel resté présent.

En cas de deuxième vague ou de nouvelle épidémie, les médecins généralistes devraient être équipés en tests de dépistage et en matériel de protection, de manière à pouvoir continuer à voir leurs patients et à ne donner de certificats médicaux qu'en cas de nécessité médicale dûment attestée.

Pour faire face au manque de personnel en maison de repos, on a quelque peu improvisé alors que nombre de travailleurs avait une activité réduite notamment dans les services à domicile. 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** ? C'est une piste à débattre.

La Fédération des CPAS pense que les relations des maisons de repos avec les hôpitaux et les généralistes sont à fluidifier. Le Gouvernement a fait des propositions qui vont en ce sens pour les hôpitaux.

### 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 résidents les plus dépendants physiquement sont dans les catégories B et C<sup>8</sup> 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 résidents 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 de pertes d'appétits et des problèmes d'alimentation. Si besoin en était, le COVID-19 a rappelé<sup>9</sup> 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 résidents 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 aussi 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 sorte à renforcer la **culture** en la matière.

### 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 nombre de produits essentiels à la Santé. Cela a abouti à une impasse sanitaire. L'Europe a commencé à rectifier le tir. La Wallonie a relocalisé la production de masque. Il faudra que le mouvement s'inscrive 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 épidémie. A moyen terme, un soutien financier au maintien des stocks de chaque maison de repos serait plus que bienvenu.

#### Une quasi-absence 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 maisons de repos. Certains pensaient alors que les maisons de repos devaient jouer ce rôle. Fort heureusement, à la différence de l'Italie et du Royaume-Uni, ce ne fut pas le cas. 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

<sup>8</sup> Il y a environ 10 000 résidents B et C en maison de repos.

<sup>9</sup> 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 résidents ont un problème de déglutition.

de repos<sup>10</sup>. 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 résidants de ces maisons, aucun universitaire spécialiste des maisons de repos n'était présent dans le groupe des GEE. C'est aussi fort peu compréhensible.

### **Le stock stratégique pour les services de compétence régionale**

Il a beaucoup été questions du stock stratégique qui n'a pas été reconstitué<sup>11</sup>. Depuis 2010, les maisons de repos et la prévention en matière de santé ont été largement transférées au Régions. Le principe du « as is » a largement guidé le transfert de compétence. 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 aidé pendant la première vague. Aujourd'hui, il est d'ailleurs en voie de constitution.

### **Un confinement sur base de circulaire**

Le 13 mars, le confinement est communiqué par voie de circulaire. A Bruxelles, c'est un arrêté de police régional qui l'édicte. Le confinement est une mesure qui restreint drastiquement une liberté fondamentale, la liberté de mouvement. La fonder sur une circulaire est juridiquement fragile et n'est pas satisfaisant démocratiquement. Le secteur a demandé une base réglementaire comme à Bruxelles. Apparemment, ce n'est pas possible en Wallonie via un Ministre régional. La voie la plus évidente était alors un arrêté du Gouverneur. Lors d'une réunion de concertation le 4 avril, la Fédération des CPAS a interpellé le représentant des Gouverneurs. Il a alors estimé qu'un tel arrêté n'était pas nécessaire. Le Cabinet de la Ministre a même œuvré en ce sens. Il y aura quand même une décision dans le seul Brabant wallon. « Heureusement », il n'y pas eu de contentieux judiciaires sur les visites durant la première vague. Mais s'il y en a, quelle sera la décision et la motivation du juge ?

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

En vertu des normes d'agrément des maisons de repos, « *en cas de canicule, un des lieux de vie doit être climatisé et être de dimension suffisante afin de pouvoir accueillir les résidants* ». Bon nombre de maisons n'ont pas l'air conditionné et travaillent avec un climatiseur mobile en local collectif<sup>12</sup>.

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.

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.

### **Le plan interne d'urgence. Une décision pertinente qui manque d'accompagnement**

Le Gouvernement wallon a arrêté un Plan de suivi et d'actions en cas de rebond ou de nouvelle épidémie. Il prévoit un Plan interne d'Urgence (PIU) dans chaque structure d'hébergement. Fin juillet, un consultant avait proposé une série de documents de référence.

---

<sup>10</sup> Pour mémoire, le 15.4.2020, le CNS a décidé de permettre à nouveau les visites pour améliorer le bien-être des résidants. Si l'intention est bonne, la décision n'a pas été concertée et est à appliquer alors que crise reste aigue et le matériel de protection rare. Dans les maisons de repos, c'est le tollé.

<sup>11</sup> Pas seulement qu'en Belgique d'ailleurs.

<sup>12</sup> Si des moyens alternatifs pour rafraîchir les résidants existent, ils ne constituent pas une réponse suffisante en cas de très forte chaleur.

Sur le fond, l'exercice est tout à fait pertinent. Sur la forme, il est très long. C'est particulièrement vrai pour des directeurs de maisons de repos fatigués, voire épuisés qui devaient au mois d'août, avec le concours de l'infirmière-chef et du médecin coordinateur, s'ils étaient présents, assurer l'essentiel du travail de rédaction. Quand un plan de crise est rédigé par une personne qui n'en a pas l'habitude, il est d'usage qu'elle soit accompagnée par des personnes « ferrées » en la matière.

En matière de maison de repos, l'Aviq propose des documents de référence. Les maisons qui souhaitent l'adopter le font. Les autres peuvent rédiger un texte « propre ». Bon nombre des fiches de référence nécessaires demandées dans le cadre du PIU se fondent sur des circulaires de la Région, des recommandations de Sciensano ou des bonnes pratiques. Il y a près de 560 maisons de repos. Il eut été plus efficient qu'un seul acteur propose des fiches et que ceux qui veulent faire autre chose les amendent ou fassent une proposition propre. La Fédération des CPAS a donc demandé que le Consultant rédige un plan minimum de référence ou au moins un jeu complet de fiches de référence. Sans succès.

### **Généralisation du médecin coordinateur - Une bonne décision qui appelle un temps de réflexion**

La Ministre a décidé à juste titre de généraliser la présence du médecin coordinateur et de revoir ses missions. Cette mesure pertinente doit se faire en se donnant un temps de réflexion.

### **Des soutiens financiers à poursuivre**

Le Gouvernement wallon 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 déforçées en terme de ressources financières. En secteur public, la baisse de taux d'occupation était en moyenne de 4,5 % au 1<sup>er</sup> septembre. Cela implique que seul 9 lits sur dix sont occupés. Dans certaines maisons, le taux d'occupation est même de 75 %. Les maisons de repos doivent avoir des moyens comparables à ceux qui étaient les leurs en 2019 pour assurer la continuité des soins et, le cas échéant, faire face à un rebond. 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.

## **5. QUELQUES MOTS DE RECONNAISSANCE**

La reconnaissance est une forme de savoir-vivre. 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.

Depuis des mois, un **dialogue de qualité** a existé avec les techniciens du Cabinet de la Ministre de la Santé, Yolande Husden, Pierre-Yves Lambotte et Jessica Marchal ainsi que la Directrice des aînés de l'Aviq, Catherine Dechevre.

A plusieurs reprises, **la Wallonie a pris des décisions pertinentes**. Elle fut la seule à soutenir la demande d'un certificat de non-contagion. Suite à l'annonce du CNS sur les visites, la Ministre propose alors une approche équilibrée. Une possible et progressive reprise après discussions d'un cadre avec le secteur et les syndicats. Dans l'implémentation, le Dr Kirkove de l'hôpital Saint-Pierre est des plus précieuses. Troisième illustration, le secteur a sollicité à maintes reprises l'élargissement des tests. La Ministre Morreale a poussé en ce sens bénéficiant d'une forme de soutien de la Ministre Glatigny. Finalement, la CIM a décidé le 5 août de permettre les tests dans les maisons de repos des communes où il y a plus 50 cas positifs par 100 000 habitants. Des dizaines de communes sont concernées. Complémentairement, prévoir un remboursement pour tester les nouveaux engagements comme recommandé par la Région ne serait pas un luxe.

## 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. Une maison de repos n'a toutefois 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.

63 % des personnes décédées 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. Y aura-t-il une deuxième voire une troisième vague ? Le virus va-t-il muter ? Des vaccins seront-ils trouvés ? Quand seront-ils disponibles ? Quelle sera leur efficacité ? Quelle sera la durée des anticorps ? 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.

Pour l'économiste Mathias Dewatripont, « *le meilleur plan de relance, c'est de diminuer la circulation du virus le plus possible* »<sup>13</sup>. C'est aussi la première chose que l'on doit continuer à faire pour soutenir les maisons de repos. Cela reste une responsabilité de tout un chacun. A contrario, 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.

Responsable pour l'Europe de l'OMS, Hans Kluge dit souvent : « *Let's hope for the best, let's prepare for the worst* »<sup>14</sup>. Les semaines et mois à venir, nous avons le devoir de précaution de nous préparer au pire. Mais il faut également garder espoir pour continuer à exister. Nous, nos proches, les autres et en particulier tous les aînés qui vivent en maison de repos.

Merci de votre attention.

\*\*\*

---

<sup>13</sup> La Libre, 12.9.2020.

<sup>14</sup> L'Echo, 8.8.2020.