

C.R.A.C. N° 26 (2020-2021)

3e session de la 11e législature

# PARLEMENT WALLON

SESSION 2020-2021

COMPTE RENDU

AVANCÉ

Séance publique de commission\*

**Commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la covid-19 par la  
Wallonie**

Vendredi 2 octobre 2020

\*Application de l'art. 161 du règlement

Le compte rendu avancé ne peut être cité que s'il est précisé qu'il s'agit d'une version qui n'engage ni le Parlement ni les orateurs

## SOMMAIRE

|   |    |
|---|----|
| <i>Ouverture de la séance</i> .....   | 1  |
| <i>Auditions</i> .....  | 1  |
| <i>La gestion de la crise sanitaire de la covid-19</i> .....  | 1  |
| <i>Audition de MM. Happe et Henrard, Directeur général et Directeur général adjoint de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA)</i>   |    |
| Intervenants : M. le Président, M. Happe, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA), M. Desquesnes.....   | 1  |
| <i>Audition de Monsieur Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos - FEMARBEL</i>  |    |
| Intervenants : M. le Président, M. Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL).....  | 6  |
| <i>Audition de M. Smeets, Directeur général de Santhea, Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises</i>  |    |
| Intervenants : M. le Président, M. Smeets, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea).....  | 11 |
| <i>Audition de M. Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons</i>  |    |
| Intervenants : M. le Président, M. Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons.....  | 15 |
| <i>Échange de vues</i>  |    |
| Intervenants : M. le Président, M. Dispa, Mmes Bernard, Roberty, M. Desquesnes, Mme Nikolic.....  | 20 |
| <i>Reprise de la séance</i> .....   | 31 |
| <i>La gestion de la crise sanitaire de la covid-19</i> .....  | 31 |
| <i>Échange de vues (Suite)</i>  |    |
| Intervenants : M. le Président, MM. Sahli, Heyvaert, Mme Durenne, M. Frédéric, M. Happe, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA), M. Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons, M. Smeets, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea), M. Rombeaux, Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie, M. Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL), MM. Desquesnes, Dispa, Mmes Bernard, Nikolic..... | 31 |
| <i>Reprise de la séance</i> .....   | 62 |
| <i>La gestion de la crise sanitaire de la covid-19 (Suite)</i> .....  | 62 |

*Audition de M. Kempeneers, Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx)*

Intervenants : M. le Président, M. Kempeneers, Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx).....62

*Échange de vues*

Intervenants : M. le Président, Mme Kapompole, MM. Disabato, Wahl, Mme Bernard, M. Kempeneers, Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx).....67

*Organisation des travaux (Suite)*

Intervenants : M. le Président, MM. Dispa, Heyvaert, Frédéric, Mme Sobry.....70

*Liste des intervenants*.....73

*Abréviations courantes*.....74

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

Présidence de M. Marcourt, Président

**OUVERTURE DE LA SÉANCE**

- La séance est ouverte à 10 heures.

**M. le Président.** - La séance est ouverte.

Je remercie les personnes que nous avons conviées d'avoir accepté de décaler, car nous devions procéder à une réunion de l'ensemble de l'assemblée.

**AUDITIONS**

**LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19**

**M. le Président.** - L'ordre du jour appelle les auditions sur la gestion de la crise sanitaire de la covid-19.

M. Léonard, Mme Nikolic et M. Mugemangango ont déjà été désignés en qualité de rapporteurs.

Je souhaite la bienvenue à :

- MM. Happe et Henrard, Directeur général et Directeur général adjoint d'UNESSA ;
- M. Smeets, Directeur général de Santhea ;
- **MM. Vaessen et Rombeaux, Directeur général et Conseiller de la Fédération des CPAS ;**
- M. Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos – FEMARBEL – devrait nous rejoindre dans quelques instants.

Chaque fédération a accepté de présenter un exposé d'une quinzaine de minutes sur l'impact de la crise sanitaire dans le cadre de sa fédération.

Je vous propose dans un premier temps d'entendre successivement les représentants de chaque fédération en suivant la liste prévue par l'ordre du jour et dans un second temps de procéder à un échange de vues.

Je propose de commencer par MM. Happe et Henrard puisqu'ils sont présents.

*Audition de MM. Happe et Henrard, Directeur général et Directeur général adjoint de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA)*

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Monsieur le Président, voici quelques points que nous souhaitons partager avec vous.

Je vous passe le plan de l'exposé, qui fera une dizaine de diapositives au maximum, pour partager le temps avec mes homologues.

Une première diapositive sur qui nous sommes parce que nous avons été présentés comme fédération représentant des maisons de repos, mais pas que. L'idée n'est certainement pas de faire la promotion de notre fédération, ce n'est pas le but aujourd'hui.

Une spécificité, c'est le fait d'être une fédération d'employeurs du secteur privé à profit social, communément appelé non-marchand.

Nous sommes présents à Bruxelles et également en Wallonie, et représentons différents secteurs. C'est une spécificité qui nous permettra de nous exprimer et de comparer la manière dont cette crise a été gérée au travers des différentes Régions, mais aussi des différents secteurs, même si je n'oublie pas que ce matin je m'exprime au sein du Parlement wallon.

Il y a sept secteurs : les hôpitaux généraux, la santé mentale, les maisons de repos – et vous attendez beaucoup de nous dans ce secteur –, les centres d'hébergement et d'accueil pour personnes en situation de handicap, les crèches et les centres de promotion de santé à l'école, l'aide à la jeunesse ainsi que l'insertion socioprofessionnelle pour représenter un peu plus de 1 000 institutions et services et 60 000 collaborateurs.

Quelques considérations générales.

Au travers des différents secteurs, on s'est rendu compte que la situation était fortement différente non seulement entre les différents secteurs, qui ont avancé de manière différente, à des rythmes rapides, avec des déclenchements d'urgence sanitaire à des moments complètement différents, et puis aussi des situations

dans les institutions assez différentes. On a parlé de situation catastrophique dans les maisons de repos. Fort heureusement, la situation n'a pas été catastrophique dans l'ensemble des maisons de repos. Il est important aussi de le rappeler.

Cette maladie, issue du covid-19, est largement méconnue, mais nous avons le sentiment que chacun a sans doute œuvré de son mieux. Il ne m'appartient pas d'en juger, et je pense que c'est d'ailleurs un des objets de cette commission : évaluer la manière dont les choses se sont passées.

Néanmoins, nous n'étions pas préparés et que nous avons manqué d'anticipation malgré les différentes alertes qui ont été lancées par les différentes fédérations, et ce dès le début de la crise, à savoir dès le début du mois de mars.

Les institutions peuvent se plaindre de la manière dont elles ont été soutenues ou non. Néanmoins, ce sont avant tout des personnes qui ont été impactées, des personnes décédées, des familles qui ont été impactées. Je voudrais donc quand même remettre aussi le focus sur l'humain dans le cadre de la gestion de cette crise.

Les impacts psychologiques n'ont pas porté uniquement pendant cette crise. D'ailleurs cette crise n'est pas terminée. On a connu un rebond durant le début de l'été et puis peut-être un deuxième rebond, et on espère qu'il ne se transformera pas en deuxième vague au cours du mois de septembre, mais vous avez constaté l'augmentation du nombre de cas, mais aussi d'hospitalisations signifiant la sévérité des cas.

On s'attend à ce que les impacts psychologiques puissent seulement arriver. D'ailleurs, pendant la crise, on s'est interrogés sur la manière dont le personnel soignant se positionnait et on a eu le sentiment qu'ils étaient, quelque part, tenus par un taux d'adrénaline, par une volonté de bien faire, et aujourd'hui on constate un certain épuisement et peut-être un autre type d'absentéisme. On a connu un absentéisme sur lequel je reviendrai dans un instant, mais aujourd'hui c'est un absentéisme lié à un réel épuisement.

Je viens de le dire, la crise est toujours en cours. On s'est d'ailleurs étonnés, même si l'on se félicite du lancement de ce type de commission, que cette commission puisse déjà débiter. Je ne pense pas que cette commission puisse, aujourd'hui, évaluer la crise puisque la crise est toujours en cours. Il nous faudra évaluer l'ensemble de cette crise et rester attentifs aux différentes actions qui doivent encore de mettre en œuvre.

Le défi, ce matin, est de vous résumer les sept premiers mois de la crise en 20 minutes.

Nous avons connu, effectivement, des difficultés sur le terrain, différentes pénuries. Des pénuries liées aux ressources humaines et si vous vous souvenez, tout au

début de la crise, les recommandations qui étaient adressées aux médecins généralistes, c'était de dire : « Si vous avez un premier symptôme, si vous éternuez une fois ou deux ou si vous avez le nez qui coule, restez sept jours chez vous ». Vous imaginez l'impact sur les ressources humaines dans les institutions de soins au niveau des soignants. On a vu un départ assez massif de ressources, avec un taux d'absentéisme qui, habituellement dépasse difficilement les 5 % - et d'ailleurs on a un secteur où le personnel est très impliqué, on est plutôt sur du 3 % à 4 % d'absentéisme - et on s'est retrouvés à du 10 %, 15 %, 20 %, parfois 30 % d'absentéisme et cela a été une difficulté.

Au niveau du matériel, la pénurie, la saga des masques, et cetera, je ne sais pas s'il faut encore vous détailler tout cela ce matin. Je pense que d'autres ont eu l'occasion d'y revenir, mais cela a été quelque chose d'excessivement difficile à gérer.

Une autre difficulté, c'est le lien non maîtrisé entre les institutions, et donc la filière de soins. Je sais que certains ont débattu sur le fait de savoir si un résident de maison de repos pouvait être hospitalisé ou pas, dans quelles conditions l'ont-ils été ou pas ? Je peux témoigner que parfois certains résidents de maisons de repos n'ont pas été hospitalisés malgré la nécessité. Il y a eu débat, d'ailleurs, sur les conditions permettant l'hospitalisation : jusqu'où conserver le résident sur son lieu de vie avant de l'hospitaliser ? D'ailleurs, on s'est demandé si c'était à partir du moment où le patient nécessitait de l'oxygène ou pas, la maison de repos ayant la capacité ou pas de mettre le résident sous oxygène. Ces débats ont bien eu lieu et c'est important aussi de le souligner. Par ailleurs, la politique générale, au début de la crise, était le maintien à domicile que ce soit pour le personnel ou pour le résident ; c'était de dire : « Vous êtes en quarantaine sur votre lieu de vie ». Cela faisait aussi partie des recommandations générales en tant que telles auxquelles n'ont pas échappé les maisons de repos.

À l'inverse, il est important de savoir que certains résidents, fort heureusement, ont été hospitalisés, ils sont revenus dans la maison de repos et sont revenus dans la maison de repos parfois avec le covid. Cela fait aussi partie des choses. C'est important de bien comprendre le flux des résidents ou des patients entre les différents niveaux de soins.

Au niveau de la première ligne, on sait que la médecine générale a été mobilisée notamment au niveau des centres de tri, mais si je dois souligner certains aspects sur les maisons de repos, on a vu des médecins généralistes complètement fuir les maisons de repos. Certaines maisons de repos se retrouvaient sans plus aucun médecin généraliste à leur disposition, compliquant fortement la prise en charge des résidents.

En termes de plan, je me suis permis de mettre un point d'interrogation.

On a eu des approches, des plans d'approches divers et variés, entre des plans hospitaliers, des plans pour les maisons de repos. On a vu notamment la Direction générale de la santé publique contacter les fédérations dès le dimanche 1er mars – je ne pense pas me tromper dans l'agenda – pour déjà mettre en place toute une entraide entre les hôpitaux, notamment sur les aspects de matériel. Puis on a vu des plans d'urgence dits provinciaux arriver plutôt mi-avril pour le secteur des maisons de repos. On a vu que les secteurs étaient gérés selon des plans d'approche complètement différents. C'est aussi cela l'intérêt d'une fédération multisectorielle, c'est de faire ces différentes comparaisons. Or, l'hôpital et la maison de repos peuvent se retrouver chacun du côté d'une même rue. On s'interroge alors parfois sur le fait que le virus ne traverse pas la rue, reste sur un trottoir. Cela reste un grand questionnement, et un questionnement pour le personnel qui n'a pas toujours bien compris.

La question des approches sur le dépistage était assez différente, je sais que vous en avez débattu : un dépistage pour une partie du personnel dans les maisons de repos dans une première phase, ensuite les résidents. Or, Bruxelles avait un tout autre plan d'approche et les hôpitaux avaient encore un tout autre plan d'approche. Quand on a demandé au personnel des maisons de repos d'aller se faire dépister au niveau de l'hôpital, vous imaginez l'accueil de ce personnel au niveau de l'hôpital, puisque ce n'était pas du tout la même politique de dépistage. Cela a donc été un peu compliqué également de voir des approches complètement différentes. Donc, certainement un manque de cohérence et de coordination.

Les connaissances et les compétences dans le ou les secteurs sont fortement différentes. En milieu hospitalier, vous avez toute une réglementation qui prévoit un service d'hygiène hospitalière, pour le dire simplement, des services d'infectiologie également. Ces éléments n'existent pas dans le secteur des maisons de repos, malgré quelques projets d'il y a quelques années. Cela a donc été compliqué aussi pour ce personnel de gérer tout cela.

En termes d'organisation générale pendant cette période covid, il y a certainement eu trois leviers.

Premièrement, le confinement. Il a été un peu compliqué à organiser dans le secteur des maisons de repos en termes de locaux. On a souvent préconisé la mise en place de cohortage, mais comment mettre en place des cohortes de résidents lorsqu'il y a une salle à manger, si je prends cet exemple ? Comment, à un moment donné, orienter la personne âgée qui, elle-même, peut être désorientée ? Cela n'a donc pas été simple. Néanmoins, le confinement a été réalisé, puisque l'on a très vite fermé les portes des maisons de repos.

En termes d'équipement de protection individuelle, cela a clairement manqué, puisque ce n'est pas du matériel habituellement utilisé dans le secteur des maisons de repos. L'approvisionnement a très vite été compliqué, les maisons de repos n'ayant par ailleurs pas forcément de liste de fournisseurs habituels à contacter. On a vu des dynamiques un peu différentes, notamment pour les maisons de repos qui étaient adossées, par exemple, à des groupes hospitaliers et qui avaient l'habitude d'adhérer à des centrales d'achat et autres. Il y a donc eu quelques facilités à ce niveau-là.

Concernant le *testing*, cela a aussi été une grosse difficulté.

Quand on a trois leviers pour contrer la pandémie, on se rend compte qu'un levier a relativement bien fonctionné et que les deux autres n'ont pas du tout fonctionné, en tout cas en pleine phase aiguë de la crise. Certaines maisons de repos ont pris l'initiative, en s'appuyant sur des laboratoires hospitaliers, de tester le personnel et les résidents. C'est ce qui a d'ailleurs permis de mettre en place des premières mesures. Toutefois, le secteur des maisons de repos a eu l'occasion d'interpeller, tous ensemble d'ailleurs, nous avons adressé un courrier commun insistant sur la nécessité de mettre en place ce dépistage.

En termes de communications, elles étaient changeantes. C'est clair que l'apprentissage sur la maladie a évolué, donc les recommandations ont aussi évolué. À un moment donné, on s'est demandé si les recommandations évoluaient sur base scientifique ou évoluaient sur base d'une disponibilité du matériel. Chacun en jugera.

Ces recommandations n'étaient pas non plus cohérentes en fonction de leur provenance. Venaient-elles de la Région wallonne, de la Région bruxelloise, du niveau fédéral ? On avait parfois des informations assez incohérentes et, à nouveau, la fédération multisectorielle que nous sommes a eu du mal à communiquer vis-à-vis de ses affiliés et à les soutenir, parce que nous avions des informations complètement différentes et certainement très multiples.

Sur l'organisation du travail, je vous ai déjà parlé de l'absentéisme, je ne vais pas revenir dessus. Cela a été la loi de la débrouille. On a eu des témoignages où l'on est allé acheter – je ne voudrais pas faire la publicité de ce magasin en particulier – chez Decathlon les fameux masques de plongée pour remplacer les FFP2, puisque l'on estimait qu'il n'y avait pas du tout lieu de porter des masques FFP2 dans les maisons de repos, même face à un résident covid positif, sous prétexte que les FFP2 s'appliquaient dans le cadre de gestes soit invasifs ou encore aérolsants. Si l'on met de l'oxygène, si l'on met en place un aérosol en maison de repos, tout de suite c'est aérolsant, mais pas de FFP2, d'où les masques Decathlon. Vous imaginez un peu parfois ce secteur,

jusqu'à présent excessivement professionnel, qui a dû se débrouiller.

Puis vous avez vu toutes ces initiatives citoyennes avec ces imprimantes 3D qui ont tourné jours et nuits pour produire des visières, ces ateliers de couture, et cetera. Merci à toutes ces personnes qui ont contribué à soutenir les différents secteurs.

Au niveau des médias, on peut parler d'un *bashing* médiatique ne correspondant pas toujours à la situation réelle des maisons de repos, puisque toutes n'ont pas été impactées de la même manière. On a travaillé sur un focus assez particulier en tant que tel. Oui, il y a eu des situations catastrophiques dans les maisons de repos, il y a eu des décès et de la détresse, mais il y a eu des décès et de la détresse dans tous les secteurs. La question que l'on peut donc légitimement se poser est : « Le taux de décès en maisons de repos est-il lié par le fait qu'il s'agisse de maisons de repos ou par le fait que les maisons de repos concentrent un nombre important de personnes âgées ? » On sait depuis le début de la crise que l'âge est un facteur excessivement important vis-à-vis de la maladie.

Inévitablement, il était assez logique de s'attendre à ce que les décès se retrouvent en maisons de repos, mais fallait-il pour autant pointer du doigt les maisons de repos ? Je reste encore aujourd'hui avec un goût amer et un sentiment d'injustice sur tout le travail qui a été fait pendant des années dans les maisons de repos pour ne plus en faire des homes ou des mouirois, mais bien des lieux de vie, des lieux d'épanouissement, des lieux où l'on ajoute de la vie aux années et pas l'inverse. Quelque part, les médias ont dit le contraire et, aujourd'hui, les maisons de repos ont du mal à s'en remettre. Si je devais d'ailleurs dévoiler une recommandation, c'est de mettre en place un plan de communication sur ce que sont réellement les maisons de repos aujourd'hui. Ce ne sont certainement plus des mouirois en tant que tels.

Cela explique notamment cette sous-occupation actuelle dans les maisons de repos. Qui dit « sous-occupation » dit peut-être « manque à gagner » sur un plan tout à fait économique, mais ce n'est pas cela le plus important. Il faudra le traiter. Si la personne âgée est à domicile, on peut s'interroger sur l'encadrement dont elle bénéficie, quel est son niveau de sécurité et quel est le risque de comorbidité ajoutée en évitant de s'orienter vers une maison de repos, grâce ou à cause de tout ce que l'on a pu en dire.

J'ai rapidement évoqué le financement. C'est clair que les activités ont été ralenties, il y a des impacts financiers, il y a eu effectivement un soutien financier. Je voudrais juste rappeler qu'il y a des coûts supplémentaires, que la crise n'est pas terminée. Lorsque l'on octroie le principe des 650 euros – merci à la Région pour cela – par lit avec des charges éligibles jusqu'au 30 juin 2020, on a le sentiment que la crise s'est arrêtée le 30 juin 2020 et que l'on a tout acheté, on a

acheté tout ce dont on avait besoin, que toutes les factures ont été réglées et que tout va bien maintenant. Vous savez que ce n'est pas le cas. Il y aura donc lieu de réfléchir à une prolongation de ce système ou à une enveloppe complémentaire couvrant notamment toutes ces nouvelles directives, puisque l'on a imposé aux maisons de repos la constitution d'un stock stratégique équivalent à trois mois. Basé sur quoi ? Je ne sais pas encore tout à fait, mais ce n'est pas grave.

L'idée n'est certainement pas mauvaise, mais qui va financer cela ? D'autant plus que, si l'on constitue ce stock en juillet ou en août, on ne peut même plus le renseigner dans l'aide qui a été octroyée jusqu'au 30 juin 2020. Je vous invite vraiment à y réfléchir.

Sur la manière dont la crise a été gérée, on a parlé de ce manque d'anticipation et certainement d'approche globale différente, des réactivités différentes.

Je vous l'ai dit, on a vu un système hospitalier se mettre en ordre de marche dès le 1er mars – c'était un dimanche soir – et l'on a vu effectivement d'autres secteurs se mettre en ordre de marche beaucoup plus tard et puis certains secteurs dont on n'a jamais parlé.

Les hôpitaux psychiatriques, à un moment donné ni le Fédéral ni la Région ne s'en préoccupaient. Les hôpitaux sont bien une compétence fédérale en tant que telle, mais on avait mis le focus sur les soins dits « aigus » en tant que tels et puis, dans le secteur du handicap, visiblement, il n'y avait pas de virus. Or, effectivement, cela a été une problématique. À un moment donné, il a fallu quand même se pencher sur cette question et cela a été fait. Je parle bien ici de phasage et de cohérence dans la manière dont les choses ont été faites. On n'a pas lancé un plan d'urgence sanitaire sur un territoire, on a lancé des plans d'urgence sanitaire par secteur comme si, effectivement, à un moment donné, le virus restait d'un côté de la rue et pas de l'autre. Je l'ai déjà expliqué.

En termes de répartition des compétences, vous connaissez mieux que moi cette lasagne institutionnelle, pardonnez-moi l'expression, avec la démultiplication des lieux de concertation, des modifications successives et régulières des recommandations, et toujours dans un timing urgent. C'est d'ailleurs ce qui avait provoqué une réaction du secteur des maisons de repos lorsque, lors du Conseil national de sécurité, on annonçait la réouverture des visites. Or, effectivement, cela faisait des mois que l'on se battait pour préserver la santé des résidents et donc, sans concertation avec le secteur, même si le secteur était demandeur de rouvrir, mais, progressivement, avec un accompagnement, avec une préparation et pas comme cela, du jour au lendemain, sans concertation.

Pour les approvisionnements tardifs en matériel, on ne va pas revenir là-dessus. Fournir du matériel avec une qualité douteuse en disant : « Voilà, on vous a

fourni des masques, mais surtout vous avez une fiche technique parce que l'on vous impose quand même de mettre un petit sparadrap, ou de renforcer comme ceci, de renforcer une tige par là, et cetera ». Cela devenait quand même un peu inquiétant pour du personnel qui, jusqu'à présent, s'était montré excessivement professionnel et devait faire du bricolage pour rester professionnel avec les moyens du bord.

Néanmoins, on a eu des réactions. On a eu du soutien et je pense que c'est important aussi de le souligner, parce que, après un certain temps, nous avons quand même reçu du matériel et il y a encore eu, au niveau de la Région wallonne, certaines livraisons organisées en ce mois de septembre. Il y a eu quelques mesures d'assouplissement, des tests de dépistage ont été organisés dans le secteur. On a eu des directives de confinement dans un premier temps, de déconfinement. Je ne peux pas dire qu'il n'y ait pas eu un minimum de dialogue, de concertation, ou en tout cas de conseil et de directives pour aider le secteur.

Il y a eu des interventions de tiers, on a parlé de MSF, de la Croix-Rouge.

L'armée était en soutien. On pouvait là aussi s'étonner. L'armée arrivait et puis on demandait de rouvrir les visites. Là, je n'ai pas trop compris le phasage non plus. À un endroit, on a besoin de l'armée, mais on rouvre. Je me disais alors : parle-t-on de la même crise sanitaire ?

On a pu noter la solidarité entre les institutions, fort heureusement et des mesures de soutien économique, j'en ai parlé, mais trop momentanément en tant que tel et il faudra les poursuivre.

J'ai six points et donc, j'en terminerai progressivement.

Les prochains défis seront de gérer ce risque de fatigue. Je vous en ai parlé. L'épuisement psychologique, en fait, il débute. Le personnel a tenu sur base d'une vocation. Vous savez que le personnel soignant a cette vocation en soi d'aide à la personne. Ils ont tenu. Aujourd'hui, ils sont fatigués.

Nous sommes à la veille de l'hiver, du moins en automne, et il nous faudra gérer cette grippe qui va venir compliquer notamment la capacité de *testing*. On n'est pas du tout au point en termes de *testing* aujourd'hui. Au niveau national, cela ne suit pas, ne croyez pas le contraire.

Cette filière de soins, il faudra la maîtriser, comprendre un peu le flux des patients.

Quant à la vaccination, on a des générations, parfois, qui sont encore résistantes à la vaccination non seulement de la grippe - et cela aiderait qu'à un moment donné on puisse déjà avoir une couverture pour la grippe et se concentrer sur le covid - et puis on espère

qu'à un moment donné on puisse trouver cette solution miracle, un seul vaccin contre le covid. Il faudra encore convaincre la population de se faire vacciner et je pense qu'il y aura là un gros travail pédagogique à faire.

Sur le *tracing*, il faudra que l'on s'assure que plus personne n'ait de Nokia 3310, si je me souviens bien. Il faudra quand même passer à autre chose et, dans la population, certains ont encore des téléphones avec des grosses touches et l'on ne peut certainement pas en vouloir aux personnes de fonctionner avec leur téléphone – peut-être nostalgiques – de fonctionner avec leur téléphone offert par un proche et auquel ils tiennent beaucoup.

En termes de financement, attention à l'équilibre des institutions financières. Je ne suis pas ici pour vous demander de l'argent. Je suis ici pour vous dire : attention, si demain les institutions devaient fermer, on perd une offre de services au niveau de la population. L'enjeu, c'est de poursuivre cette offre de services bien élémentaire au niveau de la population.

Le climat social, vous imaginez les tensions au sein des conseils d'entreprises.

Concernant l'image, j'en ai parlé et je pense que si la Région avait la possibilité de dégager un budget ou en tout cas une réflexion pour mener cette image, les fédérations se feront un plaisir de se coordonner pour expliquer à la population ce que sont réellement les maisons de repos. Si vous pouviez nous aider dans ce sens-là, nous nous ferons fort de nous coordonner. On n'est pas là pour se faire concurrence. On aura, je crois, le même discours ce matin d'aide aux personnes âgées.

D'ailleurs, on peut aussi s'interroger. J'en profite pour vous dire quelle est la place que vous souhaitez, que nous souhaitons, accorder à la personne âgée dans notre société. À un moment donné, ne sont-ils plus productifs ne servent-ils plus à grand-chose et sont-ils parqués ? Ou à un moment donné peut-on en faire tout l'entretien du savoir, de travailler l'intergénérationnel, le multigénérationnel ? Je me suis posé certaines questions quand j'ai vu la manière dont cette crise avait été gérée. Les personnes âgées semblaient moins importantes. Or, je pense qu'il y a un débat de société, si pas un débat éthique, à mener.

Il nous faut passer à une gestion de crise et à une gestion du risque et avoir des plans. Je pense que tout cela est en cours.

J'en termine par quelques recommandations, si vous me permettez. Elles valent ce qu'elles valent. C'est notre lecture rapide et on pourra faire des rapports beaucoup plus détaillés, si vous le souhaitez. Ce sont des actions de soutien dans les institutions des actions psychologiques. On a bien le Get up Wallonia qui a notamment pour objectif de venir soutenir le personnel de soin. Ce serait important de continuer à soutenir les institutions.

Je pense important aussi d'avoir un débriefing général de la crise, mais à tous les niveaux de pouvoir. On est ici au niveau d'une commission au niveau du Parlement wallon. On a aussi une commission fédérale. Je souhaiterais que l'on puisse consolider ne fut-ce que les résultats en tant que tels. Au passage, je vous inviterais à ne pas oublier, via vos collègues qui vous représentent, la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je ne sais pas s'il y a une commission niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Or, il y a eu circulaire ou absence de circulaire, en tout cas une série de difficultés, notamment au niveau des crèches. J'ai été face à des directrices ou des directeurs de crèche en pleurs, complètement oubliés, abandonnés. C'est le seul secteur où on a demandé la contribution des citoyens, donc la participation financière des parents. C'est le seul secteur où, à un moment donné, on a demandé aux parents de payer pour cette crise. Cela mériterait également, me semble-t-il, d'avoir une réflexion. Je ne sais pas si c'est ici que je dois le dire, mais je vous invite à le dire à vos collègues qui siègent au niveau de...

**M. Desquesnes** (cdH). - Je ne suis pas schizophrène.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Cela me rassure.

**M. le Président**. - Monsieur Desquesnes, cela n'engage que vous.

*(Rires)*

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Je dirais que je peux en attester puisque j'ai géré pendant sept ans un hôpital psychiatrique. Vous ne me semblez pas être schizophrène, en tout cas fort différent des patients que j'ai pu croiser.

*(Rires)*

Là, je vous laisserai débattre là-dessus entre vous

Monsieur le Président, on n'est plus dans mon temps. Vous constaterez qu'il y a un débat entre parlementaires et donc, vous me permettez de terminer.

**M. le Président**. - Si vous pouvez abréger, ce serait bien.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Bien évidemment.

Ce débriefing, cette consolidation et puis ce leadership. Cette ligne de commandement qui a manqué. À un moment donné, qui prend les décisions ? Qui à un moment donné lance ce plan d'urgence sur l'ensemble des secteurs ? Ce leadership est fondamental et cela ne peut pas être une guerre de clochers ou

plusieurs coqs sur le même tas de fumier, si je puis le dire très vulgairement.

Il faut simplifier la communication et pas des circulaires de partout : un jour de l'AViQ, un jour de la ministre, un jour du Fédéral, et cetera.

Une approche plus globale et une meilleure synchronisation, j'en ai déjà parlé.

Il faut une concertation à long terme sur la répartition des compétences. On parle beaucoup de septième réforme de l'État. On parle de plein de choses. Il y a un nouveau gouvernement qui est en train de se mettre en place. Je pense qu'il faut réfléchir - certainement pas sur le modèle régionalisation, pas régionalisation, et cetera, il ne m'appartient pas de le dire - au système le plus efficace pour servir nos citoyens.

C'est ce que UNESSA continuera à défendre : être attentif à l'impact économique et à l'image des institutions.

Si vous pouviez dégager un budget, ce serait pour travailler sur l'image des institutions. Je vous laisse, pour la bonne forme, mes coordonnées si vous souhaitez plus de précisions par la suite.

*Audition de Monsieur Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos - FEMARBEL*

**M. le Président**. - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq**, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Mesdames, Messieurs les Députés, c'est un moment assez important, même si d'aucuns ont pu juger arriver tardivement par rapport aux travaux de la commission flamande, même si d'aucuns peuvent considérer qu'il arrive trop tôt parce que nous ne sommes pas au bout. Il n'est pas un intervenant qui n'ait commencé son propos par - et vous avez été le premier, Monsieur le Président, lors de l'ouverture des travaux - une pensée pour toutes les victimes et les personnes qui ont souffert de cette épidémie.

Directement et indirectement, nous avons dépassé les 10 000 morts en Belgique la semaine dernière et je me faisais la réflexion qu'à partir d'un certain nombre de victimes, elles prennent presque un aspect immatériel, voire anonyme, tellement elles sont nombreuses.

À cet instant, ce sont trois visages qui reviennent à mon esprit : les visages d'un couple très âgé de voisins qui ont été emportés en 10 jours par l'épidémie et d'un de mes administrateurs qui est décédé à la direction de son établissement aussi de l'épidémie, établissement qu'il avait créé il y a plus de 20 ans.

Je suis ici pour tenter de vous donner un témoignage à deux niveaux : celui du niveau d'une fédération professionnelle spécialisée dans les maisons de repos et donc le témoignage de ce que nous avons pu vivre en deuxième ligne, mais aussi le témoignage des directions de nos établissements qui ont remonté toutes les difficultés qu'elles ont rencontrées et que l'ensemble du personnel a rencontrées.

Femarbel, en une phrase, est une fédération qui représente essentiellement le secteur privé commercial, mais nous comptons nombre d'ASBL parmi nos membres et qui a pour caractéristique de demeurer active dans les trois Régions du pays, aussi bien en Wallonie, à Bruxelles, qu'en Flandre. Cela s'est avéré, à certains moments du pic de l'épidémie, chronophage, mais cela a son intérêt dans la mesure où cela nous donne une certaine vue de la situation dans le pays.

Dans mon PowerPoint, je vous ai donné une série de chiffres que je ne vais pas détailler, mais il me semblait intéressant de présenter un secteur qui est souvent méconnu en termes d'importance. Vous voyez que des dizaines de milliers de personnes âgées résident dans les établissements wallons. Vous verrez qu'en fait il y a beaucoup de personnel qui est en service et du personnel qualifié.

La moyenne d'âge est de l'ordre de 85 à 86 ans. En période normale, la durée de séjour en maison de repos est de l'ordre de 16 à 18 mois. Septante pour cent de nos résidents sont lourdement dépendants, 40 % d'entre eux sont désorientés dans le temps et dans l'espace. Cela a présenté une charge tout à fait particulière pour notre personnel, dès lors que l'encadrement de personnes désorientées quand il s'agit de leur mettre un masque est quelque chose qui peut s'avérer absolument épuisant pour le personnel. Il faut le savoir.

Au niveau de l'action des tutelles wallonnes, il ne me sera pas possible d'en parler sans les interactions avec le Fédéral. Le fait est que tout le monde s'accordera pour dire que la structure institutionnelle, qu'elle soit passée de la lasagne aux spaghettis à l'occasion des travaux de cette commission, n'a certainement pas facilité les choses. Si l'on veut résumer la situation en une phrase, on s'est parfois posé la question de savoir sur quel bouton il fallait poser le doigt pour prendre une décision et, par après, qui avait la compétence pour poser le doigt sur ce bouton.

Des réflexions devront être faites et les premiers constats qui ont été faits à l'occasion des travaux de vos collègues flamands où on a eu une réflexion assez hospitalo-centrée, c'est qu'au niveau du fédéral - et l'objectif n'est pas de pointer un doigt vengeur - le secteur des maisons de repos a peut-être été quelque peu oublié par moments - je n'emploierais pas le mot sacrifié.

Au niveau de la tutelle wallonne - et je tiens à préciser ici que je ne vais pas faire œuvre d'une diplomatie proactive par rapport à des tutelles avec qui je vais devoir continuer à travailler -, je vous annonce que, devant répéter cet exercice au fédéral, mais aussi à Bruxelles - et l'ayant vécu au Parlement flamand - je serai certainement plus nuancé que l'appréciation que je vais donner de l'action de la tutelle wallonne au niveau de l'AViQ - vous avez entendu longuement Mmes Baudine et Bouton. L'AViQ s'est montrée un exemple de service public en termes d'engagement et d'efficacité. Je tiens ici à le souligner et à les remercier.

Au niveau du Gouvernement et en particulier de Mme la Ministre, en comparaison avec les autres régions, il y a eu un engagement constant et réel pour essayer de trouver des solutions, notamment en matière de *testing*.

Il est vrai que tous les efforts qui ont été faits au niveau wallon n'ont malheureusement pas été soutenus par les autres régions, plus particulièrement en matière de tests, mais j'y reviendrai parce que c'est extrêmement important.

Je tiens ici, au nom de ma fédération à les remercier. Cela ne veut pas dire que nous n'aurons pas de différends par après, mais cela voudra dire que l'épidémie est terminée et ce sera une bonne nouvelle. En tout cas, ces personnes seront assurées que notre gratitude ne vieillira pas vite.

Ceci dit, quelles sont les lignes de force ?

Quelles sont les questions que l'on doit se poser ? Comment l'épidémie est-elle entrée ? Pourquoi s'est-elle répandue aussi vite ? Quel a été l'impact sur la mortalité ? Quelles mesures ont été prises pour reprendre le contrôle de l'épidémie ? Ont-elles été efficaces ? Sont-elles encore efficaces pour gérer la situation aujourd'hui, et je le crains, encore demain pour un certain nombre de mois en attendant un vaccin ?

J'aborderai aussi la relation avec les hôpitaux ainsi que la question de l'humain puisque la maison de repos est une institution, une entreprise « essentiellement humaine ». Le mot n'est pas très élégant, mais on y gère de « l'humain » avec de l'humain ; c'est important aussi d'en parler.

Comment l'épidémie est-elle rentrée et à quelle vitesse ? Je vais vous raconter une anecdote qui date de la semaine dernière et qui s'est terminée, fort heureusement, vendredi à 11 heures 10 minutes.

Lundi, ma secrétaire présente tous les symptômes du covid. Elle tousse, elle vient avec un masque. Elle se fait tester, elle a les résultats vendredi à 11 heures 10 minutes. C'était une information que j'attendais en fonction de notre réunion prévue à 14 heures. Tout s'est bien terminé. Prenons cette anecdote au mois de mars, elle n'a pas de masque. Elle

est covid-positif. Un de mes collaborateurs a une épouse. Elle se trouve être directrice d'une résidence service adossée à une grande maison de repos. C'est un total de presque 200 personnes qui y vivent et travaillent. Imaginez qu'elle est positive, elle n'a pas été testée, il n'y a pas de matériel. Il est possible que de nombreuses victimes aient été comptées. Là est le point de départ. D'où est venue l'épidémie ? De l'extérieur.

Comment a-t-elle pu se répandre rapidement ? C'est relativement simple. C'est le défaut de matériel. Il y a eu aussi, il ne faut pas le nier, un problème de formation de base et cela reviendra à certaines suggestions que j'essaierai de vous faire dans des tentatives de recommandations.

L'impact au niveau wallon, c'est pourquoi telle maison de repos a été épargnée et pourquoi telle autre ne l'a pas été ? C'est une question essentielle, mais à laquelle je n'ai, aujourd'hui, malheureusement pas encore de réponse. Puisque l'on a constaté que des maisons de repos lourdement impactées étaient grandes ou petites, on n'a pas encore de réponse. Une étude - que je vous communiquerai si vous y marquez bien entendu un intérêt - purement statistique a été faite en Flandre sur les 800 maisons de repos flamandes. Cette étude statistique, elle a donc ses limites. À partir de toutes les données renseignées par l'ensemble des maisons de repos flamandes, on a essayé de tirer un enseignement statistique pour voir s'il y avait un certain nombre de corrélations entre certains éléments, avec ses limites, bien sûr.

Cette étude n'a pu établir de corrélation de l'importance de l'épidémie par rapport à la taille de l'établissement. Il y avait juste un certain avantage pour les grands établissements. Elle n'a pas pu établir de corrélation entre la nature du pouvoir organisateur. Elle n'a pas pu établir - et là c'est un point qui suscite des questions - de corrélation avec l'aspect d'urbanisation de la situation des établissements. Elle a par contre bien établi une corrélation directe entre le nombre de décès - c'est une étude sur la mortalité - et l'âge des résidents et surtout leur niveau de dépendance. Ce sont bien les personnes les plus fragiles qui ont été touchées et qui ont payé un prix important. L'étude épidémiologique qui était commandée par la Région, sauf erreur de ma part, au professeur Coppieters pourra utilement compléter cet aspect qui me paraissait intéressant et qui donne des premières tentatives de réponses.

En ce qui concerne la manière dont les maisons de repos ont géré l'épidémie, tout n'a pas été parfait et on a eu évidemment des réalités extrêmement contrastées. Il y a encore des établissements qui se posent la question de savoir pourquoi ils ont été tant impactés, et d'autres qui ont réussi à ne pas l'être du tout qui quelque part, se disent : «On a eu de la chance». C'est vraiment interpellant et c'est vraiment un point qu'il faudra creuser.

Le fait est que l'on a opéré un testing général de l'ensemble du personnel et des résidents de toutes les maisons de repos du pays, et donc de toutes les maisons de repos wallonnes. Le résultat de ce testing général a démontré qu'on avait repris le contrôle des infections aussi bien au niveau du personnel que des résidents puisque l'on tombait à des chiffres de moins de 5 %. Il y a donc à mes yeux - et je pense que cela a été dit par Mme Quoilin en ces lieux - une liaison directe entre la présence d'un matériel de protection adéquat et la reprise de contrôle de l'épidémie. L'enjeu est donc bien de continuer à disposer de ce matériel de protection adéquat et aussi de former de manière adéquate le personnel, aussi bien maintenant de manière ponctuelle que de manière structurelle, j'y reviendrai.

La relation avec les hôpitaux, c'est évidemment un point extrêmement sensible au niveau éthique. J'ai la conviction profonde qu'il n'y a eu aucune volonté expresse d'empêcher des hospitalisations. Il y a eu, dans le maelström, dans le cauchemar, que les hôpitaux et les maisons de repos ont vécu, un climat qui s'est créé, qui fait que l'on a eu, au niveau de certains hôpitaux - et ce n'est pas du tout général -, une politique d'éviter au maximum des hospitalisations sinon de les refuser, de renvoyer des résidents vers la maison de repos sans avoir pu les tester, ce qui a provoqué des clusters et des *outbreaks*. Maintenant, du côté des médecins, il y a certains médecins qui ont dû se battre pour avoir l'hospitalisation de leurs résidents. Il y a d'autres médecins, et des médecins coordinateurs qui ont dû se battre pour convaincre des médecins traitants d'hospitaliser les résidents.

Il y a eu ces fameuses directives à la fois de la Société de médecine intensive et de la Société belge de gériatrie. Je vous dis d'emblée que cette directive de la Société belge de médecine intensive, en tant que fédération, je ne l'ai pas reçue. L'autre, de la Société belge de gériatrie, je l'ai reçue, j'ai appris qu'elle existait grâce à un journaliste qui m'a téléphoné en me demandant ce que j'en pensais. Il en a été de même d'ailleurs avec le fameux plan du professeur De Lepeleire. J'ai vu qu'il existait dans la presse, mais auparavant, alors que nous étions encore au Fédéral et en particulier à l'INAMI, on ne nous en avait jamais parlé.

Y a-t-il eu des problèmes sur le terrain ? Oui. Ils étaient évidemment liés au climat. Il n'y a pas eu de politique délibérée, mais j'observe de manière purement factuelle qu'il y a une directive aux hôpitaux qui était envoyée le 27 juillet 2020, qui indiquait : «Nous réaffirmons 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.

C'est donc que ce rappel n'a pas été jugé inutile, mais je mets cela sur le compte d'un climat.

C'est la raison pour laquelle il me paraît impératif, au niveau des recommandations qui pourraient être faites, d'avoir un renforcement structurel de la relation entre les maisons de repos et les hôpitaux, de sorte que ce genre de phénomènes ne se reproduisent pas. Ils ont été générateurs de malheur et de stress ; des deux côtés parce que j'imagine les choix qui ont dû être faits au niveau de certains hôpitaux.

L'humain, c'est le personnel et ce sont les résidents.

Comme M. Happe l'a souligné, nous avons vécu des moments difficiles en termes de disponibilité et de personnel en place au chevet des résidents. La caractéristique de la maison de repos par rapport à l'hôpital, c'est qu'elle ne peut pas fermer de service, elle ne peut pas supprimer des consultations, elle ne peut pas renoncer à certaines opérations non urgentes. Elle doit fonctionner telle qu'elle est, avec les patients qui sont là et qui n'en sortiront pas.

On a eu des retours par rapport aux premiers certificats qui étaient donnés par téléphone avec des équipes qui ont été rapidement amputées d'un nombre assez important de membres du personnel, le tout lié aussi aux quarantaines avec les tests.

Je cite l'exemple d'un établissement qui, normalement, doit avoir 60 personnes au travail tous les jours et qui s'est retrouvé avec 18 membres du personnel en moins, ce qui rend le maintien de la qualité du service extrêmement difficile.

Quant à trouver du personnel intérimaire, ce n'était pas évident. Il faudra aussi évaluer ce qu'auront donné les résultats concrets de la Plateforme des volontaires, qui est une excellente initiative, mais tout cela devra aussi être évalué.

Pour les résidents, on s'est trouvés confrontés à des compromis extrêmement difficiles à faire et parfois quasi impossibles. Comment conjuguer la protection sanitaire et l'humain ? Comment protéger la maison du covid et comment permettre aux résidents d'avoir une vie sociale ? Ce sont des compromis extrêmement difficiles qui ont dû être faits et qui n'étaient pas parfaits.

Au niveau des directives, s'agissant de l'interdiction des visites au 11 mars, il a été juste et nécessaire de le faire. Aujourd'hui, doit-on le refaire ? La réponse est non, clairement.

On a évoqué le pataquès du Conseil national de sécurité, et je n'y reviendrai pas. Il est évident que ce n'était pas la décision la plus « propice » – pour employer un terme neutre – qui a été prise. Le soir même, je donnais instruction à mes établissements de ne pas la respecter, ce qui m'a valu des mails me traitant d'antipatriote, des lettres anonymes et une lettre de mise en demeure d'avocat et quelques mails de familles pas contentes du tout, et je ne leur en veux pas.

Maintenant, on a déconfiné et la volonté est de continuer à déconfiner. Le principe, à nos yeux, doit être que les visites sont un droit, bien sûr.

Les réalités sont complexes parce que j'ai constaté qu'il y avait presque deux camps.

Chez les résidents et certaines familles, la position est de dire : « Il ne faut surtout pas prendre de risques, il faut rester bien fermés, de telle manière à ce que l'infection n'entre pas. Je ne veux pas prendre le risque d'infecter ma famille ». D'autres familles et d'autres résidents disaient : « Moi, j'ai besoin d'avoir un contact. Si je ne peux pas voir mon parent ou mon ami, son moral va se déliter, avec les syndromes de glissement inévitables ».

Par ailleurs, des établissements ont des vues différentes. J'ai constaté, mais cela doit être transversal aux autres secteurs, c'est que, d'une part, des établissements ont été fortement impactés et en sont sortis avec leur personnel complètement traumatisé.

Il faut se rendre compte de ce que cela a pu être au vécu quotidien. De l'autre, des établissements qui ont été épargnés et qui ont une peur quasi panique de s'ouvrir. Là, à un moment donné, l'autorité doit trancher. Nous allons discuter d'une nouvelle circulaire, elle doit trancher pour la confirmation que les visites sont un droit. Je crois que l'on doit surtout éviter, maintenant que le matériel est là et que la situation a quand même progressé en termes de formation, la prise de mesures générales au niveau de tout le territoire wallon. Il faut davantage cibler les mesures à la fois en fonction d'une zone à déterminer - commune ou groupe de communes - et de la situation de chaque établissement.

Si vous regardez les statistiques de Sciensano, il faut bien chercher pour voir où déménager pour se retrouver dans une zone qui est en principe *safe*. Dans un établissement où il n'y a pas de covid, où la situation est sous contrôle, considérer qu'il y aurait une interdiction de visite, même si elle se trouve dans une zone rouge, ne permet pas aux personnes âgées d'avoir une vie sociale normale.

Il y a encore des établissements qui ne respectent pas les circulaires. N'hésitons pas à dire que les services de l'inspection doivent faire leur devoir, pour faire respecter la réglementation et assurer une vie sociale et normale aux personnes âgées.

Concernant le matériel, cela a été extrêmement compliqué. La Région wallonne, comme les autres Régions, ont fait beaucoup. Je ne vais pas revenir sur le problème de la destruction du stock de matériel ; ce sera pour la rue de la Loi, un peu plus tard dans l'année. Toujours est-il que la Région a décidé de constituer un stock stratégique de trois mois. Elle demande aux établissements de constituer un stock stratégique de trois mois. C'est une bonne mesure. Le tout, c'est qu'il serait utile que l'on puisse nous dire comment ce stock

stratégique doit être constitué. Quel est le ratio de masques chirurgicaux par résidents ou par membres de personnel ? Il faut des informations concrètes pour les établissements.

Pour ce qui est de tests, vous savez que cela a été une longue saga, un long combat. Actuellement, nous sommes dans un régime de tests préventifs du personnel généralisé quand l'établissement se trouve dans une zone rouge, en cote d'alerte, soit 50 cas lors des 14 derniers jours sur 100 000 habitants.

Il faut déterminer une zone, ce n'est pas évident. J'ai interrogé mes établissements. Un établissement disait : « Oui, moi, je suis dans la commune x, on va me tester ou on ne va pas me tester, mais je vous signale que je n'ai que cinq membres de personnel qui habitent la commune ». Je pense qu'il faut prendre un *scope* plus large. On reste dans le *testing* généralisé du personnel et des résidents quand on a deux cas. Tout ce ceci doit être maintenu. Je crois que fondamentalement, comme on est dans des opérations qui sont très lourdes en termes de logistique pour l'AViQ et les établissements, on pourrait peut-être utilement offrir la possibilité aux établissements de faire ce test généralisé du personnel quand ils sont en zone rouge, une fois tous les mois, et vérifier quels sont les établissements qui ne le font pas, de telle manière à ce que l'on voit s'il n'y a pas négligence.

En ce qui concerne les mesures de soutien qui ont été évoquées par M. Happe, je les retiens entièrement. Une série importante de mesures ont été prises, mais elles ne suffiront malheureusement pas à deux niveaux.

Le premier niveau, c'est qu'elles se terminent le 30 juin, et que si les maisons avant l'épidémie avaient un taux d'occupation que l'on doit considérer comme optimal en Wallonie, elles ont actuellement un taux d'occupation diminué de l'ordre de 10 %. Le prix moyen en Wallonie est de 51-52 euros, le forfait moyen est de 50 euros ; c'est 100 euros qui sont perdus par jour et que l'on ne retrouvera jamais.

Le maintien et le retour vers un taux d'occupation normal sont un enjeu important, d'autant plus qu'au niveau des établissements, la question du personnel se pose. Là, il est clair que nous suggérons que la Région wallonne s'inspire de ce qui a été fait en Flandre et à Bruxelles, pour prendre des mesures ponctuelles de soutien pour combler certaines pertes de prix d'hébergement. Il devra être aussi des mesures d'immunisation du forfait.

Je vous signale que pour ces mesures de soutien, il me paraît, en l'état de mon information, qu'un budget mis à disposition dans le cadre du covid reste non dépensé au niveau de l'AViQ, budget mis à disposition dans le cadre du covid pour l'année 2020.

Il devra être remboursé à la Région le 31 décembre 2020. Je crois qu'il serait peut-être utile de

voir comment on peut l'utiliser pour soutenir les établissements et le personnel.

Pour ce qui est des mesures d'immunisation, elles sont dans le budget 2021. Là, c'est une discussion qui, je l'espère, sera menée de manière positive et concrète.

La formation, le personnel. C'est clair, il ne faut pas le nier : il y avait un problème de formation de base du personnel. Il lui faut une réponse structurelle, mais aussi ponctuelle.

Au niveau structurel, c'est une mesure qui dépend de la Région. Il me paraît que la formation des directeurs et des directrices - il y a un accès à la profession, il faut avoir le diplôme de gestion de maison de repos - devrait être modifiée et complétée avec des éléments comme la gestion de crise, la gestion psychologique de crise ainsi que des notions de protection de l'hygiène. On ne pourra pas avoir un infirmier hygiénique dans chaque maison de repos, c'est impossible. Mais on peut structurellement adapter la formation de base. Cela dépend de la Région et cela ne coûte pas un euro de budget en plus.

Il s'agit aussi d'avoir une réflexion aussi sur la formation des aides-soignantes et des infirmiers. Pour le reste, il convient de s'assurer dès maintenant, comme cela a été fait massivement d'ailleurs, que des formations continuées puissent être effectuées rapidement.

En termes de formation, je vous signale que les obligations de formation du personnel en maison de repos se répartissent entre des obligations fédérales en fonction de certaines catégories de personnel qui ne sont d'ailleurs pas les mêmes au niveau de l'art de guérir. Il y a des formations spécifiques qui sont prévues pour les maisons de repos, d'autres formations spécifiques qui sont prévues pour les maisons de repos et de soins (MRS). C'est un travail à plus long terme, mais je pense qu'une consolidation de ces formations sur base d'un programme cohérent répondant aux exigences d'aujourd'hui et une certaine prévention de l'avenir pourraient être pertinentes.

Pour l'encadrement, c'est clair que les maisons de repos wallonnes sont parties avec moins de personnel en place que les maisons de repos flamandes. C'est factuel.

La couverture MRS - c'est-à-dire le nombre de lits MRS par rapport au nombre de lits de maisons de repos en Wallonie - est de l'ordre de moins de 50 %. En Flandre, elle est de l'ordre de 80 %. On est parti avec plus de personnel.

Je pense qu'il va falloir continuer à reconverter des lits MR en MRS, sachant qu'il faudra aussi avoir une réflexion sur une meilleure adéquation des normes de personnel par rapport aux besoins.

À supposer même que le budget soit dégagé pour couvrir tous les cas B, C et D – tous les cas lourds en Wallonie – je vous signale que l'on ne trouvera pas le personnel requis en fonction des normes exigées, puisqu'il y a une pénurie. Mais il convient de mener une vraie réflexion sur le long terme.

J'en termine en estimant devoir vous parler de la vaccination à deux niveaux.

Premièrement, concernant la vaccination pour la grippe, il nous est revenu que la Région avait ouvert un marché public pour commander massivement des doses de vaccin pour la grippe. Malheureusement, aucune entreprise n'a répondu favorablement à cette offre. Le vaccin contre le covid arrivera au plus vite, nous l'espérons.

La vraie question qui se pose, c'est que nous avons eu confirmation lors d'une vidéoconférence, mercredi, dans une autre entité fédérée, que c'était même parfois extrêmement difficile de convaincre le personnel de se faire vacciner contre la grippe.

En ce qui nous concerne, nous considérons que ce vaccin est requis, à la fois pour les résidents et pour le personnel. De même que le vaccin contre la covid devra être requis. On a tendance à entendre des gens qui parlent d'immunité collective – et je ne vous parle pas des bêtises qui peuvent parfois circuler sur les réseaux sociaux. J'ai croisé deux dimanches de suite, en allant au bureau, des gens qui protestaient contre le port du masque. J'imagine qu'ils ne doivent pas être très chauds pour des vaccins.

Ici, on est dans le cadre d'un risque sanitaire majeur. Objectivement, je ne sais pas s'il s'agit de la compétence de la Région, du Fédéral ou autre, mais cela me paraît à tel point important que, à un moment donné, les gens doivent se faire vacciner.

On a une série de vaccins obligatoires au début notre vie, avec des rappels. Je les ai un peu oubliés parce que, malheureusement, maintenant je vieillis quand même.

J'ai été vacciné contre le tétanos et je ne fréquente que de très loin les chevaux.

C'est une vraie question que je pose, c'est une question de santé publique. Ne pas avoir des membres du personnel qui refuse de se faire vacciner, c'est certainement leur droit aujourd'hui, mais je pose la question de savoir si ce n'est pas requis en fonction de ce que nous avons vécu.

J'espère ne pas avoir été trop long et je vous remercie.

*Audition de M. Smeets, Directeur général de Santhea, Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises*

**M. le Président.** - La parole est à M. Smeets.

**M. Smeets**, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea). - Mesdames et Messieurs les Députés, à l'instar d'UNESSA, Santhea, représente toutes sortes d'institutions de soins de santé, depuis les hôpitaux, bien entendu les institutions pour personnes âgées, la santé mentale, la petite enfance, et cetera. Nous sommes également actifs à Bruxelles et en Wallonie, ce qui nous a placés quelque part là aussi au cœur de tout ce qui s'est passé pour la gestion de cette crise, avoir une vue qui dépasse évidemment les simples compétences de la Région, en lien notamment avec ce qui s'est passé au niveau fédéral.

Le constat que l'on peut faire, c'est que la crise a démontré les limites de notre système et les différences de celui-ci qui sont venues amplifier une situation qui était déjà critique en elle-même.

Nous pensons qu'il est nécessaire de tirer un certain nombre de leçons pour apporter les changements nécessaires et rendre notre système de santé plus résistant à ce type d'agression.

Les éléments que je vais soulever dans cet exposé sont catégorisés en différentes sections, se basent principalement :

- d'une part, sur le vécu de terrain de nos membres, que nous avons tenus informés, avec lesquels nous avons été en contact quasiment quotidiennement tout au long du pic de la crise ;
- par ailleurs, une réflexion de l'ensemble des conseillers de Santhea qui ont tous été sur le pont également sept jours sur sept pendant cette crise pour communiquer au mieux et informer au mieux nos affiliés.

D'une manière générale, ce qu'il ressort de cela, c'est que les décisions et la communication des autorités des administrations régionales wallonnes sont perçues par nos membres beaucoup plus positivement que celles venant de leurs homologues du niveau fédéral. C'est quand même un premier élément à souligner et important, à notre avis.

J'en viens aux différents aspects que nous avons relevés.

Premier aspect, c'est le manque d'anticipation et de préparation. Si l'on fait un petit rétroplaning, à partir de décembre 2019, on constate un certain nombre de cas de pneumopathie sévère dans la Ville de Wuhan, en Chine. Les premiers cas positifs apparaissent en Europe dès janvier 2020. En Belgique, le premier cas positif est détecté parmi les neuf Belges rapatriés de Wuhan début février déjà. Un mois plus tard, le 1er mars, un

deuxième cas est confirmé dans notre pays, c'est un Belge revenant de France. Le retour des vacances de carnaval va alors coïncider avec une flambée du nombre de cas, puisque le 5 mars déjà, l'on dénombre déjà 81 nouveaux cas. Une semaine après, ce chiffre avait triplé.

Le 14 mars, le plan d'urgence hospitalier est activé dans tous les hôpitaux du pays, ce qui a résulté en une fermeture de ceux-ci pour toutes les activités non urgentes et non covid. Dès le 23 mars, le nombre de nouveaux cas par jour dépassait la barre des 1 000 personnes. Il ne s'agit pas de 1 000 personnes testées, puisque à l'époque on n'avait pas de test, il s'agit vraiment de 1 000 personnes gravement malades, qui ont dû être hospitalisées et l'on a atteint le pic du nombre de nouveaux cas aux alentours du 10 avril.

Ce bref historique et aussi l'enseignement et l'expérience que l'on a eue de la crise H1N1 de 2009 ne nous permettent pas de dire qu'une telle pandémie était imprévisible. L'on peut se poser des questions sur la façon dont la réaction des autorités, essentiellement fédérales, a été mise en œuvre.

Nous avons, par ailleurs, constaté aussi une minimisation à l'excès de ce qui se profilait, malgré les signes alarmants de l'étranger et les indications de l'OMS. Fin janvier, l'OMS demandait déjà à chaque pays de mettre en place des mesures pour détecter le coronavirus, y compris dans les structures sanitaires. Or, dans notre pays, il n'y a rien eu à ce moment-là qui a été mis en place. Il n'y a rien eu qui a été non plus communiqué aux institutions de soins. Ce manque de préparation a été pointé à de nombreuses reprises par l'ensemble de nos institutions.

Pourtant, un plan d'urgence pour une pandémie de grippe avait cependant bien été élaboré pour notre pays en 2009. Certes, il s'agissait d'un plan adressé essentiellement au secteur hospitalier. Force est de constater toutefois que de nombreuses recommandations s'y trouvaient, notamment en ce qui concerne la disponibilité des moyens de protections, les masques, les blouses, et cetera, les respirateurs, en matière de logistique, de gestion du personnel, en matière d'hygiène, de prévention, de contrôle de l'infection.

Les recommandations qui s'y trouvaient n'ont pas été suivies et n'ont pas davantage servi de base au développement d'un plan pandémique spécifique aux structures relevant soit du Fédéral soit de la compétence des Régions.

Les autres aspects de ce plan d'urgence pour une pandémie de grippe n'ont pas davantage été exploités, notamment en matière de coordination ou de communication vers les structures de soins. C'est dans l'urgence opérationnelle que nous avons dû, à différents niveaux, développer des plans, ce qui a encore compliqué la gestion de la crise.

Le deuxième aspect, c'est la complexité institutionnelle. Vous connaissez la Belgique. C'est un élément qui a déjà été mentionné à maintes reprises.

Nous avons observé parfois une méconnaissance des compétences respectives des différents niveaux de pouvoir, ce qui, couplé à un manque de hiérarchie décisionnelle entre ces différents niveaux de pouvoir, a compliqué la tâche des soignants.

Le défaut de coordination a été maintes fois souligné entre le Fédéral et les entités fédérées. À certains moments, on avait l'impression que chacun cherchait à communiquer le premier, ce qui ne facilitait pas les choses, surtout que, souvent, ces communications étaient même différentes d'une entité à l'autre.

Les interfaces Région wallonne -Fédéral qui avaient lieu au sein de plusieurs commissions, que ce soit la conférence interministérielle Santé publique, le Celeval ou d'autres *task forces*, n'ont pas été très efficaces. Cela montre la difficulté de notre système institutionnel à réagir face à une crise sanitaire de cette ampleur.

Selon nous, la gestion d'une telle crise implique la mise en œuvre d'un commandement unifié dans un esprit de leadership partagé et participatif. Il est impératif de revoir le mode de fonctionnement et les interactions des différentes et multiples autorités concernées afin d'appréhender une éventuelle deuxième vague ou une autre pandémie de manière plus cohérente et plus structurée. Il y a aussi l'impact sur les provinces et leur rôle à jouer là-dedans.

Nous avons été fort frappés de l'absence d'interaction, du moins au départ, avec l'armée qui, pourtant, s'était montrée disposée dès le départ à intervenir. Ce n'est que fort tardivement, après le début de la crise, que celle-ci est intervenue. J'ai été fort étonné aussi de ne jamais entendre parler de la protection civile. Je sais que le ministre Jambon a fait beaucoup de mal et beaucoup de tort à cette force, mais il me semble que la protection civile aurait aussi pu avoir un rôle à jouer dans la crise.

Le troisième aspect, c'est la communication.

Comme je l'ai dit, la communication des autorités et des administrations régionales a été perçue beaucoup plus positivement que celle venant du Fédéral. La communication, la disponibilité, la transparence dans la communication de la Région, et ce, tant au niveau de la ministre Morreale qu'au niveau de l'AViQ, à l'égard des institutions, ont été réellement appréciées par nos hôpitaux. La disponibilité est quelque chose de fondamental. Je rejoins ce que mon collègue, M. Frédéricq, a dit : on peut les remercier du soin apporté à l'écoute du terrain.

Par contre, entre les différents niveaux de pouvoir, cela a été beaucoup plus confus et beaucoup moins coordonné. Pour vous donner un exemple, bien souvent,

on apprenait certaines choses via la presse avant que les autorités fédérales nous aient communiqué les décisions des différents organes, et l'on sait qu'ils sont extrêmement multiples.

Le quatrième aspect, ce sont les mesures financières.

Nous saluons le fait que les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés et les institutions qui s'occupent des personnes fragilisées ou en situation de handicap aient reçu des dotations de la part de la Région. Il faudrait poursuivre l'effort parce que la crise n'est pas terminée et toutes ces institutions ont encore beaucoup de difficultés à ce niveau.

Le cinquième aspect, c'est le manque d'intégration entre les structures et les lignes de soins.

Cette crise a mis en évidence les faiblesses de nos systèmes de soins. Parmi celles-ci, le fonctionnement en silos des différentes structures et lignes de soins s'est avéré être, à tout le moins, un frein à une gestion efficace de cette crise, et ce, de façon assez généralisée.

Dans les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés, la situation a été très complexe, en tout cas pour un grand nombre d'entre eux. En effet, outre le manque de matériel, de protection et médical ainsi que le flou qui régnait autour de certaines informations ou décisions, les MR et MRS ont été forcées d'affronter une crise avec un manque cruel de ressources humaines et d'expertises, notamment un déficit de présence médicale dans certaines structures, un personnel d'encadrement insuffisant et peu ou pas de compétences internes pour la prévention et le contrôle des infections.

Mon collègue, M. Frédéricq, vous a expliqué cela en détail, de façon tout à fait correcte. C'est le cas dans toutes les institutions aux personnes âgées. Il n'y a pas de différences entre secteurs.

Dans certains cas, une collaboration avec les hôpitaux a permis de soulager les certaine structures, notamment grâce à des collaborations en matière d'hygiène hospitalière, à un appui médical et/ou infirmier, voire à un soutien logistique, à un soutien psychologique et à un soutien pour le *testing*.

La liaison gériatrique et médicale a parfois été renforcée. Nous pensons qu'il faut poursuivre dans cette voie. Des initiatives et des discussions avec l'AViQ sont en cours, mais il faut aller dans ce sens-là. C'est une collaboration renforcée entre les lignes de soin.

Toujours pour les MRS, les relations avec la première ligne se sont également révélées être parfois très complexes, notamment en ce qui concerne la continuité de la prise en charge des résidents par leur médecin traitant et la nécessité pour le médecin coordinateur de prendre le relais, avec comme conséquence une surcharge de travail.

A contrario, la première ligne a, au moins en certains endroits, joué un rôle clef dans la mise en place des dispositifs de désengorgement des urgences hospitalières, notamment par la mise en place de centres de *testing* et de centres de tri. Cela n'a pas été généralisé, et sans doute qu'une coordination et un système uniforme seraient souhaitables sur l'ensemble du territoire wallon.

Nous pensons que la Région a probablement fait son possible pour jouer un rôle d'intégrateur pendant la crise. Mais l'urgence de la situation a forcément limité les possibilités en la matière, et n'a donc pas permis à la Région wallonne de remplir ce rôle de manière optimale.

Pour le futur, et sur base de l'analyse de la crise et des problèmes constatés, il sera important, selon nous, de développer un modèle pensé avec l'ensemble des acteurs et construit sur base des dispositifs existants et des évidences existantes quant à une approche intégrée des soins. Les réseaux hospitaliers, vu leur taille et les compétences présentes en leur sein, doivent être à même de jouer un rôle clé dans une organisation territoriale des soins. Donc, il faudra, à mon avis, réfléchir, à cette articulation pour l'avenir.

On devra également réfléchir quant à l'accompagnement optimal des personnes âgées dépendantes : dimensions des structures, capacité de cohortage et d'isolement, existence d'un plan d'urgence actualisé au sein des institutions, formalisation de conventions effectives avec les hôpitaux y compris pour les maisons de repos, et articulation avec la première ligne, autant d'éléments qui ont déjà été soulignés.

Sixième aspect concernant la déconnexion du terrain, les interactions avec le terrain ont été vécues par les professionnels comme étant insuffisantes dans le secteur des maisons de repos.

Nous avons relevé un manque de soutien psychologique aux équipes soignantes, mais aussi aux résidents des maisons de repos et à leur famille. Il y a certainement des pistes à développer.

Septième aspect concernant la politique de *testing*, c'est une compétence fédérale, tandis que l'organisation de celle-ci a dû être assumée par les entités fédérées. Il y a eu beaucoup d'initiatives, beaucoup d'incohérence aussi, parfois des aller-retour. Ce n'est pas évident, et cela n'a jamais été très clair, ni pour les soignants, ni pour pour population de savoir comment et dans quelles conditions se faire tester, avec des directives qui ont fort évolué, qui changeaient parfois d'une semaine à l'autre, voire de quelques jours à l'autre. Ce n'est pas facile de suivre. C'est notamment lié au manque de matériel de protection, mais également au manque de réactif qui ont fait que l'on n'a pas pu dès le départ mettre en place des politiques cohérentes.

Par ailleurs, il faut souligner notre totale incompréhension de la décision de la part des autorités fédérales de créer une plateforme de *testing* de toute pièce avec l'industrie pharmaceutique, alors que les capacités des hôpitaux et des laboratoires des hôpitaux n'étaient pas sollicitées. À notre avis, il faut également remettre en question le choix stratégique fait avant la crise de concentrer l'expertise et le *testing* entre les mains d'un ou deux laboratoires universitaires flamands.

Les premiers tests effectués dans les maisons de repos ne sont intervenus qu'à la mi-avril. Les directives changeantes et peu claires des autorités, je l'ai dit, tant fédérales que fédérées, ont généré une politique totalement désordonnée : *testing* massif trop tardif, refus par les experts de tester d'office les résidents hospitalisés au retour dans leur MR ou MRS, *testing* uniquement via cette plateforme fédérale, alors que les laboratoires des hôpitaux offraient une capacité suffisante pour prendre en charge ce *testing* de manière efficace et plus rapide.

Par ailleurs, l'enregistrement des décès liés au covid-19 a pu laisser planer un doute sur la réalité des chiffres. L'absence de tests chez de nombreux résidents décédés est à l'origine de cette incertitude.

Le huitième aspect, c'est le manque de matériel de protection.

La Belgique a connu des pénuries de matériel très importantes, mais c'est aussi le cas de tas d'autres pays développés. Les hôpitaux, les structures de soins, les maisons de repos ont dès lors parfois dû recourir à des solutions de « bricolage » pour s'en sortir, notamment grâce à l'entraide de l'ensemble de la population.

Que dire alors des structures d'hébergement pour personnes âgées, qui ont été particulièrement touchées par cette pénurie ? En cause : la non-disponibilité de stocks stratégiques en début de crise, la non-production de ces équipements à l'intérieur de nos frontières, la longueur du trajet pour les fournitures venant de Chine, la qualité parfois médiocre du matériel fourni par les autorités ou encore la gestion peu professionnelle des marchés publics pour les produits en pénurie.

Le neuvième aspect, c'est la quarantaine.

La Région wallonne a adopté un décret excluant les soignants des exceptions à la quarantaine obligatoire au retour des zones rouges, et ce, en opposition avec les recommandations de Sciensano et donc du RMG. Nous avons, à plusieurs reprises, répété des interpellations à ce sujet auprès des autorités, sans suite. La réglementation n'a pas été adaptée. Aujourd'hui encore, l'inquiétude grandit au sein des institutions de soins de ne pas avoir assez de personnel et d'être dans une situation de pénurie. S'il vous plaît, il faut urgemment modifier ces règles en matière de quarantaine du personnel revenant des zones rouges, en particulier pour le personnel soignant, pour leur permettre, comme cela

a été le cas au début de la crise, de continuer à travailler, moyennant les moyens de protection suffisants. Autrement, si le nombre de patients continue à affluer, comme c'est le cas aujourd'hui, on va avoir, de nouveau, une très grosse crise à ce niveau-là.

J'en arrive à un dernier aspect : la gestion des transports en ambulance.

Cela n'a pas non plus été facile. Il faut quand même savoir que les services d'ambulance ont eux aussi, été confrontés à cette pénurie de matériel au plus fort de la crise. On a eu des difficultés pour organiser les transferts entre institutions de soins, notamment entre les maisons de repos et les hôpitaux et le retour. Il faut toutefois saluer le rôle que les inspecteurs d'hygiène ont pu jouer dans cette régulation, en particulier dans le cadre des transferts interhospitaliers, mais, là aussi, il y a des choses, certainement, qu'il va falloir aborder et revoir sur cette question des transports.

Brièvement, voici quelques conclusions.

La crise a mis en lumière et exacerbé des problèmes structurels préexistants dans le secteur, lequel est particulièrement vulnérable en cas de crise, le nombre de professionnels, notamment, y étant insuffisant. On relève également une inadéquation de leurs expertises par rapport aux besoins ainsi que des conditions de travail parfois difficiles. Je vise ici explicitement les structures pour personnes âgées.

En effet, le personnel des institutions de soins autres que les hôpitaux présentent peu ou pas de compétences relatives à la gestion des infections, à la gestion des risques, à la gestion du personnel dans un tel contexte de crise.

Nous pensons également qu'une formation continue devrait, à cette fin, être mise en place à l'attention du personnel-cadre et viser ces différents aspects – l'éthique, l'hygiène, la collaboration et la communication – et leur permettre de développer des compétences en matière de leadership au sein de leurs structures.

Cette constatation appelle également la nécessité de coordonner et d'articuler ces diverses activités plus largement au niveau des territoires et des réseaux. En effet, les compétences disponibles à ces échelons pourront ainsi être mises à disposition de toutes les structures de soins, au travers d'accords interinstitutionnels ou interprofessionnels.

La mise en place d'un système apprenant est également un objectif essentiel. Même en temps de crise, un partage de bonnes pratiques, la formation des soignants et une résilience du système sont autant d'éléments à développer et à intégrer.

Le développement d'un plan Pandémie est une nécessité et répond à un besoin impérieux et urgent.

Celui-ci devra prendre en compte les différents éléments soulevés dans le présent document.

Tout ceci n'est possible que pour autant qu'un système d'information efficace soit mis en place, également au sein des différents secteurs cités, pour tracer l'évolution de l'épidémie, identifier les besoins en matériel, en ressources humaines, et cetera. Cela passe notamment par le développement plus poussé d'un dossier patient informatisé et du développement et de l'interaction avec le réseau Santé wallon.

Il faudra également veiller à la bonne interaction entre les divers plans susceptibles de cohabiter, tels les plans d'urgence des hôpitaux, les plans internes d'urgence des collectivités résidentielles, les plans d'urgences des provinces, les plans Pandémie régionaux, émanant du Fédéral, et cetera.

La situation vécue par le secteur des aînés durant la crise sanitaire a été terrible. Au-delà des décès, dont le nombre exact reste manifestement sujet à certaines précautions, nos aînés, particulièrement les résidents au sein des structures d'accueil, ont été mis à rude épreuve. Cela appelle à nous questionner sur nos valeurs en tant que société et à analyser, de manière critique, les événements qui se sont déroulés et les raisons qui peuvent les expliquer.

Au-delà de cette crise en particulier, c'est l'organisation de notre système de soins qui est questionnée par cette crise. Les établissements de soins de longue durée sont, par essence, des lieux sensibles à ce type de crise.

L'OCDE pointe d'ailleurs, dans un rapport du mois de juin, que ce secteur nécessite urgemment d'être réinvesti en personnel, en compétences et en moyens.

L'évolution démographique et épidémiologique de nos pays rendra ce secteur de plus en plus sensible aux épidémies comme celle que nous avons vécue.

En tant que fédération, il nous semble aujourd'hui indispensable de réinvestir dans ce secteur, mais également de revoir l'organisation de notre système de soins afin de le rendre plus intégré, plus transversal, plus efficient, et donc plus résilient face à de possibles prochaines crises sanitaires.

*Audition de M. Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons*

**M. le Président.** - La parole est à M. Vaessen.

**M. Vaessen,** Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Mon collaborateur, M. Jean-Marc Rombaud, va s'occuper des *slides* au pupitre. Je pense d'ailleurs qu'il lui revient d'être au pupitre – il va sans doute être très mal à l'aise avec ce que je vais dire –

parce que je voudrais le remercier publiquement pour tout ce qui a été fait au niveau de la Fédération des CPAS et donc des maisons de repos qui dépendent des CPAS.

M. Jean-Marc Rombaud en est l'expert à la fédération, et moi j'en suis le directeur général. Merci, Jean-Marc, au passage.

La Fédération des CPAS est multisectorielle. Les maisons de repos sont l'un des secteurs ô combien importants.

Dans mon exposé – c'est le lot de ceux qui passent en dernier : il y a des choses qui ont déjà été dites –, on sera parfois dans la redondance, mais j'espère que nous vous apporterons un éclairage complémentaire.

Quelques réflexions préalables et une mise en perspective.

Avec le covid – je ne vais pas vous étonner –, le monde a été et est toujours confronté à un choc inédit d'une violence inouïe pour l'époque contemporaine. Pourquoi vous dis-je cela ? De notre perception, cela constitue à tout le moins une circonstance atténuante pour tous les acteurs de la crise, qu'ils soient 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, en février 2018, comme cela a été relevé par Yves Smeets, deux ans avant, l'OMS lançait un message d'alarme dont la fédération a pris connaissance assez récemment. Je vais vous le lire parce que, rétrospectivement, ce signal sonne comme prémonitoire : « 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 ».

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 déclin 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. Le 9 mars, une autre étude est publiée, cette fois de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 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.

Vu ces études, la Fédération des CPAS estime à l'époque qu'il faut immédiatement interpellier les ministres de la Santé. Le 17 mars, à l'instigation de la fédération, 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 et 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'un mètre cinquante ou le port d'un masque sont impraticables.

Dans la crise des maisons de repos, l'erreur originelle, si vous nous passez l'expression, fut de laisser trop longtemps les secteurs avec trop peu de matériel de protection et sans capacité de *testing*.

Marius Gilbert, que je pense tout le monde connaît aujourd'hui, a observé que les décideurs et les experts se sont focalisés sur le milieu hospitalier marqué par la situation italienne. Ils ont voulu éviter la saturation des hôpitaux et l'attention s'est détournée des maisons de repos. Un « compartiment » vulnérable.

Cela recoupe ce que Yves Van Laethem vous a répondu la semaine passée, je pense, en disant « 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, il faut le reconnaître.

Le 27 mars, suite au courrier du 17 que je viens de vous évoquer, un mail de réponse a été reçu du SPF Santé publique. Il est assez illustratif et je vais vous lire un paragraphe.

« Comme vous le savez, il y a une pénurie mondiale des 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, composé de scientifiques, et le Risk Management Group, dit 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, un, 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, cela ne vous aura pas échappé que 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 hospitalisés et le personnel soignant, sont encore soumises au test covid-19. Les personnes souffrant d'infection 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 nécessaires aux soins, sera testé en priorité en cas de troubles respiratoires afin de ramener rapidement en soins en cas de test négatif ».

À ce moment, seule une très petite partie des résidents est éligible pour le *testing* et ne concerne pas le personnel d'hébergement en maisons 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 soignant ». Certains membres du personnel de soins des maisons 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, mais tout cela a déjà été dit.

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 et globalité.

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

On pointera le refus de certains hôpitaux d'accepter des résidents. On dit bien « certains ». Le 19 mars, la société de gérontologie a émis une directive concernant les maisons de repos. Selon celles-ci, les occupants des centres de soins résidentiels très affaiblis et contaminés

par le covid ne devaient pas faire l'objet d'hospitalisation.

Les fédérations des CPAS bruxelloises et wallonnes exprimèrent alors un ferme et définitif désaccord.

La ministre de la Santé régionale, Christie Morreale, signifia également une fière désapprobation.

Ces refus d'hospitalisation ont été juridiquement non acceptables, techniquement excessifs et éthiquement indignes, selon nous.

Le refus de certains patients outrepassait les prérogatives du médecin traitant qui, en principe, doit décider de l'hospitalisation.

En second lieu, en moyenne, il apparaît maintenant qu'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 cinq 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, des soins ont été différés. La santé d'aînés vulnérables a été altérée et des vies, comme vous le savez, perdues.

À une série d'endroits, une discrimination sur base du critère de l'âge a abouti à une forme de non-assistance à personnes en fin de vie. Une telle discrimination a aussi eu lieu dans d'autres pays européens : 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 selon nous beaucoup, beaucoup plus tôt, rétrospectivement, en réaction rapide aux consignes de la société de gériatrie.

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

En outre, il y a eu une forte augmentation de certificats de maladie du personnel en maisons de repos surtout au début de la crise, en raison sans doute de la pénurie de matériel de protection, de la médiatisation du

phénomène, 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. La question de l'absentéisme a d'ailleurs été bien soulevée par Christophe Happe et par Bernard.

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 continuer à voir leurs patients et à ne donner des 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 avaient une activité réduite notamment dans les services à domicile. À 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 ? Cela nous paraît en tout cas être une piste à débattre avec vous.

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

Un point sur le manque de places en MRS et de personnel de réactivation.

Deux caractéristiques normatives du secteur n'ont pas aidé.

Un, l'insuffisance de places de type maisons de repos et de soins.

Deux, un financement limité pour l'accompagnement en personnel de réactivation.

Les résidents les plus dépendants physiquement sont dans les catégories B et C de l'échelle de Katz. Les normes MRS sont plus élevées que celles des maisons de repos. Il y a une reconversion des 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 et qui l'est encore.

Pendant la crise il y a eu des pertes d'appétit, des problèmes d'alimentation. Si besoin en était, le covid 19

a rappelé l'intérêt de l'intervention d'une logopède. L'action d'une diététicienne ou d'un 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 posée.

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 selon nous. Il conviendra de collaborer avec une infirmière hygiéniste externe et avoir au minimum un infirmier référent ou une infirmière référente en hygiène dans la maison, de manière à renforcer la culture.

Quelques problèmes se sont posés. Je vais en citer, au-delà de ce que je viens de dire, six :

- la dépendance sanitaire de l'Europe. La crise a mis dans une lumière crue 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. La Wallonie a relocalisé la production de masques. Il faudra que le mouvement s'inscrive dans la durée. Après des crises, des discours sur l'air de « plus jamais cela » ne sont plus rares. Or, les sociétés oublient. Dans cette optique, la Fédération des CPAS a suggéré qu'un débat sur une prévoyance « épidémies » à l'échelon fédéral soit possible de sorte à pérenniser la capacité à répondre à une épidémie. À moyen terme, un soutien financier au maintien des stocks de chaque maison de repos serait plus que le 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 déplacé vers le Fédéral. Le secteur des maisons de repos n'a été contacté qu'à deux reprises par celui-ci. Un premier contact a eu lieu 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, par exemple, ce ne fut pas le cas. Un second contact a eu lieu lorsque les oxyconcentrateurs risquaient de manquer. Par contre, il n'y a eu aucune concertation avant l'annonce par le CNS de la reprise des visites en maison de repos. M. Frédéricq en a bien parlé. Sauf erreur, ce fut la seule et unique fois que le CNS parla à 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 GEES. C'est aussi fort peu compréhensible ;

- le stock stratégique pour les services de compétence régionale. Il a beaucoup été question du stock stratégique qui n'a pas été reconstitué. Les maisons de repos et la prévention en matière de santé ont été largement transférées aux Régions. Le principe du *as is* a largement guidé le transfert de compétences. Dans ce contexte, la question d'un stock stratégique régional aurait pu être posée. Avant la crise du covid, pendant 10 ans, un tel débat n'a pas eu lieu. Cependant, un tel stock aurait dû être constitué pendant la première vague. Aujourd'hui, il l'est d'ailleurs et c'est fort heureux ;
- un confinement sur base de circulaires. Le 13 mars 2020, le confinement est communiqué par voie de circulaire. À Bruxelles, il faut savoir que c'est un arrêté de police régionale qui l'édicte. Le confinement est une mesure qui restreint drastiquement une liberté fondamentale, qui est la liberté de mouvement. La fonder sur une seule circulaire est juridiquement fragile, selon nous, et n'est pas satisfaisant démocratiquement. Le secteur a demandé une base réglementaire, comme à Bruxelles. Apparemment, cela 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 du gouverneur. Il a alors estimé qu'un tel arrêté n'était pas nécessaire. Le cabinet de Mme la Ministre a même œuvré dans le même sens. Il y aura quand même une décision dans le seul Brabant wallon, à notre connaissance. Heureusement, il n'y a pas eu de contentieux judiciaire sur les visites durant la première vague. Mais s'il y en avait, quelles seraient la décision et la motivation du juge ?

- un déséquilibre entre le risque de gouttelettes et l'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 d'accueillir les résidents. Bon nombre de maisons n'ont pas l'air conditionné et travaillent avec un climatiseur mobile en local collectif. Le pays a connu en aout un épisode caniculaire. Dans ce contexte, les trois Régions ont formulé des consignes spécifiques à la période du covid. L'usage du ventilateur et du 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 termes pratiques et éthiques, une telle orientation était déséquilibrée. À l'avenir, vu le réchauffement climatique et le risque accru d'épidémies, il faudra trouver un autre balance de risque et chercher des solutions techniques plus réalistes ;

- le plan interne d'urgence. C'est une décision pertinente qui, selon nous, manque d'accompagnement, en tout cas pour le moment.

Le Gouvernement wallon a arrêté un plan de suivi et d'actions qui était demandé 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.

Sur le fond, l'exercice est tout à fait pertinent. Sur la forme, il est très long. C'est particulièrement vrai pour les directeurs de maison de repos fatigués, voire épuisés, qui devaient, au mois d'août, avec le concours de l'infirmière ou de l'infirmier en 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 matière de maisons de repos, l'AViQ propose des documents de référence. Les maisons qui souhaitent l'adopter le font et 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 a donc demandé un plan minimum de référence ou au moins un jeu complet de fiches de référence.

La généralisation du médecin coordinateur est une bonne décision, mais qui appelle un temps de réflexion. La ministre a décidé, à juste titre, de généraliser la présence d'un médecin coordinateur et de revoir ses missions. Cette mesure, qui paraît pertinente, doit se faire en se donnant un temps de réflexion.

Concernant les soutiens financiers à poursuivre, le Gouvernement wallon a pris des mesures significatives de soutien aux maisons de repos. Merci. Force est de constater que la sous-occupation persiste et qu'une série de maisons de repos restent déforcées en matière de ressources financières.

En secteur public, la baisse de taux d'occupation était en moyenne de 4,5 % au 1er septembre. Cela implique que seuls neuf 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 telles que le maintien de l'emploi et l'absence de distribution de dividendes.

Avant de conclure, j'aimerais adresser quelques mots de reconnaissance et avoir une pensée émue pour celles et ceux qui sont parties sans comprendre ce qui se passait et sans un au revoir – ici, beaucoup ont vécu cela dans leur entourage proche –, 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.

La Fédération des CPAS estime qu'un dialogue de qualité a existé depuis des mois avec les techniciens du cabinet de la ministre de la Santé, je vais citer des noms, c'est important de le faire : Yolande Husden, Pierre-Yves Lambotte, Jessica Marchal ; ainsi que la directrice des aînés de l'AViQ, Catherine Dechèvre, et toute la hiérarchie : Brigitte Bouton et Alice Baudine.

À plusieurs reprises, la Wallonie a pris des décisions qui nous paraissent 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 Morreale propose alors une approche équilibrée rapidement et 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. Mme 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.

J'en viens à quelques conclusions provisoires.

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 de repos. 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 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, si vous nous passez l'expression. Ce n'est pas sa vocation et elle n'a ni les moyens humains ni les moyens matériels. Elle doit rester un lieu de vie avec des soins.

Soixante-trois pour cent – on le disait – des personnes décédées sont des résidents de maison 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, encore à ce stade-ci, multiples. Y aura-t-il une deuxième, voire une troisième ? 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 est – on l'a entendu à de nombreuses reprises ici ce matin – fatigué. Tout cela incite évidemment à la vigilance : l'heure n'est pas à baisser la garde.

Pour l'économiste Mathias Dewatripont, « le meilleur plan de relance, c'est de diminuer la circulation du virus le plus possible ». 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 néfastes.

On vous a mis sur les transparents une dernière phrase de Hans Kluge, je ne vais pas vous le dire en anglais pour ne pas vexer la langue de Shakespeare. Je terminerai juste en disant que, dans les semaines et mois à venir, nous avons le devoir de précaution et de nous préparer au pire, mais il faut également garder espoir pour continuer à exister – c'est un équilibre qui est délicat –, nous, nos proches, les autres, en particulier tous les aînés qui vivent en maison de repos.

Merci de votre attention. Nous sommes évidemment à votre disposition pour répondre à vos questions, qu'elles soient générales ou plus techniques.

#### *Échange de vues*

**M. le Président.** - La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa** (cdH). - Il est difficile, je trouve, d'intervenir après vos interventions, parce que vous vous êtes exprimés, mais pas du tout sur le ton du réquisitoire ; au contraire, j'ai trouvé que vous vous exprimiez tous avec une certaine retenue, avec modération. Vous nous avez toutefois permis d'approcher jusqu'au plus près la réalité de ce que vos secteurs ont vécu. J'ai envie de vous remercier pour ce constat que vous avez exprimé. J'avais la conviction, depuis le début de nos travaux, que c'est en se rapprochant du terrain que l'on pourrait ressentir au mieux la réalité vécue par les acteurs de terrain, par les résidents, par les familles. Je pense que vos interventions le confirment. Je pense que la matinée aura été particulièrement riche pour les travaux de la commission.

Je veux d'abord vous remercier, parce que, finalement, c'est vrai que l'on peut espérer le meilleur et que l'on doit se préparer au pire, mais vous nous avez décrit le pire, en termes nuancés, en termes modérés. En vous entendant, en vous écoutant ce matin, je pense que l'on a pu retrouver les témoignages qui nous sont parvenus par ailleurs, de manière plus personnelle, plus privée, si j'ose dire. Je pense que c'est le pire que nous pouvons entendre en vous écoutant. Je veux donc d'abord vous remercier par rapport à ces témoignages qui, je pense, seront particulièrement riches pour les travaux de la commission.

Je ne dirais pas qu'elle pourrait s'arrêter ici, mais presque. Vous avez fait en tout cas un tour très complet de la situation vécue dans les maisons de repos et de soins. Je veux ici vraiment saluer vos interventions.

J'ai presque envie de dire qu'il n'y a pas grand-chose à ajouter, mais c'est précieux de compter également sur votre présence et votre expertise.

Je me permettrai de revenir sur quelques-uns des éléments que vous avez mis en valeur. Je redis qu'à peu près chacune des phrases qui ont été prononcées mérite d'être consignée dans le rapport de cette commission.

Quelques éléments de questionnement ou de réflexion pour poursuivre l'échange que vous nous avez permis d'initier. Vous avez insisté à plus d'une reprise sur la place de l'humain dans les réalités vécues et je voudrais vous permettre d'en dire davantage sur la place du résident dans les processus de décision qui ont été pris. Vous avez confirmé que de nombreux résidents ont été victimes de ce syndrome du glissement, que leur sort leur a un peu échappé, victimes qu'ils étaient d'une situation qui échappait à tout le monde, puis de décisions prises de manière parfois unilatérale et peut-être insuffisamment concertée.

Je voudrais vous demander comment on pourrait essayer collectivement d'accorder davantage de place à la parole des résidents dans le fonctionnement des maisons de repos et de soin, à la fois en régime normal

et en situation de crise, comme on vient de le vivre. Cette parole a-t-elle été suffisamment entendue à votre estime ? N'y a-t-il pas des dispositifs qui devraient être réfléchis pour que, au cœur même de la gestion des établissements, les résidents soient également considérés comme partie prenante de la situation ? N'ont-ils pas été dépossédés de leurs destins ?

J'aurais aussi voulu vous interroger sur le sentiment d'isolement que vous avez exprimé dans le chef de nombreux gestionnaires de maisons de repos et de soins qui ont été livrés à eux-mêmes, malgré l'appui que les fédérations ont peu leur apporter. À certains moments, vu le manque de moyens matériels et humains, une aide externe n'aurait-elle pas pu s'envisager de manière plus efficace ?

Vous avez évoqué notamment la frustration à l'égard de la Protection civile. C'est vrai qu'elle fut l'un des grands absents de cette crise. On sait que l'armée s'est déclarée disponible, mais que dans les faits cela n'a produit vraiment d'action concrète sur le terrain. Il y a donc eu un peu le sentiment que les maisons de repos étaient cloîtrées, recroquevillées, confinées, enfermées dans leurs tours d'ivoire. N'y a-t-il pas une réflexion à avoir sur une forme d'*outsourcing* par rapport à certaines missions, certains renforts, certaines aides qui pourraient venir de l'extérieur ?

M. Happe a souligné – un autre thème que je voudrais évoquer – à quel point les plans d'urgence se sont accumulés les uns après les autres de manière très sectorielle, mais qu'il n'y a pas eu de plan d'urgence à l'échelle territoriale. Je pense que c'est un constat très juste et très fondamental par rapport à la crise que l'on a vécue. Manifestement, la coordination entre tous les acteurs concernés, au-delà du secteur des maisons de repos, a fait défaut. Auriez-vous des propositions à faire pour que l'on puisse construire cette coordination à l'échelle territoriale ? C'est un des défis qu'il faudra relever dans les mois et les années qui viennent pour vraiment améliorer cette prise en charge globale.

Pour l'avoir vécu, je trouve que la coordination entre les bourgmestres et les gouverneurs dans le cas de la gestion de crise fédérale, a été efficace à bien des égards. Elle a été associée trop tardivement, pour moi, à la problématique des maisons de repos et de soins, qui ne sont arrivées dans ces réflexions-là que très tardivement et bien après l'évocation de la situation en milieu hospitalier. Pendant des semaines, ces réunions ont été centrées vraiment sur le risque de saturation des institutions hospitalières et ce n'est que beaucoup plus tard, dans le courant du mois d'avril, que la question des maisons de repos et de soins a été intégrée dans cette ligne de commandement, dans ce champ de réflexion.

Comment peut-on à l'avenir envisager cette coordination plus transversale à l'échelle d'un territoire plutôt qu'à l'échelle d'un secteur ?

M. Frédéricq a évoqué la difficulté de trancher sur la question des visites dans les maisons de repos et de soins. Des thèses s'affrontent, des écoles très différentes et, d'une certaine manière, il est difficile de trancher.

Vous avez dit : « Laissons un peu d'autonomie aux acteurs pour qu'ils puissent au cas par cas évaluer ce qui est la meilleure configuration ». Faut-il autoriser les visites ? Faut-il les interdire ? De quelle manière ?

Au départ de cette réflexion, je voulais vous demander si vous n'aviez pas l'impression que les directives, les recommandations, les circulaires qui ont été données n'ont pas pêché à certains moments par une trop grande linéarité. On a imposé de manière un peu uniforme des modes de fonctionnement et par rapport à cette question des visites comme par rapport à beaucoup d'autres questions, n'y aurait-il pas fallu laisser davantage de flexibilité ou d'autonomie dans le chef notamment des gestionnaires, des directeurs de maisons de repos ?

Entre l'uniformité d'une norme imposée et les réalités de terrain qui sont très différentes d'une maison à l'autre, ne faut-il pas envisager davantage d'autonomie dans un esprit de responsabilisation et de confiance à l'égard des acteurs de terrain ?

Autre réflexion, vous avez souligné les nombreuses collaborations avec l'AViQ et on a le sentiment que chacun à son niveau a fait de son mieux comme il le pouvait et c'est un constat partagé.

Dans cette commission, je veux redire que nous ne sommes pas dans la recherche de boucs émissaires, cela ne serait pas à la hauteur de la tâche collective qui est la nôtre.

Je voulais néanmoins vous demander si dans cette relation, notamment avec l'AViQ, avec les instances de tutelle, pour employer un terme plus général, la relation intègre-t-elle suffisamment la notion de dévaluation ?

Une place suffisante est-elle laissée dans le partage d'expérience, à une vraie concertation, une évaluation de ce qui est vécu, à une évaluation des normes qui sont édictées ?

Cette culture de l'évaluation vous paraît-elle suffisamment présente, notamment dans les relations qu'en tant que fédération ou en tant que gestionnaire de maison de repos vous pouvez avoir avec les autorités de tutelle ?

L'échange est-il bien mutuel et à double sens ? N'y a-t-il pas une réflexion à avoir là aussi sur ce dispositif d'évaluation collective à mettre en place ?

Je voudrais aussi revenir sur la question de l'information et surtout de l'échange d'informations puisque l'on sait bien que dans une gestion de crise c'est essentiel et qu'il est important d'avoir une

communication transparente, une information – même si l'on a découvert beaucoup d'éléments en cours de séquence et qu'il y avait des facteurs d'incertitude liés à une forme de méconnaissance par rapport aux réalités – mais il n'empêche que la communication et l'échange d'informations sont très importants que ce soit à l'égard des résidents ou des acteurs institutionnels.

J'ai vu, sauf erreur, dans les *slides* préparés par M. Happe qu'il était fait allusion à une absence de réponse, avec trois points d'exclamation derrière. Je pense que vous n'en avez pas parlé dans votre exposé oral. Donc, j'aurais voulu vous demander à quoi vous faisiez allusion lorsque vous évoquiez cette absence de réponse.

Cela correspond aussi à un ressenti qui nous a été communiqué, en particulier au plus fort de la crise, un certain nombre d'intervenants ont eu l'impression de crier dans le désert, de donner des coups de téléphone, envoyer des mails, de s'exprimer dans la presse éventuellement. La détresse qui a été ressentie par les acteurs de terrain a été renforcée par cette absence de réaction et ce sentiment d'abandon que beaucoup ont ressenti.

Si vous m'y autorisez, j'aurais voulu revenir sur cette difficulté. Vous avez beaucoup parlé des questions financières et c'est bien légitime. J'ai noté notamment que les mécanismes de soutien, s'ils ont été appréciables, ont néanmoins atteint leurs limites, notamment des limites temporelles vu l'échéance du 30 juin. Il y aura là une réflexion très importante à avoir avec la ministre et avec l'ensemble du Gouvernement wallon.

À ce stade-ci, avez-vous une vision consolidée des surcoûts que le secteur doit assumer ? On mesure bien que la constitution du stock, la commande de matériel, et cetera, génère des surcoûts importants. Globalement, avez-vous des indicateurs ou des chiffres qui permettraient un peu de mesurer l'ampleur de ces surcoûts ?

Vous avez aussi souligné le besoin de renforcer la formation du personnel et de l'ensemble des acteurs. C'est vrai que ces acteurs ont été confrontés à des situations complètement inédites, d'où la nécessité d'upgrader les formations existantes et le niveau de qualification du personnel. Vous avez suggéré quelques pistes. C'est un chantier très important ; il faudra veiller à prendre en compte ce besoin d'un renforcement de la formation et des compétences. Ce n'est pas une critique par rapport au personnel en place, mais c'est un besoin collectif qui s'impose.

En termes de communication, quelqu'un a dit qu'il fallait confiner, mais que l'on ne pourrait plus le faire. Cela rejoint un témoignage qui m'est parvenu d'un directeur de maison de repos qui me disait : «Si l'on devait à nouveau confiner, je me fais tuer par les

familles». C'est vrai que la souffrance des familles à l'égard du confinement et l'impossibilité de rendre visite à leurs résidents ont été incommensurables. Un scénario de fermeture, de confinement n'est plus envisageable. Ce témoignage illustre aussi la difficulté de la communication avec les familles. Cela a été aussi une cause de souffrance.

Pour essayer d'appréhender ce problème-là de manière positive, je voulais vous demander si l'on ne pouvait pas établir un relevé de bonnes pratiques, parce que chacun a pu gérer la situation comme il l'a pu en fonction de sa sensibilité, de ses capacités, et cetera. On a aussi le témoignage de modes de communication qui ont été mis en place et qui ont fait du bien, qui ont permis aux familles de retrouver une place ou un lien avec leurs résidents ou avec l'institution.

Parfois même, ces modes de communication ont été partagés avec l'environnement immédiat des maisons de repos. On a tous vu des manifestations de soutien sous diverses formes, parfois venant de simples citoyens, parfois d'associations ou de communes qui, d'une manière ou d'une autre, essayaient d'exprimer une forme de solidarité symbolique ou très concrète, très matérielle à l'égard des maisons de repos. Par rapport à cette communication, les difficultés ont été énormes, mais y a-t-il des enseignements à en tirer et éventuellement des bonnes pratiques à privilégier ?

Je souligne également, ce sont moins des questions que des convergences de vue, toute la priorité qui a été donnée aux urgences sanitaires, aux mesures à caractère hygiénique. Tout cela sans doute un peu au détriment des considérations psychosociales. Vous l'avez évoqué, la place de l'humain est importante et c'est vrai que de la même façon qu'il y a eu une vision très hospitalo-centrée, il y a eu aussi une vision très hygiénique et très sanitaire de la réalité dans les maisons de repos en particulier et en a résulté ce phénomène de glissement et des décès dans des conditions douloureuses. Tous les membres de cette commission, j'en suis sûr, s'associent aux pensées, aux hommages que vous avez exprimés.

Au départ de ce constat-là, de cette difficulté d'intégrer toute la dimension psychosociale dans la gestion d'une crise sanitaire, avez-vous des propositions ou des suggestions à formuler ?

De la même façon, j'aurais voulu aller un peu plus loin dans un tout autre registre : la complexité institutionnelle que vous avez tous pointée et qui est un constat qui relève de l'évidence.

Le transfert des compétences vers les Régions en matière de maisons de repos et de soin est assez récent. Dans l'évaluation que l'on doit faire de ce transfert de compétences, quelles adaptations et quels ajustements pourrait-on imaginer afin de corriger ce qui ne fonctionne pas bien, le cas échéant ?

Y a-t-il un bilan qui pourrait être dressé au départ de ce constat d'une complexité institutionnelle ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Qu'est-ce qui fonctionne moins bien ? Y a-t-il des suggestions, des points d'attention que vous voudriez partager avec nous sur la robustesse financière du secteur ? J'ai déjà eu l'occasion de vous demander si vous aviez des chiffres.

Au-delà des surcoûts, ce serait intéressant d'avoir des indications sur les risques avérés de fermeture pure et simple d'établissements. Sur les court, moyen et long termes, avez-vous des indications qui permettraient d'étayer un peu l'inquiétude que l'on a ressentie dans votre chef par rapport aux effets économiques et financiers de cette crise qui ne peuvent pas être négligés, même si les réalités humaines sont les plus prévalentes ?

Les difficultés sont nombreuses. Vous nous les avez exposées de manière très explicite et modérée à la fois.

Je veux vous réitérer mes remerciements par rapport à tous ces témoignages.

**M. le Président.** - La parole et à Mme Bernard.

**Mme Bernard** (PTB). - Merci, Messieurs, pour les exposés que vous nous avez présentés ce matin. Avec les responsabilités qui sont les vôtres, il est à souligner que vous avez été au cœur d'une crise qui a impacté beaucoup de concitoyens, beaucoup de familles. Je pense que c'est vraiment important de vous entendre et d'essayer de bien tirer les leçons de ce que vous nous avez dit ce matin. Je veux d'abord remercier tout le personnel de vos institutions qui s'est donné corps et âme, au point parfois de mettre en danger sa propre santé.

J'ai encore quelques questions d'éclaircissement.

Par rapport au plan préexistant, vous avez tous parlé de manque d'anticipation, de manque de préparation. L'un de vous a cité un plan de 2009 et a fait référence à M. Delepeleire. Faites-vous allusion, en parlant de ce plan de 2009, au plan présenté par M. Delepeleire qui y ressemble, d'après ce que j'ai entendu ? Ou s'agit-il de deux choses différentes ? Comment expliquez-vous que ces documents ne sont pas à disposition d'un secteur aussi important que le vôtre ? C'est une première réflexion.

Concernant la question des relations entre les secteurs des maisons de repos et autres institutions d'hébergement et les autorités, vous avez dit qu'il y avait eu une concertation avec le niveau fédéral : vous avez été entendu deux fois. Mais nous avons entendu ici Mme Vlieghe, qui disait qu'il y avait eu une proposition de concertation interfédérale sur les maisons de repos qui avait été proposée lors d'une réunion du RMG et que, apparemment, ce serait les Régions qui auraient décliné la proposition. Confirmez-vous cela ? Étiez-vous au courant et comment l'expliquez-vous ?

D'une façon plus générale, on a parlé de la ligne de commandement qui partait du Fédéral et qui passait par les gouverneurs et les bourgmestres pour les situations spécifiquement locales. Il y a eu aussi une ligne de commandement qui partait du Fédéral vers les compétences de santé des Régions.

De quelle façon avez-vous pu recevoir les impulsions de ces deux différentes lignes de commandement ? Comment pouviez-vous gérer les deux flux, si l'on peut parler de cela comme cela ? Quelles étaient les répercussions pour les décisions alors que vous deviez prendre sur le terrain ?

À propos du *testing*, il y a eu au niveau fédéral un manque de matériel et un manque de moyens. Ils ont décidé de plus ou moins rationaliser le *testing* en donnant des orientations. Du côté néerlandophone, ils ont commencé à tester en même temps les résidents et le personnel. Du côté francophone, on a plutôt testé d'abord le personnel et puis les résidents. Chaque région est autonome dans ces décisions, mais quelle était selon vous la façon la plus adéquate de procéder ?

Il y a aussi des interrogations que l'on doit poser par rapport aux choix qui ont été faits par les autorités régionales et leurs répercussions sur le travail au quotidien et les problèmes qui se sont posés dans les maisons de repos.

Vous avez tous parlé du manque de personnel, on est bien d'accord. Il y a eu les problèmes d'absentéisme, et il y a eu de la part de la Région l'initiative de plateforme solidaire wallonne. Quelle évaluation pouvez-vous en faire ? Cela vous a-t-il été utile ? Cela a-t-il comblé les besoins en termes personnels pendant la crise ? Pour l'avenir, il y a évidemment l'idée de transformer plus de lits MR en lits MRS pour avoir des normes d'encadrement plus favorables au niveau du nombre de personnels subventionnés, mais ne pourrait-on pas aussi demander une revalorisation des normes d'encadrement partout, que ce soit dans les maisons de repos, mais aussi dans les maisons pour handicapés, les hôpitaux psychiatriques, et caetera ?

Là évidemment, on tombe sur la question du financement. Vous avez tous dit : « On a eu des aides supplémentaires, elles se sont arrêtées au 30 juin, et donc il faut trouver une façon de les poursuivre ». Je voulais avoir votre avis sur un refinancement plus structurel du secteur. Des avancées ont déjà été prises par le Gouvernement. Le Gouvernement a dégagé, si je ne me trompe, 260 millions d'euros. En tant que maisons de repos, allez-vous être les bénéficiaires de ce nouveau plan ? Dans quelles proportions ? Cela suffira-t-il ?

J'ai des questions un peu plus précises par rapport à l'initiative de la Région d'embaucher du personnel pour répondre aux besoins psychologiques du personnel soignant. Quand et comment avez-vous été informés des

cette initiative ? Cela répond-il à vos besoins, cela a-t-il été efficace ou faut-il encore renforcer ce dispositif ?

Il y a le plan Rebond de la Région en vertu duquel il faut disposer d'un stock de matériel de protection pour trois mois. Disposez-vous maintenant de ce stock de matériel ? Devez-vous le financer ou y a-t-il un financement de la Région ou d'une autre autorité ?

Des équipes mobiles en soutien ont été embauchées par la Région. Avez-vous eu déjà l'occasion d'y faire appel ? Ces équipes sont-elles efficaces ? Sont-elles suffisamment nombreuses ?

Il y a la question du médecin coordinateur. Je pense que c'est M. Vaessen qui a dit qu'il faut une réflexion encore là-dessus.

Que voulez-vous dire exactement ? Parce que moi, spontanément, je trouve que cela est une bonne chose qu'il y ait un médecin coordinateur qui soit sur place pour prendre des décisions. Qu'avez-vous voulu dire en disant qu'il faut y réfléchir ?

Je pense que je vais en rester là pour le moment. J'aurai peut-être l'occasion de revenir plus tard pour compléter.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Roberty.

**Mme Roberty (PS).** - Messieurs, chers collègues, je voudrais tout d'abord remercier l'ensemble des intervenants pour le temps qu'ils nous accordent aujourd'hui et pour la qualité de leur intervention, pour leurs prises de position et surtout aussi pour la place qu'ils donnent à la personne âgée au cœur de notre société.

Vous le savez, ici, il s'agit de mettre les choses en perspective. Tout est une question de temporalité. Nous sommes ici, rappelons-le, pour analyser la situation et la gestion des événements au moment de la crise et non au vu des éléments que nous connaissons tous aujourd'hui.

Ainsi, le travail que nous menons depuis déjà quelques semaines pourra nous permettre de mettre en avant certaines recommandations pour le futur. Pour le groupe socialiste, les échanges d'aujourd'hui nous seront très utiles.

Ainsi, j'ai quelques questions à vous adresser, pour ma part, au sujet des masques, des contacts AViQ, du transfert des résidents et puis sur le *testing*.

Quant à mon collègue, M. Sahli, il s'exprimera, lui, sur les matières liées à la formation, aux visites et au plan Rebond.

Mes premières questions porteront d'abord sur le sujet des masques, du matériel.

Mme Baudine l'a rappelé, la semaine dernière ici, le matériel de protection a vite fait défaut, et ce, au niveau mondial, vu non seulement l'explosion des demandes, le contexte de marchés globalisés, mais aussi la fermeture de nos frontières. En fait, c'est simple, on a tous, partout dans le monde, cherché des masques au même moment.

M. Frédéricq, Secrétaire général de Femarbel, a aussi déclaré dans la presse que plusieurs commandes effectuées par les maisons de repos ont été bloquées à l'étranger. Ceci démontre à nouveau que les difficultés rencontrées par nos autorités pour se fournir étaient les mêmes que celles rencontrées par d'autres autorités face aux réflexes de ce pays, dans un contexte de pénurie mondiale de matériel et vu l'explosion des demandes.

Voici mes premières questions sur ces thématiques.

Pouvez-vous nous dire, de manière générale, comment les stocks de matériel étaient constitués dans les maisons de repos afin de prévenir des situations sanitaires moins graves, plus communes, au sein de vos structures d'hébergement, notamment en cas de grippe, par exemple, et ceci de manière générale ?

Toutes les structures que vous représentez disposaient-elles de réserve de matériel ? Si oui, pouvez-vous me dire quelles étaient, à ce moment-là, les règles que vous appliquiez en la matière ?

Plusieurs retours de terrain nous indiquent que, lorsque les responsables de maisons de repos envoyaient un mail à l'adresse renvoyant vers les services fédéraux, les réponses tardaient. Pouvez-vous nous faire part de votre vécu face à ces demandes ?

Le deuxième sujet que je souhaite aborder avec vous concerne les contacts des maisons de repos avec l'AViQ.

L'AViQ a reconnu qu'une amélioration dans la transmission des informations ainsi qu'une communication plus simple vers les secteurs pouvaient être mises en place et que, justement, une réflexion était en cours au sein de leurs services.

J'ai trois questions.

À votre niveau, comment évaluez-vous les canaux de transmission de l'information des circulaires entre l'AViQ et vos institutions ?

En comparaison, comment évaluez-vous, le cas échéant, l'échange des informations et les canaux utilisés avec les autorités fédérales, par exemple, concernant le matériel de protection et la pénurie de celui-ci, pour lesquels une adresse mail - je viens de le dire - avait été mise à disposition ?

Ma troisième question sur le sujet : quelles seraient vos recommandations afin d'améliorer le partage d'informations entre les institutions et l'AViQ ?

Là, on est vraiment dans de la communication.

La troisième thématique que je vais aborder avec vous, ce sont les questions qui concernent le transfert des résidents. Les consignes adressées par les deux cercles scientifiques, à savoir :

la Société Belge de Soins Intensifs et la Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie qui sont au cœur d'une vérifiable problématique dans le suivi des soins des résidents.

On a évoqué ces deux circulaires depuis le début de notre Commission spéciale covid. Or, vous l'avez dit à l'instant, M. Frédéricq, il n'y a eu aucune volonté expresse d'empêcher des hospitalisations.

Vous nous avez dit aussi ne pas avoir reçu les directives tant décriées ces dernières semaines. Plusieurs témoignages montrent également que les transferts ont pu avoir lieu.

Les experts reçus il y a deux semaines expliquaient, quant à eux, que ces consignes ont été prises au cas où une situation « à l'italienne » devait se produire, ce qui n'a pas eu lieu.

Voici dès lors trois questions :

Au niveau de vos structures, avez-vous pu identifier des arrondissements, on parle là de géographie, dans lesquels un refus de transferts vers un hôpital a pu être organisé.

L'AViQ a également rappelé que des réflexions sont en cours aujourd'hui sur la mise en place des collaborations entre les hôpitaux et les maisons de repos, notamment autour des notions de « comment un hôpital reçoit un patient qui vient d'une maison de repos et « comment un hôpital revoit le patient vers sa maison de repos ».

Comment, de votre côté, puisque vous êtes au cœur de la problématique et que vous êtes sur le terrain, envisagez-vous ces futurs types de collaboration ?

Ensuite, pour terminer, l'avant-dernière thématique que je souhaite aborder avec vous concerne le *testing*. Il faut savoir que la mise en place du *testing* a été réclamée dès le mois de mars par la ministre en charge, comme elle nous l'a d'ailleurs rappelé ici même le 11 septembre quand nous l'avons auditionnée.

Malheureusement, rappelons-le, le manque de réactifs et de matériel ont retardé l'implémentation de ce *testing* massif.

Au cœur de la crise, comment avez-vous interpellé les autorités fédérales, notamment M. le Ministre De Backer en charge de la *task force* « *testing* » ? L'avez-vous contacté afin que des critères de *testing*

puissent être revus pour assurer un *testing* massif dans vos structures le plus rapidement possible ?

Je suis désolé, mais on est toujours obligés de mettre les choses en perspectives, c'est aujourd'hui et maintenant et c'était au cœur de la crise.

Aujourd'hui, les experts ne recommandent pas un *testing* massif et préventif dans les structures d'hébergement, car on sait qu'un test effectué aujourd'hui ne sera déjà plus valable demain ou après-demain.

Vous parliez du *testing* du personnel. Je pense que c'est M. Frédéricq qui l'a abordé. Le *testing* en zone rouge est prévu et le critère est bien, soit deux cas dans la maison de repos, soit 50 cas pour 100 000 habitants dans la commune.

Monsieur Frédéric, vous avez aussi évoqué la vaccination contre la grippe. On en a justement parlé au sein de notre Parlement cette semaine. Oui, la ministre en charge insiste avec force sur l'importance de la vaccination contre la grippe.

Le Gouvernement et l'AViQ ont d'ailleurs prévu des campagnes de communication à l'égard de l'ensemble de la population, mais aussi, et c'est finalisé, à l'égard des publics cibles qui doivent être particulièrement attentifs à cette vaccination.

La population la plus fragilisée doit être protégée, et ce, dès à présent avec les moyens médicaux actuellement en notre possession.

Les recommandations du Conseil supérieur de la santé vont d'ailleurs dans ce sens. Afin d'opérationnaliser la vaccination malgré les difficultés et vous les avez évoquées ici ce matin, nous avons passé un amendement mardi afin d'intervenir dans les frais *testing* à charge du patient après l'intervention INAMI.

Monsieur Vaessen, vous avez évoqué plusieurs pistes d'amélioration et notamment la transformation de lits MR vers de lits MRS. Or, en début de législature, le Gouvernement wallon dans ses toutes premières décisions a notamment opéré déjà un transfert. Si j'entends bien, c'est aussi une recommandation que vous nous formulez aujourd'hui que d'augmenter ce pourcentage de lits MR vers des lits MRS. Dès lors, je suppose que vous allez – parce que Mme Bernard vous a aussi posé la question – reparler de ce chapitre de votre intervention.

Enfin, pour en terminer, je vous ai remercié, mais je voudrais vraiment dire que pour le groupe socialiste, je souhaite vous remercier chacun pour la présentation, les constats que vous nous avez rapportés du terrain.

Je souhaite aussi, pour le groupe, saluer vos analyses, votre vision des choses, une vision ouverte et positive, et pour vos pistes d'amélioration. Tout cela

nous permettra, j'en suis certaine, d'éclairer nos débats, de mettre les choses en perspective et, bien entendu, de faire évoluer notre travail parlementaire.

Je vous remercie.

**M. le Président.** - La parole est à M. Desquesnes.

**M. Desquesnes** (cdH). - À mon tour, je voudrais remercier les différents orateurs pour leur intervention. J'ai moi-même plusieurs proches qui travaillent dans des maisons de repos et je sais que, s'il y a bien un secteur qui a été touché par la crise, et peut-être plus durement et plus durablement que d'autres, c'est le vôtre. Les hôpitaux ont des outils et des moyens, ils peuvent être confrontés ou réagir à ce genre de crise sanitaire. Les maisons de repos n'étaient pas préparées et elles n'avaient pas l'organisation pour faire face à une telle pandémie.

De ce que j'ai entendu des uns et des autres, un élément ressort fortement : c'est la désarticulation dans la filière des soins entre le niveau hospitalier et le niveau des maisons de repos. J'ai entendu M. Happe parler d'informations incohérentes. Pouvez-vous préciser lesquelles ?

M. Frédéricq a rappelé ce que d'autres avaient dit ici, notamment M. Van Laethem...

*(Réactions dans l'assemblée)*

**M. le Président.** - Vous pouvez reprendre, Monsieur Desquesnes.

L'architecture de notre Parlement peut parfois poser quelques pièges.

Tout va bien, Madame Durenne ?

*(Réaction de Mme Durenne)*

Nous allons demander à M. Desquesnes de reprendre son intervention.

**M. Desquesnes** (cdH). - Je voulais mettre en exergue un fil conducteur de ce qui avait été vos interventions et notamment ce fil coupé entre le niveau hospitalier et le niveau des maisons de repos. Cela a été dit par M. Happe et cela a été rappelé par M. Frédéricq, en utilisant la même expression que M. Van Laethem, à savoir une gestion de la crise « hospitalo-centrée ». Il y a également l'impossibilité de parler de tutelle sans évoquer la Région et le Fédéral, notamment les questions de qui avait la compétence.

On voit que les choses étaient peu claires. Vos gestionnaires de maison de repos et vous-mêmes avez été confrontés à cette situation.

M. Smeets, pour Santhea, a été dans le même esprit. J'ai noté : défaut de coordination, manque de ligne claire, voire, dans un certain nombre de cas, une course

à la communication. Pourriez-vous illustrer votre propos ? Vous avez parlé d'un manque de commandement unifié et coordonné.

Monsieur Vaessen, vous avez été dans la même ligne, et vous avez même été plus fort et plus dur dans certaines conclusions, parlant de « non-assistance à personne en fin de vie » et d'un recadrage tardif du Fédéral. On est toujours dans la version « hospitalocentrée », un peu comme si la question des maisons de repos était arrivée – et certains l'ont dit – dans la circulaire comme la dernière des priorités, les derniers des patients ou les dernières des personnes à s'occuper en termes de priorité.

Pour moi, ce sont des éléments qui ressortent fortement.

Avez-vous reçu des plaintes ou des doléances de vos membres ou des résidents qui sont dans les institutions de vos membres ? Vous êtes-vous dit : « Là, il y a un vrai problème. On va interpeller clairement l'AViQ ou le SPF Santé » ? Y a-t-il eu ce genre de démarche de votre part ? J'aimerais le savoir. Quelle réponse vous a-t-on fournie quand vous avez pu interpeller de façon forte les autorités et les tutelles par rapport à la situation ou à certaines dérives qui étaient constatées.

On en est tous conscients, la covid est un ennemi invisible qui, quand on a fermé les portes des maisons de repos et des maisons de repos et soin et des autres infrastructures résidentielles en Wallonie, aussi pour les personnes handicapées, et cetera, était déjà rentré dans la place dans beaucoup d'endroits. Une maison de repos sur deux, je crois, en Wallonie, ont été touchées par cet ennemi non seulement invisible, mais aussi masqué, inconnu. On n'en connaissait pas vraiment, et c'est toujours compliqué quand on porte un regard sur ce qui s'est passé d'avoir une analyse qui reprenne la situation et le niveau de connaissance où l'on était à l'époque.

Toutefois, il y a quand même quelques éléments qui sont ressortis de ce que l'on a déjà entendu des précédents : la distinction entre maisons de repos et maisons de repos et soin, notamment sur le manque de moyen au sein des maisons de repos tout court notamment lié à l'absence de médecin coordinateur, l'absence de référent en matière de soins palliatifs. Vos fédérations ont-elles aujourd'hui une réflexion sur ces éléments et souhaitent-elles y travailler ?

Je voudrais également vous poser la question sur celle de la résilience des maisons de repos et de leur modèle actuel. Certains l'ont décrit, le public est, pour une large partie, composé de gens dans un certain nombre de cas désorientés qui ont besoin d'un accompagnement permanent, dont le degré d'autonomie est nul. Mais il y a quand même une partie du public qui est davantage en semi-autonomie. Le modèle des maisons de repos est-il sur l'avenir un modèle qui offre toutes les garanties de réponses aux besoins et aux

attentes ? Je sais que c'est une question compliquée pour vous, gestionnaires de maisons de repos. N'y a-t-il pas des pistes, des aménagements, des modifications que ce soit dans la structuration des lieux, dans la taille des structures ? Ces dernières années, on a eu un développement d'unités plus grandes, parce qu'il faut assurer une certaine rentabilité à un moment donné et c'est normal. C'est un impératif pour un gestionnaire de maison de repos. N'y a-t-il pas des leçons que vous en tirez dès à présent sur l'évolution future du secteur ? Il y a eu des plans d'agrandissement de maisons de repos. Doit-on continuer à répondre vers ce genre de projets ou y a-t-il, avec la phase que l'on a connue ici, un moment de réflexion qui est nécessaire ?

Je le passais aussi dans la perspective de deux éléments importants. D'autres collègues l'ont déjà évoqué, mais il y a la décision importante et que nous saluons comme groupe d'opposition par rapport à une décision du Gouvernement d'entendre et de répondre en refinançant le secteur non marchand wallon. Le secteur non marchand est bien sûr plus que les maisons de repos. Mais c'est quand même fortement les maisons de repos, les services d'aide à domicile et d'autres services de même nature. Une somme de 100 millions d'euros annoncée pour 2021, et l'on était à 260 millions d'euros à la fin de la législature. Dans le cadre de cette masse budgétaire, quels sont pour vous, et tenant compte de ce qui s'est passé, les options ou les lignes que vous défendez ?

Complémentairement, la Wallonie s'est lancée dans un projet Get up Wallonia, en tout cas, le Gouvernement s'y implique. Je voudrais savoir comment vous êtes associé à la démarche aujourd'hui, comment votre secteur est associé ? Quel est votre état d'esprit dans le cadre de cette démarche ? Parce que l'enjeu de l'âge, de la dépendance ou de l'autonomie selon le point où l'on veut se porter sont des enjeux qui concernent l'avenir de toutes les Wallonnes et de tous les Wallons, de nous aussi d'ailleurs, dans les années futures. Est-il suffisamment pris en compte dans le cadre de cette démarche ? Vois là les éléments sur lesquels j'aurais aimé vous entendre.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Nikolic.

**Mme Nikolic (MR).** - Merci à tous pour votre présence et vos présentations et déjà contributions en termes de recommandations à nos travaux. J'ai entendu d'ailleurs que certains d'entre vous, tous certainement, vous avez lu les comptes-rendus des précédentes auditions.

On va déjà répondre à une question : les maisons de repos ont-elles été livrées à elles même ?

L'on est tous d'accord pour dire clairement que oui. Il n'y avait pas de plan d'urgence, cela a été dit à plusieurs reprises, pas de stock stratégique de masques

ni de toute une série d'autre matériel de protection ou d'équipement.

La prise en compte a été tardive. Les experts que nous avons reçus ici l'ont d'ailleurs reconnu. Avec le recul, ils auraient dû être plus attentifs, on aurait dû faire autrement. Je ne sais plus qui a dit que c'était effectivement une vision hospitalo-centrée.

M. Van Laethem a aussi beaucoup utilisé cette expression : « On a levé le pont-levis, mais on a laissé les poternes ouvertes ». Très clairement, on a interdit les visites, croyant que le virus n'entrerait pas, mais il était parfois déjà à l'intérieur et le personnel continuait, lui, à aller et venir. On a cru que, si le personnel appliquait les règles d'hygiène, il n'y aurait pas de problème. Sauf que, sans équipement de protection, c'est plus compliqué et que, en plus, comme cela a été souligné par certains d'entre vous, le personnel est majoritairement composé d'aides-soignantes qui ne sont pas formées à gérer des maladies infectieuses, des isolements, ni même à utiliser correctement toute une série d'autres équipements, qui n'étaient de toute façon pas disponibles.

On a déjà pointé là un problème d'impréparation, d'imprévoyance. Je ne pointe absolument pas les maisons de repos ou les maisons de repos et de soins – je parlerai de manière générique des maisons de repos dans mon intervention, je ne pointe évidemment pas les maisons de repos.

Je me joins aux hommages que vous avez rendus et que certains de mes collègues ont déjà rendus à l'ensemble du personnel des maisons de repos, à tous ceux qui se sont retrouvés à un moment donné en première ligne au sein des maisons de repos.

La question qui se pose est : qu'a fait la Wallonie, puisque la compétence est wallonne ? La réponse de l'AViQ, de l'administration que nous avons auditionnée la semaine passée, en très résumé, pourrait être : « Nous avons fait de notre mieux avec les moyens qui étaient les nôtres ». Je vais la question des moyens sur le côté. Cela fera l'objet de nos recommandations, ce sont des moyens propres à l'AViQ. Comme je l'ai dit, vous avez lu les comptes rendus et vous voyez donc certainement de quoi il s'agit. Il y a pas mal de recommandations à faire par rapport à cela. Je vais m'attarder sur le « nous avons fait de notre mieux ». Là aussi, il est certain que, à l'AViQ, ce sont des femmes et des hommes qui se sont retrouvés face à une crise sans précédent, impréparés aussi, et qui ont fait de leur mieux.

Par rapport à la situation début mars, la directrice de l'AViQ a déclaré : « Je pense qu'il y a peut-être eu un effet de sidération ». C'est dire à quel point cette crise a frappé tout le monde, y compris l'administration de la Santé en Wallonie. Rien n'était prévu. L'AViQ a donc dû faire face à cette crise tout en construisant les bases. Je pense qu'elle a utilisé l'expression « poser les jalons de la gestion de crise ». On en est à utiliser des tableaux

Excel pour tenir un monitoring de ce qui se passe dans les maisons de repos. On en est à fonctionner par courriel, parce qu'il n'existe pas de système de reporting, de *share point*. Ils ont donc dû tout construire, tout en faisant face à cette crise.

En faisant le point avec Mmes Baudine et Bouton, on en est venues à essayer de comprendre la chronologie des décisions, notamment ce qu'il s'est passé entre le 28 février et le 21 mars. L'AViQ nous a dit : « On s'est aussi posé la question, on s'est rendu compte que l'on a essayé de donner un maximum d'informations ». Ensuite, vous l'avez également relevé, Mme Baudine nous a dit : « On a noyé d'informations les maisons de repos et les directions des maisons de repos. On a très clairement un effort à faire, on a voulu être hyper complets : on a envoyé non seulement des circulaires, une centaine, mais aussi des FAQ, de plusieurs pages parfois. On a voulu être complets, trop complets sans doute. On a un effort de communication à faire, il faut être plus synthétique ».

Suite à cela, une de mes questions a été de demander quel a été le rôle des fédérations. Pouvaient-elles digérer toute cette information ? Certains d'entre vous ont déjà apporté des éléments de réponse par rapport à cela.

Des collègues l'ont pointé face à l'AViQ, parmi cette centaine de circulaires, certaines sont signées par Mme Baudine et d'autres par Mme la Ministre. Monsieur Frédéricq, notamment, vous avez parlé du spaghetti institutionnel. On en est bien conscients. Je pense à tous les niveaux de pouvoir.

Je me demande de quelles informations il s'agit. Certains d'entre vous ont dit qu'il y avait des informations qui venaient directement du Fédéral. Là, je me demande quelles informations venaient du Fédéral, parce que j'avais cru comprendre, depuis le début de nos auditions, qu'il y avait une coordination, que la règle était la coordination en CIM Santé, en Comité de concertation, dans différents groupes de travail, trop nombreux certainement, avec un problème de fluidité de la communication et de l'information entre eux ; une coordination qui existait et qui alimentait in fine le Conseil national de sécurité, à charge pour chacun de communiquer vers les secteurs pour lesquels il était compétent, dont il avait la charge. C'est ce que le ministre-président nous a expliqué ici, c'est ce que Mme la Ministre Morreale nous a expliqué ici et c'est ce que l'AViQ nous a dit ici aussi.

La première question que je vous adresse, c'est : qu'est-ce qui venait directement du Fédéral, puisque, par ailleurs, énormément d'informations venaient de l'AViQ aussi ? Là, il y a quelque chose à éclaircir pour que l'on puisse faire des recommandations plus intelligibles.

Ce qui, par contre, semblait clair jusqu'à maintenant, c'est que l'interlocuteur des maisons de repos et des

maisons de repos et de soin est la Région. Je ne vais pas revenir sur l'imbroglio autour de la fameuse coordination interfédérale, mais ce qu'il ressort, c'est que chaque Région a dit : « C'est bien une compétence régionale, les maisons de repos ». Mme Bouton nous a même dit que les situations flamandes, bruxelloises et wallonnes sont différentes ; parfois tellement différentes que collaborer serait difficile. Elle l'a vraiment dit que « la collaboration serait difficile ».

Je lui ai demandé : « La Région wallonne est-elle prête à gérer cette compétence ou l'une de nos recommandations doit-elle être de mettre en place cette concertation interfédérale pour l'avenir ? » Il m'a été répondu : « C'est difficile à dire, c'est parfois difficile avec les Flamands ». Or, j'ai l'impression – et je vous demanderai peut-être de préciser les uns et les autres – que vous dites le contraire, que cela aurait été mieux que le Fédéral s'en saisisse, ou peut-être que j'ai mal compris. Mais justement, ma question vise à dégager des précisions par rapport à cela, pour que, à un moment donné, l'on puisse en sortir une ligne, si pas commune, en tout cas commune dans nos recommandations.

J'en reviens au niveau wallon. Je le disais, parfois Mme Baudine signait des circulaires, parfois Mme la Ministre. Pour vous, les rôles étaient-ils clairement identifiés ? Aviez-vous des contacts directs avec l'AViQ ? Aviez-vous des contacts directs avec Mme la Ministre ? À quel propos ? Les rôles étaient-ils clairement identifiés ? Était-ce plutôt avec l'administration ? Était-ce plutôt avec Mme la Ministre ? Était-ce suivi d'effets ?

Je l'ai dit, il y a eu un problème d'alerte et, clairement, cette concentration des experts sur les hôpitaux. J'ai demandé qui a peut-être, qui aurait dû, qui aurait pu tirer la sonnette d'alarme. J'ai demandé : « Est-ce revenu des maisons de repos, cela est-il intervenu par l'intermédiaire des fédérations que, à un moment donné, il y avait un problème et qu'il fallait agir et vite au niveau des maisons de repos ? » Il m'a été répondu par, je pense, Mme Baudine : « Je ne pense pas que les fédérations... Je ne me souviens pas en tout cas avoir eu de signes particuliers. On a eu des gestionnaires d'établissement qui ont pris contact avec nous pour nous faire part de leur situation ». Un peu plus tard, elle nous disait : « Il doit y avoir une relation de confiance et si cela ne va pas dans une maison de repos, elle doit oser nous le dire ».

La question que je me pose, c'est : quels ont été votre rôle et vos contacts avec l'administration ? Aviez-vous conscience de ce qu'il se passait sur le terrain ? L'avez-vous relayé à l'administration ? Est-ce votre rôle ? Sont-ce les maisons de repos qui l'ont fait ? Le monitoring mis en place par l'AViQ vous paraît-il optimal ou à partir de quand l'a-t-il été ? J'ai évoqué le tableau Excel. Ils ont fait de leur mieux, ils ont fait ce qu'ils pouvaient.

Concernant le *testing*, on est d'accord qu'il y a un défaut, il y a un problème de logique institutionnelle au niveau du *testing*. Les Régions sont compétentes pour la stratégie, mais le Fédéral est compétent pour l'approvisionnement et valide, par là même, la stratégie ou l'invalidé, le cas échéant. Là, clairement, il faut démêler les choses. Il faut, à un moment donné, que l'on puisse avoir – et je ne sais pas qui représente le « on » –, mais il faut que l'on puisse avoir la maîtrise totale là-dessus.

Là, je reviens à la réalité des faits. Une fois la stratégie validée, il faut aussi se donner les moyens. On voit bien actuellement, si l'on monte à 80 ou 90 000 tests par jour.

L'on a vu des cafouillages, des lenteurs sur le terrain au niveau des centres de tri, au niveau des centres de prélèvement.

Revenons à mars-avril, le *testing* s'est déployé trop tardivement. Je crois que l'on doit tous avoir l'honnêteté de le dire. Il s'est déployé trop tardivement. On nous a dit, en même temps, les écouvillons étaient en plus grande pénurie que les masques encore. Le constat, c'est que le *testing* s'est déployé trop tardivement, mi-avril.

Une fois disponible, selon vous, a-t-il été organisé de manière optimale ?

J'ai un souci avec les chiffres. Mme Bouton a évoqué 10 000 tests par jour ou jusqu'à 10 000 tests par jour, avec répartition régionale. Sauf erreur de ma part, Mme la Ministre a évoqué le chiffre de 6 000 tests par jour ; je parle bien de la deuxième quinzaine d'avril en fait.

Imaginons même la répartition régionale, 4 000 tests sur 10 000, entre le 15 avril et le 3 mai, à la grosse louche, on peut dire 60 000, or, Mme Bouton nous a parlé de 24 500 tests à ce moment-là. Vous, avez-vous des informations, des retours de terrain par rapport au déploiement de ces tests. Aurait-on pu faire mieux, plus ? Je ne vous demande pas dans un monde idéal, je vous demande cela par rapport à ce qui était disponible.

Au niveau du *testing* encore, j'ai un autre exemple de cafouillage que j'ai cité devant l'AViQ. Le jour de l'audition de l'AViQ, dans la gazette locale à Liège, il était question d'une maison de repos à Juprelle, en zone rouge, qui se retrouvait avec – on était le 25 septembre – deux membres du personnel et la moitié des résidents positifs. L'AViQ nous dit : « Oui, un *testing* préventif était disponible, on a envoyé un mail le 15 septembre qui est resté sans réponse ». Cette maison de repos n'a pas connu de cas lors de la première vague. Cela peut expliquer la situation. Mme Bouton nous a détaillé des chiffres. Résultat des courses, l'on se retrouve à un moment donné avec la moitié des résidents d'une maison de repos alors que l'on ne parle plus de mars-avril, on parle de maintenant.

Je nourris de grandes inquiétudes par rapport à la situation. J'aimerais bien vous entendre par rapport à cela, au niveau du *testing*. Comment cela s'est-il passé en avril, mais surtout comment cela se passe-t-il maintenant ? Encore au niveau *testing*, au niveau des nouveaux entrants, Mme la Ministre Morreale a été très ferme, elle a dit qu'il y a des circulaires et elle m'a montré une circulaire de fin juillet de mémoire qui dit : « Tous les nouveaux résidents entrant dans une maison de repos doivent être testés et doivent observer une quarantaine ». Sur le terrain, il me revient que des maisons de repos ne le font pas. Je n'entre même pas de sordide histoire de comptabilité et de rentabilité, mais des maisons de repos disent : « Moi, je ne teste pas ». On est dans une situation où des résidents peuvent quasi faire leur shopping et se dire : « Là-bas, c'est moins contraignant, donc je vais aller là-bas ». Ou y a-t-il une autre explication ?

J'aurais voulu vous entendre par rapport à cela, parce que cela me fait peur aussi. On n'arrête pas de parler de ne pas faire entrer le virus dans les maisons de repos, mais manifestement l'on a un petit peu lâché du lest sur le pont-levis.

Sur la question du tri, à en croire les experts, – avec le recul, c'est facile, il n'y a qu'à, on aurait dû –, sur le moment personne n'avait conscience, connaissance de ce qui se passait sur le terrain, tant dans les hôpitaux qu'au sein des maisons de repos, tant parmi les experts que les politiques, personne n'avait connaissance des différentes recommandations. J'insiste bien sur recommandations, parce qu'à aucun moment il n'y a eu une circulaire officielle demandant de faire un tri. Mme Roberty l'a bien expliqué, il y a eu une demande aux hôpitaux de se préparer au scénario du pire. Mais l'on n'a jamais activé le scénario du pire.

Avec le recul, tout le monde est de toute façon d'accord pour dire qu'il aurait fallu réagir. Là, quand j'ai demandé qui aurait dû réagir et corriger aux experts, ils ont renvoyé la balle aux politiques. Ce n'est pas entièrement faux, le politique décide. On a quand même envie de dire que ce n'est pas complètement correct non plus, ce sont les experts qui conseillent.

De nouveau, se pose la question du monitoring de ce qui se passe sur le terrain, de la façon dont les informations remontent vers ceux qui conseillent et décident et puis d'un manque de réalisme aussi de certains experts par rapport aux recommandations qui étaient données. Cela, j'y reviendrai.

Quand j'ai demandé à l'AViQ, Mmes Bouton et Baudine, si elles avaient connaissance de ce problème et, le cas échéant, si la Mme la Ministre en était informée.

Il m'a été répondu : « On a eu un mail et l'on a démenti. C'était une direction de maison de repos qui interrogeait par mail et il y a eu un échange avec

l'inspection d'hygiène. On a donc démenti. C'était par mail et il n'y a pas eu de circulaire». On ne sait pas si la ministre a été informée parce qu'il n'y avait pas de note et que tout cela s'est fait oralement. On n'est pas sûrs que l'AViQ avait connaissance de problèmes au sein des maisons de repos et d'un tri en amont avant d'envoyer dans les hôpitaux.

C'est la problématique de ces différentes recommandations : des médecins traitants ou coordinateurs ont été convaincus – dans le stress dans lequel ils se trouvaient, je ne les pointe absolument pas du doigt – qu'il fallait surtout éviter d'envoyer des résidents. C'est à partir d'un certain score de fragilité – on est tous devenus des experts dans tous ces termes dont on n'avait jamais entendu parler il y a moins de six mois – qu'il ne fallait pas envoyer dans les hôpitaux. Or, quand on se retrouve en maison de repos ou maison de repos et de soins, c'est que l'on a peut-être déjà une fragilité plus forte. Si l'on est en pleine forme et autonome, à part si l'on souffre de solitude, en général, on n'est pas en maison de repos.

Par rapport à ce tri en amont, étiez-vous au courant et vers qui avez-vous fait remonter l'information ? Les questions sont toujours les mêmes : qui aurait dû ou aurait pu agiter la sonnette d'alarme et vers qui ?

Je reviens à ce que je disais tout à l'heure concernant des experts déconnectés de la réalité de terrain. À force de poser des questions ici, on en vient au constat que, ce qui était central dans ces recommandations à la base de la Société belge de médecine intensive, reprises par la Société de gériatrie et de gérontologie et par le Collège des médecins généralistes, c'était le projet thérapeutique et donc ce qui avait été discuté avec le patient. Sauf qu'il apparaît que ce projet thérapeutique, dans l'immense majorité des cas, n'existait pas du tout dans les maisons de repos sans médecin coordinateur et, même dans les autres, il n'a pas toujours été mis en œuvre. On a des recommandations qui se basent sur un projet thérapeutique qui n'existe pas. Là, on a clairement un problème.

Par rapport aux soins palliatifs, qu'est-ce qui existe ? L'AViQ nous a dit : « Il n'y a pas grand-chose qui est imposé par les textes ». Y a-t-il quelque chose sur lequel il faut mettre le doigt et poser dans nos recommandations ?

Par rapport au fonctionnement même des maisons de repos, il y a la question de la pénurie de personnel, que vous avez évoquée et dont on a bien pris note. On s'est aussi beaucoup posé de questions par rapport aux normes de financement et d'encadrement pour le personnel soignant, mais cela va aussi au-delà.

Mme Morreale m'a répondu, dans sa commission, mardi dernier, à une question sur les normes d'encadrement : « Ceci étant, nous devons aussi susciter la réflexion sur les métiers qui ne sont pas encore

suffisamment développés en maisons de repos et MRS : les psychologues, les animateurs, et cetera ». J'ai entendu certains d'entre vous mettre le doigt là-dessus aussi. J'espère que vous êtes en concertation avec Mme la Ministre. Sinon, n'hésitez pas, je suis sûre qu'elle sera à l'écoute. M. Happe l'a notamment dit : les maisons de repos sont des lieux de vie et non des mouiroirs. C'est malheureusement l'image que l'on en a maintenant. Il y a une réflexion à avoir par rapport à cela. Il y a une ouverture de la part de la ministre. N'hésitez pas à partager vos réflexions avec Mme la Ministre et avec nous pour savoir où placer le curseur entre rentabilité – c'est parce que certains d'entre vous l'ont évoqué que je le dis – et bien-être.

Les situations sont déjà diverses sur le terrain au niveau des maisons de repos entre Régions, mais même au niveau de la Wallonie. Certains l'ont évoqué, il y a une question d'architecture aussi. On parlait de cohortage, mais les maisons de repos n'avaient pas toujours les lieux qui le permettaient. Comment repenser l'architecture des institutions pour en faire de meilleurs lieux de vie, pour permettre l'isolement, notamment, mais aussi le maintien du contact social comme c'est fort fort demandé et prégnant pour le moment au niveau des familles.

Vous avez cité une étude flamande – je ne sais plus qui, je suis désolée – mais il y a une étude flamande, Monsieur Frédéricq, vous l'avez citée. Il y a effectivement des études au niveau wallon aussi. L'étude flamande, c'est la Région flamande qui l'avait commandée. Je pense – là je m'adresse plus à mes collègues – qu'il faudrait que l'on se penche sur cette étude, et les trois études commandées par la Région wallonne et dont les résultats vont arriver incessamment sous peu, et dont Mme la Ministre a déjà dit que ce serait intéressant que l'on auditionne ceux qui ont fait les études afin d'en savoir plus.

Mais je crois que l'on ne fera pas, et je réponds à une de vos questions, interpellations, on ne fera pas l'économie d'une réflexion sur l'accompagnement, l'accueil des personnes âgées dans notre société. J'ai envie de vous demander un petit peu, quelle vision, quel projet de société voulez-vous, vous, proposer ? Les maisons de repos actuellement en Wallonie, l'on sait aussi qu'elles ont besoin d'avoir une certaine taille justement pour être rentables. Ne faudrait-il pas sortir carrément de ce modèle ? Ne faudrait-il pas une espèce de choc, de sursaut un peu cathartique maintenant suite à cette crise pour revoir carrément les modèles ? D'autres modèles existent en Suède notamment, et dont des projets pilotes en Wallonie. Est-ce vers cela qu'il faut aller ?

Enfin, j'ai déjà fait part de certaines inquiétudes, mais voilà je voudrais vous entendre par rapport à cela aussi, au-delà des quelques points que j'ai pointés, vous sentez-vous prêts ?

J'ai bien entendu aussi vos commentaires par rapport au vaccin et je pense que ma collègue Mme Durenne y reviendra, mais vous sentez-vous prêts pour l'hiver qui s'annonce ? Comment appréhendez-vous les choses et quels sont encore les points d'attention, les urgences que vous souhaiteriez pointer ?

Voilà, je m'arrête ici pour un premier tour également.

**M. le Président.** - Merci beaucoup, il est 13 heures.

Il reste trois intervenants du côté parlementaire au moins, plus les réponses, les répliques. Je vous propose de suspendre nos travaux ici et de reprendre à 14 heures précises.

*- La séance est suspendue à 12 heures 50 minutes.*

### **REPRISE DE LA SÉANCE**

*- La séance est reprise à 14 heures 5 minutes.*

**M. le Président.** - La séance est reprise.

### **LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19**

*Échange de vues  
(Suite)*

**M. le Président.** - L'ordre du jour appelle les auditions sur la gestion de la crise sanitaire de la covid-19.

La parole est à M. Sahli.

**M. Sahli (PS).** - Merci, Monsieur le Président.

Je vais intervenir brièvement sur la formation, parce que je pense que vous avez dit l'essentiel, sur les visites et faire part de quelques commentaires pour terminer.

Par ailleurs, je souhaite m'associer à mes collègues pour vous remercier pour l'ensemble des exposés que vous nous avez livrés ce matin. Vous avez démontré l'importance de rencontrer les acteurs de terrain, parce que vous l'avez fait en toute lucidité, en toute clarté, et je vous en remercie.

En ce qui concerne la formation, l'AViQ a confirmé que des formations sur l'hygiène sont en cours et seront lancées pour le personnel. Pour les directeurs des maisons de repos, des réflexions sont en cours pour mettre en place une formation quand on sortira un peu de la crise. Comment envisagez-vous la future formation des directeurs des maisons de repos ?

Les experts qui accompagnent les travaux du Fédéral ont mis en avant dans leurs rapports

préliminaires les liaisons entre les hôpitaux et les collectivités, par exemple, via un protocole d'accord entre un service de gériatrie et les MR et MRS qui, bien que prévues, ont manifestement fait défaut.

Dans son étude publiée en juillet 2020, la fédération des CPAS précisait : « Entre certaines maisons de repos et hôpitaux, il y a eu des synergies intéressantes, notamment pour l'achat de matériel de protection et de gel. Elles pourraient devenir structurelles. Ce type de collaborations est à approfondir ». Concrètement, ces accords avec les hôpitaux existent-ils bien partout ? Si oui, pourquoi n'ont ils pas pu être mobilisés ? Faut-il faire le lien avec l'activité émise par certaines sociétés médicales ?

La fédération des CPAS a souligné par ailleurs qu'elle ne souhaite pas que les maisons de repos se transforment en hôpitaux *low cost*, leur mission n'étant pas d'assurer la prise en charge médicale poussée des résidents. Suite à ces constats, pensez-vous qu'il faudrait, comme il peut exister une chambre d'isolement pour un patient atteint de la grippe, par exemple, envisager en place au sien des MR et MRS d'une ou de plusieurs chambres d'isolement pouvant se transformer rapidement en unités médicales afin d'offrir des soins plus importants en situation de crise ?

En ce qui concerne le chapitre des visites, on sait que la fermeture des structures dès le 11 mars a été soulignée à l'époque comme moyen permettant d'éviter que le virus n'entre et ne se propage. Malheureusement, on sait aujourd'hui que cette mesure n'a pas permis d'éviter le pire et que le virus était sûrement déjà présent par la présence de personnes asymptomatiques, notamment. Cette fermeture des visites a engendré d'autres phénomènes, comme celui du glissement auprès des résidents qui n'avaient plus de contacts avec leurs proches. Comment les équipes évaluent-elles ce phénomène de glissement et quelles sont les mesures mises en œuvre afin de le prévenir ?

Toujours en matière des visites, les visites des proches sont importantes dans la lutte contre le glissement, mais vu la situation, elles sont réduites. Dans certaines structures, elles sont restées interdites longtemps. Avez-vous des règles d'évaluation dans vos fédérations respectives permettant à vos directions d'évaluer facilement le nécessaire équilibre entre la nécessité d'assurer la sécurité sanitaire et la nécessité d'assurer des contacts sociaux ?

Enfin, sur ce chapitre, l'ouverture des visites se limite-t-elle à ce jour aux consignes formulées dans les circulaires ? Recommandez-vous des mesures plus strictes ou plus souples, sachant la connaissance sans cesse évolutive de la situation épidémiologique et sa connaissance entre le mois de mai et aujourd'hui, le mois d'octobre ?

Quelle réponse pouvez-vous apporter aux familles qui regrettent que les visites soient restées fortement limitées dans certaines institutions malgré le déconfinement qui a été initié en juin ?

Un mot concernant l'accord non marchand repris dans le cadre du plan Rebond. Fin juin, le Gouvernement a adopté le plan Rebond visant à mettre en place des mesures afin de contrer un éventuel rebond ou l'apparition d'une nouvelle crise. En juillet, un accord historique de 260 millions d'euros en faveur du secteur non marchand a été décidé par le Gouvernement. J'aurais aimé savoir quel est votre sentiment sur ce plan de 260 millions d'euros.

Enfin, vous avez démontré qu'il était important d'écouter et d'entendre les acteurs de terrain. Comment voyez-vous le futur des maisons de repos et de l'accueil des personnes âgées, sachant que l'augmentation des personnes fortement dépendantes semble être rencontrée dans l'accueil en institution et que des personnes âgées désirent rester le plus longtemps possible au sein de leur domicile ?

**M. le Président.** - La parole est à M. Heyvaert.

**M. Heyvaert** (Ecolo). - Avant de commencer mon propos, je voulais aussi vous remercier, remercier toutes les équipes qui ont travaillé, qui n'ont certainement pas compté leurs heures au sein des fédérations, mais aussi remercier les travailleurs et travailleuses des maisons de repos, en tout cas de ceux que vous représentez. On peut imaginer les terreurs, les traumatismes, qui ont été vécus dans ces maisons. On a des mots pour les victimes, mais il faut aussi avoir les mots pour tous ces travailleurs qui étaient au front chaque jour, et bien plus d'heures que nous au total.

J'en viens à mes questions. Je voulais revenir sur un des premiers points qui était la réouverture des visites en maisons de repos, car on a l'impression que cette décision part d'une erreur de communication du CNS et passe comme une mauvaise décision. J'aimerais que vous puissiez préciser si, de votre point de vue, la réouverture des maisons de repos, si elle avait été bien communiquée, bien concertée, était une bonne décision.

Il faut se rappeler, quand on a fermé les maisons de repos, quand on a été mis en confinement, que l'on avait tous l'impression que l'on allait rentrer en confinement pendant trois semaines. Quand on a décidé du confinement, beaucoup d'entre nous ont été dans les bars et restaurants le vendredi en soutien à l'HORECA, parce qu'il allait fermer pendant trois semaines. Il faut donc se rappeler que, quand on a fermé les maisons de repos, c'était certainement sur une vision de trois semaines, puis on allait tous sortir comme des héros parce que l'on aurait été confiné et que l'on aurait battu le virus. Cela s'est avéré complètement faux au fur et à mesure du temps.

Réfléchir à la réouverture des maisons de repos un peu plus d'un mois après cette fermeture, était-ce une bonne décision ? Sentiez-vous au sein des maisons de repos ce syndrome du glissement des personnes âgées ? Je voudrais avoir votre point de vue par rapport à cela, parce que l'on a l'impression que, suite à cette erreur de communication du CNS, cela passe comme une mauvaise décision.

Je voulais revenir aussi sur le plan d'urgence qui existe, qui n'existe pas. Il serait bien que le PTB puisse se mettre un peu d'accord et être sûr quand ils disent quelque chose. Il y a le plan 2006 dont vous avez parlé, le plan du Docteur De Lepeleire, qui avait été réfléchi pour les maisons de repos. Puis, en 2009, il y a eu un plan Pandémie qui était lié aux gripes de manière plus générale, aussi par rapport à des virus, mais à travers toute la société. Là aussi des plans ont été mis en place, les uns et les autres n'étaient pas liés en tant que tels. Si chaque fois vous demandez à chaque intervenant si le plan 2006 leur était connu.

On peut constater que chaque expert à qui l'on a posé la question, et je pense que vous étiez certainement les plus à même de pouvoir répondre si vous connaissiez ce plan de 2006, mais qui n'existait pas. À un moment donné, il y a ce plan 2006 et il y a le plan de 2009.

Pour revenir à cela, hier M. Marius Gilbert était auditionné à Bruxelles dans l'équivalent de la commission que nous avons ici et il signalait que par rapport au plan qui n'existait pas, il revenait sur le même constat que vous, de partir de rien, partir tout nu face à un virus, ce n'était certainement pas l'idéal.

Mais il expliquait qu'il y avait peut-être une donnée aussi c'est que, il y a quelques années - je n'ai pas la date exacte, c'était il y a deux ou trois ans - il y avait une grosse épidémie de gripes et certaines maisons de repos ont été touchées et ont mis en place des procédures au sein de leur maison de repos pour répondre à cette épidémie de grippe. Quand vous citez l'étude qui a eu lieu en Flandre où l'on va dire que celles qui ont été touchées ou pas touchées, c'est un peu de la chance ou pas, mais dans l'étude, avez-vous l'impression que les maisons de repos qui étaient un peu mieux préparées suite à cette épidémie de gripes qui a eu lieu, ont pu mettre des procédures un peu plus sereines pour travailler dans les maisons de repos ?

Pour revenir sur le débat sur la non-hospitalisation, vous l'avez dit, Monsieur Happe et Monsieur Smeets, vous êtes représentants aussi des fédérations des hôpitaux. Vous avez souligné qu'il y a eu un débat, mais je n'ai pas très bien compris entre qui. Je voulais savoir avec qui, est-ce justement entre les différents organismes, les fédérations des maisons de repos et les fédérations des hôpitaux qu'il y a eu une discussion par rapport à cela ?

Je voulais voir aussi, avec vous, comme vous représentez aussi les hôpitaux, que vous puissiez nous expliquer en quoi consistent, au sein d'un hôpital, les comités éthiques et justement ce choix qui, à un moment donné, peut être fait. On peut imaginer une catastrophe où trop de personnes arrivent en même temps à l'hôpital. Des choix, malheureusement, doivent être faits par les médecins, donc il y a des comités éthiques au sein des hôpitaux, qui soient assez autonomes par rapport à leur choix. Pourriez-vous peut-être nous expliquer comment cela fonctionne au sein des hôpitaux ?

Vous avez aussi abordé le retour en maisons de repos de résidents ayant encore le covid et cette discussion qu'il fallait une attestation, pas d'attestation, et comme vous êtes aussi représentant des hôpitaux, comment pouvez-vous expliquer que l'on ait libéré des lits avec des patients qui avaient encore le covid, sans veiller, peut-être, au retour en maison de repos ? Il y avait des notes disant que si l'on remettait des personnes en maisons de repos, il fallait qu'ils aient du matériel, que les hôpitaux auraient pu transmettre du matériel de protection au moins pour 14 jours quand les personnes rentraient en maison de repos.

Vous avez aussi souligné l'absence de plan d'urgence, c'est assez clair, tout le monde est bien d'accord.

Vous avez souligné la différence entre le 1er mars où les plans d'urgence en hôpitaux ont pu être activés et, justement, comme vous avez ces deux casquettes, vous avez pu constater que plus tard ce plan, en tout cas en maisons de repos est arrivé. Peut-on expliquer aussi ce temps de différence entre les hôpitaux et les maisons de repos sur le fait qu'il n'y avait pas de plan d'urgence en maisons de repos ?

Au 1er mars, on peut activer un plan d'urgence dans les hôpitaux, puisqu'il existe, il est là, les procédures existent, mais en maison de repos elles n'existent pas. Ce délai entre le fait que l'on active un plan d'urgence dans les hôpitaux et que l'on active un plan d'urgence dans les maisons de repos, vient peut-être aussi du fait qu'il n'existe pas.

Quand on voit un plan Rebond qui prend du temps à être mis en place, quand on voit le temps qu'il faut de concertation, cela ne se fait pas en un coup de baguette magique. Ce temps peut-il aussi s'expliquer du fait qu'il n'existait pas ? J'aimerais avoir votre avis par rapport à cela.

Vous avez aussi expliqué qu'il y avait une approche de dépistage différente entre les maisons de repos et les hôpitaux. Je n'ai pas très bien compris, donc si vous saviez juste, peut-être, me redonner des explications par rapport à cela ?

Vous êtes revenu aussi sur la spécificité des différents secteurs et le nombre incalculable de circulaires qui sont arrivées sur les différents secteurs.

Je suis un peu interloqué par rapport à cela. Pour moi, le fait de tenir compte des secteurs pour faire des circulaires me semblait « une bonne décision ». Doit-on mettre des circulaires en maison de repos, à l'école, à la crèche, peu importe. Travailler spécifiquement avec les secteurs en concertation aussi avec eux, c'est peut-être la difficulté dans l'urgence de devoir faire cette concertation qui n'est pas évidente. Vous aviez indiqué qu'il y avait des circulaires dans différents secteurs et que cela avait l'air de poser problème. J'avais l'impression que donner des circulaires à différents secteurs était quand même mieux que le contraire.

Vous avez parlé aussi du *testing* et de la problématique du *testing*. Monsieur Smeets, vous avez tenu des propos sur les difficultés. Est-ce qu'un centre de dépistage au départ, un laboratoire, était bon ou les autres ? Ce problème de capacité de *testing*, on l'a bien senti dans cette commission. Le problème, c'est que c'est un débat qui aura lieu au Fédéral, puisqu'il y a beaucoup de choses que nous n'avons pas. Il y aura certainement des contrats qu'il faudra aller voir et voir un peu tout ce qui a eu lieu à ce niveau-là. On est bien conscient que la difficulté de capacité de *testing*, et faire en sorte que le *testing* ne soit arrivé qu'à la mi-avril, a été un réel problème pour les maisons de repos. Malheureusement, au sien notre commission, on va être bloqué à juste constater que le fait qu'il n'y ait pas de capacité a été très difficile pour les maisons de repos.

M. Frédéricq, vous êtes revenu sur les formations de directeur en disant qu'il fallait inclure les gestions de cirse et les choses comme cela. On sera certainement un partenaire de retravailler les formations des directeurs et je dirais même d'aller plus loin sur des cours sur la personne âgée, comment elle fonctionne, comment elle vit. Dans les formations de directeur, il y a une grande part managériale et peut-être un peu moins d'aspects sur les personnes âgées en elles-mêmes. C'est une des recommandations sur un des travaux que l'on devra faire assez rapidement.

Vous avez parlé aussi du vaccin, entre conseil ou obligation. Vous avez dit que vous avez été vacciné quand vous étiez jeune. Je rappelle qu'en Belgique, il n'y a qu'un seul vaccin obligatoire, les autres sont conseillés, sont mis dans un calendrier vaccinal, mais il n'est pas obligatoire de se faire vacciner pour tout le reste. Je pense que là se posera la question entre le vaccin en tant que travailleur. J'étais travailleur dans un centre et j'ai dû me faire vacciner contre l'hépatite, parce que j'étais à risque. En tant que travailleur, on m'a « conseillé » de me faire vacciner, mais j'avais bien conscience que c'était important pour moi et important pour les personnes avec lesquelles je travaillais. Il y a aussi une distinction entre le lieu où on travaille. Dois-je faire des vaccins et tout cela ? Peut-être que ce débat n'est pas encore sur l'obligation et le conseil. Il faudra voir un peu l'efficacité du vaccin, voir un peu comment on va se faire vacciner. Va-t-on se faire vacciner une fois, comme des vaccins comme la rougeole, la rubéole,

des maladies que l'on peut faire disparaître si l'on se fait vacciner ? Ou bien sera-t-on plutôt dans un vaccin type grippe, où l'on va devoir se faire vacciner chaque année ? Les choses ne sont pas encore assez claires que pour dire : on va rendre ce vaccin obligatoire ou pas obligatoire ou peut-être fortement conseillé dans certaines circonstances sur des lieux de travail.

Monsieur Smeets, vous avez parlé du décret quarantaine. Je voulais vous rassurer que le décret quarantaine est en discussion lundi, que si l'on avait eu l'accord du comité intrafrancophone, il serait déjà voté et qu'on l'attend avec impatience pour pouvoir vous aider par rapport à cela.

Monsieur Vaessen, vous avez parlé d'un mail venant du SPF Santé. Pour la commission, cela serait nécessaire que nous en disposions, puisque cette date du 27 mars a été longuement discutée la semaine passée : Mme Vlieghe avait proposé que les maisons de repos soient gérées au niveau fédéral.

L'AViQ, Mme la Ministre, a bien signalé qu'elle n'avait pas du tout compris cette information, en tout cas pas dans ce sens-là. Ensuite, vous venez avec un courrier, un courriel du 27 mars également qui expliquent que les maisons de repos sont mises en dernière ligne. Ce sera important que l'on ait, pour bien éclairer, entre les propos de Mme Vlieghe.

Je voulais aussi signaler que Mme Vlieghe s'est plainte dans les médias néerlandophones que nous l'avions accusée d'avoir tué des personnes âgées. Je voudrais que l'on se pose des questions sur la manière dont on pose les questions. Ici, on essaie de faire un travail constructif, parce que l'on va devoir faire des recommandations pour que les choses n'arrivent plus. En aucun cas, je ne pense que nous avons eu des propos où on l'a accusée de quoi que ce soit.

C'est peut-être aussi à replacer dans le contexte des choses qui ont été dites à ce moment-là. Si Mme Vlieghe s'est sentie attaquée au point d'avoir eu l'impression que nous l'accusons de meurtre, je voudrais m'en excuser et je parle au niveau de la commission. Ce n'était pas l'intention des questions par lesquelles nous voulions poser les choses.

Vous êtes tous revenus sur l'importance du matériel. Je poserai peut-être la question après. Quelle est l'importance ? Pour vous, serait-ce la première cause du nombre de décès et des difficultés dans lesquelles se sont retrouvées les structures ? Ce manque de matériel était-il vraiment la première cause du problème ? On aurait peut-être pu avoir plein de plans, de formations pour le personnel, mais, s'il n'y avait pas eu de matériel, s'en serait-on mieux sorti ? Je voudrais avoir votre avis par rapport à cela.

La semaine passée, l'AViQ avait posé la question sur la responsabilité de ce matériel. Je pense qu'il y a une grande partie du fait que l'on n'avait pas de réserve

stratégique. On ne saura malheureusement pas débattre ici de cette réserve stratégique qui a été brûlée, cela se passera au niveau fédéral. Par contre, l'AViQ a estimé qu'une partie de la responsabilité du matériel revenait aux structures elles-mêmes, aux employeurs. Je voulais avoir un peu votre avis par rapport à cela.

On se demande : est-ce le Fédéral ou est-ce la Région qui est responsable des maisons de repos ? Pourriez-vous expliquer qu'une maison de repos n'est pas une structure où il n'y a que les Régions qui interviennent ou que le Fédéral qui intervient, mais que ce sont aussi des travailleurs qui sont liés à des lois issues des lois du travail ? Il y a du Fédéral, il y a des financements qui viennent de la Région. Ce n'est donc pas une entité qui est unique dont seule la Région ou seul le Fédéral qui s'occupe, mais c'est vous êtes sur différentes lois et différents niveaux. Pourriez-vous simplement expliquer à cela ?

Mme Nikolic parlait de contraintes par rapport aux maisons de repos, en disant que celles-ci n'ont pas appelé, qu'elles n'ont pas voulu faire les tests. Comment vos « affiliés » ressentent les contraintes, les recommandations et les libertés qu'ils ont d'action afin de faire fonctionner leur maison de repos ? Quelle est votre impression entre cette liberté, cette contrainte et ces recommandations ?

Je vous remercie déjà pour vos réponses.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Durenne.

**Mme Durenne (MR).** - Avant toute chose, je voulais vraiment remercier les différents intervenants pour votre exposé, votre présence aujourd'hui. Il était important de pouvoir avoir des éclaircissements sur certains points. Mme collègue Nikolic l'a dit, nous sommes ici non pas pour pointer des responsabilités, mais dans le but de répondre à des interrogations sur des décisions qui, à un moment donné, ont pu être prises.

Je compléterai l'intervention de ma collègue par trois points précis.

Le premier de ces points, ce sont les zones tampons. J'ai pu comprendre que, lors des sorties des hôpitaux des patients venant des différentes institutions et positifs du covid, il y avait des zones tampons, des services de transit.

J'aurais aimé savoir comment cela s'est passé, si effectivement, oui, nous avons « redirigé » les patients d'institutions sortant des hôpitaux vers ces zones tampons parce que, selon moi, ces zones auraient pu jouer un rôle important dans cette prévention, dans cette contagion du virus avant de rentrer dans les maisons de repos et éviter que d'autres résidents ne soient contaminés.

Monsieur Frédéricq, vous avez parlé de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées au niveau des maisons de repos, des différentes institutions.

Le choix reste à l'appréciation de chacun, mais c'est plus que fortement recommandé.

Malheureusement en Wallonie, disiez-vous, si la Wallonie a décidé de lancer un marché, aucun opérateur n'a répondu. J'aurais voulu vous entendre là-dessus : pourquoi, malheureusement ?

On a parlé assez régulièrement d'un manque de préparation, d'un manque d'anticipation. Il est vrai que nous nous sommes retrouvés face à une crise que personne n'avait vue venir. On a tous été surpris par ce virus. Sous la précédente législature, en 2017, il y avait ce plan wallon prévention promotion de la santé qui avait été initié par le ministre Prévot. Ensuite, les décrets ont été votés avec la ministre Greoli. Si nous avions eu ce plan prévention - parce qu'il y avait dans ce plan une thématique sur la prévention des maladies infectieuses, y compris la politique de vaccination - cela aurait-il pu nous aider, puisque je vous entends dire qu'il y avait un manque d'anticipation, de préparation ?

Je ne remets la faute sur personne, on n'est pas ici pour pointer des responsabilités, mais pour émettre des recommandations. Il faut savoir que la ministre Morreale était à peine en charge de fonctions qu'elle a été confrontée à cette crise. Dès lors, les arrêtés d'exécution n'ont pu être passés. Nous n'avions dès lors pas de plan promotion prévention de la santé, ce que la ministre nous a bien dit en commission. Bien sûr, elle va faire suivre, mais vu la situation, quand on s'occupe d'une crise d'une telle ampleur, c'était un peu compliqué de gérer autre chose. J'aurais voulu savoir si cela aurait pu vous aider parce que j'entendais bien qu'il y avait un plan grippe, depuis 2019, avec des recommandations qui n'ont pas été appliquées dans cette crise du coronavirus.

**M. le Président.** - La parole est à M. Frédéric.

**M. Frédéric (PS).** - Je serai beaucoup plus bref que mes excellents collègues qui m'ont précédé parce que vous avez déjà un fameux paquet de questions. Je vous remercie à mon tour pour votre présence qui amène un côté profondément humain en relatant le vécu de l'ensemble des institutions que vous représentez. En vous écoutant ce matin, avec un ensemble de remarques très concrètes, je ne pouvais m'empêcher de voir défiler les visages des ces hommes et des ces femmes qui ont été marqués par la maladie, qui en sont morts, les familles et le personnel qui a travaillé dans toutes ces institutions. C'est important pour nous - c'était le sens de l'invitation - parce que vous êtes représentatifs du travail de terrain de celles et ceux qui ont vécu ce drame au quotidien. Vous êtes réellement représentatifs de plusieurs dizaines de milliers de membres de personnel, plusieurs dizaines de milliers de résidents dans vos institutions.

Ce qui m'intéresse tout particulièrement, ce sont évidemment vos recommandations. J'en ai pointé un

certain nombre, peut-être que je n'ai pas pu prendre note de l'ensemble. Vous avez fait allusion, Monsieur Happe, à un élément que l'on n'a pas abordé jusque-là parce qu'il nous est un peu extérieur, c'est ce que vous savez appelé le *bashing* médiatique à l'égard des maisons de repos. On a parfois une responsabilité, nous aussi dans le monde politique - je parle au sens général -, de savoir quelle exploitation on fait à certains moments des situations dramatiques dans lesquelles on se trouve et quel type d'information on peut faire percoler via les médias qui parfois en raffolent.

Je n'en fais pas la critique, ils font leur boulot, chacun fait son boulot, mais je crois que chacun doit aussi faire son examen de conscience sur la manière dont exploite parfois des données en ayant l'impression de briller. Cependant, briller dans le monde qui nous occupe et particulièrement pour les politiques est extrêmement éphémère. Chacun en fera son examen de conscience.

Vous avez dit qu'il fallait revoir un plan communication et je crois que c'est important sur la nature même. Je crois le monde est méconnu parce que l'on a peur de ce monde, on a peur du milieu hospitalier, mais aussi de la maison de repos parce que, très égocentriquement, on se projette dans un avenir incertain.

J'y pensais moins avant, mais maintenant que je suis un sexagénaire alerte, je commence à imaginer la possibilité.

C'est un monde mal connu et c'est un monde aussi - on y a fait allusion et je crois que l'on n'en fera pas l'économie et l'on aura besoin de vous à cet égard - il faut se poser la question de savoir quel doit être demain dans notre société moderne, la place de l'ainé qui vieillit de plus en plus, heureusement pour nous. Quelle sera la place de l'ainé et nos structures sont-elles encore exactement celles qui correspondent à la qualité de l'accueil que l'on doit à nos aînés ? C'est une réflexion que l'on souhaitera. En tout cas, mon groupe politique y est extrêmement attentif.

J'ai entendu vos revendications sur les besoins financiers complémentaires, la crise ne s'arrêtant pas au 30 juin. J'ai entendu vos recommandations sur la ligne de commandement, parfois un difficile à identifier je peux le comprendre.

Je n'ai pas entendu de critiques énormes sur la manière avec laquelle la Wallonie tant au plan gouvernemental que sur le plan de l'AViQ a été gérée. Je ne vous ai pas entendu le dire en tous cas, mais je n'en tire pas de conclusion hâtive.

J'ai entendu aussi un élément extrêmement important, je crois que c'est M. Frédéric qui l'a dit, d'envisager des mesures qui soient plus locales ou sous-locales par exemple sur les visites. Vous avez cité cet exemple, ne pas prendre de mesures sur l'ensemble du

territoire wallon et l'on doit intégrer cela pour être beaucoup plus ponctuel, pointu et précis.

Je voulais en terminer par une question, c'était cela qui motivait ma brève intervention. Vous avez beaucoup insisté sur la difficulté majeure qu'était l'absentéisme du personnel, absentéisme bien légitime, pour raison de santé, pour toute une série de raisons.

J'ai, dans une autre vie, aussi été Président de CPAS et gestionnaire de maison de repos. On était déjà, il y a une dizaine d'années confrontés à ce problème majeur de recrutement de personnel. Le personnel infirmier, en milieu rural en particulier, on a beau mettre des annonces, il n'y pas de personnel derrière.

Vous avez fait allusion à la nécessité d'évaluer la plateforme volontaire, ça je crois qu'il faudra des volontaires, il faudra que l'on fasse cela.

Ensuite, vous avez dit, je ne sais plus qui a dit cela, qu'il serait intéressant de faire une réserve de personnel. C'est la Fédération des CPAS ou M. Frédéric, je ne sais plus. Je n'ai pas identifié les propos à chaque fois, ils étaient tous intéressants.

Je me suis que cela n'était pas une mauvaise idée, mais pratiquement, comment fait-on ? Parce que j'ai le sentiment qu'en amont le personnel n'existe pas. Je vais visiter les écoles d'infirmières dans ma région chaque année et à la sortie de l'école d'infirmière c'est la France, la Suisse, les Luxembourgeois qui les attendent, qui leur offrent des traitements un peu différents d'ici et le personnel fuit.

En plus, j'entends qu'à cette rentrée scolaire, en tout cas en Province de Liège, que les inscriptions sont très mauvaises parce qu'il y a une crainte en plus par rapport à ce que l'on vient de vivre. C'est quelque chose qui m'inquiète.

On l'a dit, les maisons de repos ne sont pas des hôpitaux, mais il faut quand même un personnel qualifié de plus en plus formé, adapté, capable de réagir à une éventuelle nouvelle pandémie et là c'est un mystère pour moi.

Je serai donc intéressé d'avoir un peu à cet égard votre analyse et je vous remercie de votre attention.

**M. le Président.** - Nous en avons terminé, je pense, pour les questions des parlementaires.

Il me revient de passer la parole à nos invités dans l'ordre qu'ils le souhaitent.

La parole est à M. Happe.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Je n'ai pas demandé la parole pour m'exprimer le premier, mais juste pour vous

expliquer la méthodologie que l'on a souhaité vous proposer parce que les questions sont nombreuses et pêle-mêle si je puis dire. Elles se regroupent et parfois elles sont identiques.

On a passé une partie de notre temps ce midi à essayer de structurer par thème, par thématique l'ensemble des questions et essayer de vous apporter quelques éléments de réponse.

Bien conscient que parfois vous avez peut-être un peu personnalisé vos questions parce que « tel a dit cela ».

On a plutôt fonctionné autrement, on s'est un peu réparti les thèmes, et chacun d'entre nous répondra, mais chaque collègue sera invité à compléter les éléments de réponse et si les questions ont été un peu plus personnalisées.

Je voudrais aussi vous préciser que nous n'avons eu aucune difficulté à construire les réponses, tant nous sommes alignés sur notre vision tant de cette crise, mais aussi de cette vision de la prise en charge de nos aînés aujourd'hui et demain.

Monsieur Président, cela vous convient-il de fonctionner de la sorte ?

**M. le Président.** - Cela me convient parfaitement. Vous organisez de manière libre votre temps de parole entre vous, ainsi c'est plus simple pour moi.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Parmi les thèmes qui ont été identifiés, vous avez soulevé quelques questions autour du personnel, des plans d'urgence ou des plans sanitaires, du matériel, des filières de soins, autour de la question du confinement, mais aussi au niveau des différentes communications avec les différents niveaux de pouvoir ; des questions sur le plan économique, des questions sur le *testing*, sur l'opportunité également de l'évaluation ; la question aussi sur le modèle des maisons de repos en tant que telles, sur la place du résident ; enfin, sur la relation avec les hôpitaux.

Un peu comme vous, on a mis ces thématiques dans un ordre qui correspondait plutôt à l'affectation des réponses. Je vais donc me permettre, si vous êtes d'accord, de céder la parole à M. Vaessen pour répondre aux quelques questions qui ont porté sur le personnel, quelles ressources et aides extérieures possibles, la question sur la plateforme d'entraide, notre expérience, sur la question de Get Up Wallonia, si l'on a été associés, et aussi sur la question des équipes mobiles.

**M. Vaessen,** Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Dans le paquet personnel, j'ai cinq ou six éléments.

Premièrement, la plateforme solidaire. L'expérience que nous avons est relativement mitigée par rapport à cette plateforme. On a constaté qu'il y avait peu d'inscrits de notre perception, donc pas un grand succès. Par rapport à ce qui était proposé comme offre, on sentait une certaine inadaptation par rapport aux besoins sur le terrain puisque, pour la plupart des besoins, ils étaient surtout infirmiers. On connaît l'état des ressources en termes de monde infirmier. Évaluer cette plateforme, ce qu'elle a pu apporter ou ce qu'elle pourrait éventuellement apporter est une bonne chose.

Deuxièmement, la question des équipes mobiles. Le mitigé est aussi de mise, cela ne nous a pas été d'une grande aide. On a très peu d'informations, on pense même qu'à certains endroits cela n'a pas forcément mis en place, sauf erreur de notre part. C'est donc une vision assez mitigée par rapport aux équipes mobiles.

Sur la question du renfort du personnel, de la réserve de personnel, qui vient d'être soulevée, c'est une bonne question, comme toutes les autres d'ailleurs. On n'a pas de réponse toute faite par rapport à cette réserve. Cela renvoie à la question des pénuries, à la question de l'information en amont, à la question d'organisation pratique : « comment ferait-on une réserve comme celle-là ? ». Tout ce que je peux vous dire aujourd'hui, c'est que si la perche ou la main nous est tendue, on peut y réfléchir et venir avec des propositions concrètes.

Il y avait aussi une question par rapport à l'intégration dans les normes d'encadrement d'autres métiers, une réflexion qui est en cours chez la ministre de la Santé. C'est une bonne chose. On ne manquera pas – je pense que l'on avait eu une perche – de relayer nos propositions dans ce cadre-là, notamment par rapport à trois métiers – mais mes collègues auront sans doute d'autres idées – que l'on peut d'emblée vous mentionner, ce sont les métiers qui tournent autour de l'hygiène, infirmier hygiéniste notamment, logopède et diététicien.

Une dernière chose pour ce paquet personnel, mais si l'on a oublié des éléments on peut y revenir, la question des 260 millions d'euros et l'accord du Gouvernement par rapport à cela : c'est une bonne chose. Je sais que les négociations vont commencer ou ont commencé sur l'affectation de ces 260 millions d'euros entre différents secteurs. Il est entendu ici qu'aujourd'hui on ne peut vous dire que les maisons de repos devront faire partie d'un des secteurs prioritaires dans l'affectation de ces renforts.

Voilà, rapidement, sur le volet personnel, mais s'il y a des éléments qui nous ont échappé on peut y revenir, ou si mes collègues veulent me compléter, qu'ils n'hésitent surtout pas.

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - L'idée est de pouvoir se

compléter. Je me suis juste étonné du lien que vous avez fait entre le plan Rebond et l'accord non marchand en tant que tel. On a un accord non marchand au niveau fédéral, on a injecté aussi quelques millions d'euros au niveau fédéral avec ce fonds Blouses blanches en tant que tel.

Le risque était d'être face à une pénurie plus importante encore de personnel soignant susceptible de s'orienter au-delà de la Suisse, du Luxembourg, tel que cela a été judicieusement cité, de voir tout ce personnel partir dans le secteur des maisons de repos. À l'époque, nous avons donc interpellé les autorités régionales. Nous pensons que cet accord non marchand est aussi là pour répondre à une stabilisation des métiers de soins, quel que soit le niveau de compétences, en plus d'une bonne organisation à l'intérieur de chacun des secteurs.

On n'a pas forcément fait les mêmes liens que vous, c'est peut-être une erreur. On s'est peut-être enthousiasmés d'une autre manière.

**M. le Président.** - La parole est à M. Smeets.

**M. Smeets**, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea). - Si je peux compléter sur le même point, ne nous trompons pas, l'essentiel des 260 millions d'euros dégagés par le Gouvernement, c'est en vue d'un accord social qui vise à une revalorisation du personnel et à une meilleure formation de celui-ci et à un meilleur encadrement de formation. Ce n'est pas une augmentation du cadre de personnel dans les maisons de repos, comme on l'a évoqué ici, et d'aligner un certain nombre de normes MR vers les normes MRS ou d'avoir d'autres personnels.

Là, il faudra des moyens complémentaires si l'on veut rajouter de nouveaux types de personnels autour de la personne âgée. À ce qu'évoquait M. Vaessen, et l'on est tout à fait d'accord en la matière, j'ajouterais aussi le soutien psychologique, qui apparaît éminemment important en maison de repos, en plus des crises, de façon régulière et normale.

**M. le Président.** - La parole est à M. Vaessen.

**M. Vaessen**, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Je m'aperçois dans notre tableau que c'est toujours à moi sur toute la question des plans.

M. le Président du Parlement connaît mon ancienne histoire. Dès que l'on parle de plan, je suis touché, puisque je suis l'ancien coordinateur du plan Marshall.

Je laisserai mes collègues répondre sur la question des plans 2006-2009.

On vient d'aborder le plan Rebond. Pour nous, celui-ci est une bonne initiative pour nous. C'est quelque chose en plus qu'il va falloir mettre en place, avec la charge que cela signifie. Nous saluons toutefois cette initiative.

Toujours dans cette logique de plan, on connaît l'utilité des PIU, les plans internes d'urgence, dans chaque structure. C'est quelque chose qui avait été demandé. Cela fait un moment – on le disait tout à l'heure – que la structure est fatiguée, que le personnel est fatigué. Ce que l'on demande et on le répète, c'est une coordination plus centralisée de toutes les fiches et les outils qui peuvent aider à la construction de ces plans ainsi que d'organiser un accompagnement accru dans la mise en place sur le terrain de ces plans.

Nous avons réfléchi sur le temps de midi à un message complémentaire que nous souhaiterions vous adresser. Dans ce type de crise, il est important d'avoir une centralisation de la coordination. On préconise que, pour la suite, l'on ait une réflexion sur une coordination à l'échelon régional de ce type de crise et de solutions à apporter. Il est important d'avoir une ligne de commandement. Le terme est peut-être un peu brutal, mais vous comprenez ce qu'il y a derrière. Pour rassurer, cela aura le mérite de coordonner, de centraliser l'information, d'avoir un point de contact. Pourquoi ne pas transposer, peut-être pas mutandis mutandis, le concept de commissaire spécial Covid tel qu'il a été évoqué et qu'il est prévu dans l'accord du Fédéral ? Il s'agirait d'avoir un commissaire spécial – et ce n'est pas l'ancien délégué spécial au plan Marshall qui vous le dit – en Wallonie qui pourrait être chargé de ce rôle avec toutes les dimensions qui vont dans ce cadre, c'est-à-dire :

- le lien avec le Fédéral et ce qui pourrait se faire et ainsi donner une logique un peu interfédérale à la coordination d'une crise ;
- la transversalité, car on sait que ce genre de crise touche tous les secteurs et cela aurait le mérite de transversaliser de toutes les solutions réfléchies au niveau du Gouvernement ;
- un point de contact unique ;
- une faculté d'injonction hiérarchique de ce commissaire spécial pour aller vite et bien dans les solutions proposées par le Gouvernement et les différentes administrations.

Je terminerai sur la question des plans par la question de Get up Wallonia, qui nous a été également posée.

La Fédération des CPAS s'est associée à la *task force* Emploi-Social-Santé. C'est une des trois *task forces* qui font partie du dispositif Get up Wallonia. Nos collègues le sont moins. Ils revendiquent d'être davantage associés, même si l'on sait que la composition a été approuvée par le Gouvernement wallon. Il y a une revendication de cet ordre-là.

Une question a été posée : comment cela fonctionne-t-il ? De ma perception, on est à la deuxième réunion, au début de la dynamique. Il y a beaucoup de personnes très compétentes autour de la table.

Je pense qu'il y a un vivier de connaissances et de compétences pour avoir quelque chose qui est dans la rupture. Je pense, à titre personnel, que les enjeux autour de Get up Wallonia sont de quatre ordres.

D'avoir un plan qui soit opératif, budgétisé évidemment, avec une dimension inclusive, c'est-à-dire qu'il ne faut laisser personne sur le bord de la route – là, je mets ma casquette plus large de directeur général de la Fédération des CPAS –, en ce compris les personnes qui sont rayées de l'emploi et qui sont fragilisées. On sort un peu du sujet, mais c'est important de vous le dire aussi.

Ce matin, l'on a beaucoup parlé de la place des aînés dans notre société, on y est. Au-delà de la *silver* économie et de l'intégration de cette réflexion-là dans un plan de relance, avoir une place consacrée aux aînés dans une dynamique de relance fait partie pour nous d'un modèle sociétal qui est souhaitable : plan opératif, plan inclusif qui mobilise l'ensemble du Gouvernement wallon, un peu à l'instar de ce que l'on a connu à l'époque du plan Marshall. On sent que cette mobilisation a un alignement vraiment partagé autour des priorités du Gouvernement.

Je terminerai en disant aussi un lien avec l'ensemble des autres plans ou des autres niveaux de pouvoir, singulièrement le plan de sortie de pauvreté, puisqu'une dynamique est organisée dans ce cadre-là et les différents plans qui sont mis en place à l'échelon fédéral et de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour lutter contre la pauvreté.

Par ailleurs, il faut, selon nous, avoir des liens avec les autres niveaux de pouvoir. On a nos spécificités, la Wallonie a ses spécificités, mais c'est bien aussi de se parler.

Voilà en gros les demandes par rapport à Get up Wallonia et les quelques réflexions suite aux deux premières réunions, puisque, je vous le répète, nous sommes au tout début de la réflexion.

**M. le Président.** - La parole est à M. Smeets.

**M. Smeets**, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea). - Je voulais apporter deux petites précisions aussi, tout d'abord par rapport au plan qui existait. Notre perception des choses, c'est que, depuis fin 2005, le Fédéral a mis en place un plan de gestion des crises pandémiques sous la houlette du Commissariat Influenza qui a débouché après une série d'étapes en 2009 sur un vrai plan d'action fédéral, avec les différents organes qui se sont mis en place, RAG, RMG, et cetera, puis toute une série de choses qui

devaient s'en suivre, dont la gestion des stocks faisait partie. Cela, c'est une chose.

Quand j'évoquais les plans 2009, c'est à cela que je faisais allusion. Je pense qu'effectivement c'est un plan qui peut servir de base pour d'autres secteurs que le secteur essentiellement hospitalier, puisque c'était surtout axé là-dessus en termes de gestion de matériel.

Puis, l'on a appris, mon collègue y faisait allusion, via la presse, je pense que c'était mi-juillet, à l'existence d'un plan du professeur De Lepeleire, de 2007, sur plus précisément ce qu'il fallait mettre en place dans le secteur des maisons de repos, maisons de repos et de soins. Je dois vous avouer, je pense que mes collègues des autres fédérations ont le sentiment, c'est un plan qui nous est totalement inconnu, dont nous n'avions jamais entendu parler. D'après les éléments d'information que l'on a pu recueillir de ci de là, mon analyse des choses, c'est que c'est sans doute quelque chose qui a été demandé par le SPF Santé publique, le transport a été transmis au SPF Santé publique et c'est resté là et cela a été mis à la poubelle quelque part, parce que l'on a estimé que cela coûtait beaucoup trop cher et que ce n'est jamais remonté ailleurs. En tout cas, cela n'a pas été discuté dans les organes de concertation auxquels nous participons. Cela, c'est un élément.

Deuxième élément par rapport à la concertation et à l'organisation, très souvent, les maisons de repos ne savaient pas très bien quel était l'acteur qui allait interagir avec elles. Je prends un exemple, c'est la distribution du matériel. J'ai reçu plein de coups de fil au plus profond de la crise de gestionnaires de maisons de repos qui me disaient : « On a demandé du matériel via les adresses mails fédérales », qui ont varié au cours du temps, on ne va pas revenir sur ces épisodes-là. Ils ne savaient surtout pas quand ils allaient recevoir ni ce qu'ils allaient recevoir. L'interlocuteur n'existait pas ou n'était pas connu.

Ce que nous plaidons, c'est pour que – certains endroits, cela s'est fait –, au niveau des provinces, il y ait une prise en charge de ces aspects-là de crise. Le gouverneur peut s'entourer d'un certain nombre de personnes, avoir une sorte de mini-agence provinciale de santé qui peut être justement l'interface pour tous ces problèmes en cas de crise et pour répondre au plus proche du terrain, organiser les choses, parce que c'est à ce niveau-là que l'on connaîtra le mieux le terrain, qu'on aura une interface. Je plaide pour que l'on réfléchisse à un rôle de coordination à un niveau proche du terrain, la province en est un, mais cela peut être éventuellement d'autres niveaux, de façon à organiser concrètement les choses et avoir une espèce de forme de centralisation vers une hiérarchie que M. Vaessen évoquait tout à l'heure.

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Pour rester sur la thématique des plans, vous l'aurez compris, pour nous ce qui est important, c'est d'avoir un plan qui transcende les niveaux de pouvoirs en tant que tels, qui transcende les secteurs pour avoir une seule ligne de commandement.

Vous nous avez demandé également si le secteur était prêt, dans le cadre d'une nouvelle épidémie. La question c'est : quelle nouvelle épidémie ? C'est donc une question assez difficile à répondre.

Le seul élément qu'il nous paraît important de souligner c'est que l'on est, aujourd'hui, mieux préparés que nous l'étions au mois de mars. La question des stocks en tant que tels, tels qu'ils nous ont été demandés d'être constitués, sont en cours de constitution.

L'annonce n'a pas échappé aux fournisseurs qui ont fait flamber les prix, bien évidemment. Cela remet un peu de complexité aux situations financières, malheureusement.

On n'est pas convaincus non plus qu'il soit pertinent que ces stocks stratégiques soient constitués de cette manière-là et je pense que cela vient d'être évoqué par M. Smeets. À un moment donné, cela ne doit-il pas plutôt se situer à un niveau provincial en tant que tel parce que, en termes de matériel, et ce sera le point qui sera développé juste après, ce n'est pas du matériel qui est usuellement utilisé dans les maisons de repos. En tant que tel, il y a bien une boîte de masques s'il y a peut-être un soin un peu plus spécifique à mettre en place, un pansement, on ne pas hospitalier un résident parce qu'il y a un pansement à faire. On fera néanmoins le pansement dans de bonnes conditions, par du personnel qualifié.

C'est un élément, effectivement, qu'il est important, me semble-t-il, de souligner. On fait le travail à un coût plus élevé, mais certainement faudra-t-il faire en sorte que ce stock soit repensé, à terme, autrement, en tout cas qui tourne à nouveau pour éviter le caractère périssable de ce stock.

La question a également été posée : comment peut-on activer un plan qui n'existe pas puisque l'on est seulement en train de travailler sur les plans d'urgence internes pour ces secteurs qui ne bénéficient pas de plans d'urgence hospitaliers ?

En fait, lorsque nous avons été contactés par la Direction générale de la Santé publique, au niveau fédéral, l'idée n'était pas d'activer le plan d'urgence hospitalier, c'était de se mettre en ordre de marche. Le plan hospitalier a été activé 14 jours plus tard, aux environs du 14 mars, je pense. Mais dès le dimanche soir, on a commencé à se poser une série de questions en disant : bénéficie-t-on de matériel ? On a l'expérience de la Chine, entre autres, l'expérience de l'Italie, a-t-on du

matériel de protection individuelle, a-t-on des masques, des gants, des blouses de protection, des respirateurs pour les situations les plus aiguës ?

C'est ce contact qui a été d'emblée initié.

Effectivement, deux semaines plus tard, on a activé le plan d'urgence hospitalier, mais on avait déjà activé quelque chose et c'est important à comprendre.

À côté de cela, il existe, en dehors des plans d'urgence hospitaliers, des plans d'urgence provinciaux, les plans blancs. Ils existent, ils sont définis. Ce n'est pas parce qu'aujourd'hui on demande au secteur, entre autres, des maisons de repos, mais aux autres secteurs relevant de la compétence de la Région wallonne, de faire un plan d'urgence interne, qu'il n'y avait rien. Il existe. Effectivement, aujourd'hui, des plans provinciaux et l'on essaie d'apporter une certaine responsabilité, à juste titre, à l'intérieur de la maison de repos pour qu'elle puisse mieux se préparer à des risques auxquels elle n'était jusqu'alors que peu, voire pas du tout, exposée.

Je pense que c'est important de bien comprendre dans mon exposé que ce n'est pas le plan tout fait en tant que tel, c'est la prise de contact, c'est se soucier de la situation et c'est se dire : que peut-on faire ensemble ? C'est là que l'on a observé un certain décalage entre les niveaux de pouvoir, peut-être, entre les secteurs, très certainement.

Puisque j'ai l'opportunité d'avoir la parole, je poursuis sur un autre sujet que mes collègues m'ont demandé de développer, c'est justement ce matériel en tant que tel et vous nous avez interrogés sur la plateforme De Backer. On s'est posé beaucoup de questions et cela a déjà été évoqué par l'un ou l'autre d'entre nous, qui est censé nous fournir du matériel ?

Bien sûr, on peut partir du principe que chaque institution est responsable de fournir le matériel adéquat.

Sa mission est-elle d'affronter une crise covid mondiale ? Ce que j'ai pu entendre la semaine dernière me semble un peu court comme élément de réponse et comme responsabilisation du directeur de la maison de repos. Je pense que le directeur de la maison de repos a tout mis en œuvre pour gérer et assumer sa mission habituelle. Lorsque l'on est dans une situation particulière, on en sort bien évidemment.

Fort heureusement, les autorités, dans un cadre exceptionnel, nous ont aidés. On s'est effectivement interrogés : est-ce la Région wallonne ou est-ce le niveau fédéral ? Au-delà du plan d'urgence hospitalier, on a cru comprendre que l'on était passés en phase fédérale de la crise. Le Fédéral reprenait la main sur l'ensemble des compétences. C'est le message qui nous est parvenu en tant que tel. Lorsque l'on a interrogé la Région wallonne, on nous a expliqué que la Région

wallonne avait néanmoins mené une série d'actions pour fournir du matériel, mais en venant se greffer au marché qui était passé par le niveau fédéral. On avait dépassé le plan d'urgence hospitalier et l'on était passés en phase fédérale.

Les institutions relevant de la Région wallonne, mais aussi celles relevant du niveau fédéral, ont compté dans un premier temps sur ce groupe de travail qui s'est mis en place dès le dimanche 1er mars au soir. Le mercredi, on se réunissait déjà entre fédérations, autres acteurs et autorités fédérales et régionales pour réfléchir à la problématique du matériel.

Ce groupe est devenu permanent et il s'est réuni sept jours sur sept pour coordonner la capacité hospitalière parce que c'était la préoccupation selon les mauvaises expériences de nos voisins européens. Le réflexe était-il bon ou pas ? Je n'ai pas à en juger, mais je peux comprendre qu'il était important de maintenir un système de santé en tant que tel. Cette plateforme s'est également penchée sur le matériel.

Quelques jours plus tard, la gestion de ce matériel est passée au niveau de l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé, l'AFMPS, sous une autre direction générale. Cela n'a pas fonctionné de manière extraordinaire du tout. Vous avez souligné le caractère nuancé de nos propos, ce que l'on essaie de faire. Néanmoins, cela a nécessité assez rapidement l'intervention de la ministre De Block qui, vu sa responsabilité en phase fédérale, a confié au ministre De Backer la gestion de la problématique du matériel.

Cela nous a rassurés dans un premier temps parce que nous avons vu la constitution de cinq groupes de travail : l'un portant sur le matériel de protection, l'un sur le *testing*, l'un sur tout le *medical device*, tout le matériel nécessaire à la mise sous respirateur d'un patient, et cetera. Les fédérations ont été généreusement invitées à un des cinq groupes de travail, estimant, par certains, que nous n'avions pas l'expérience du terrain. Pour rappel, je venais d'arriver dans la fédération après avoir dirigé un hôpital pendant sept ans. Je me suis demandé si j'allais comparer le CV des uns et des autres par rapport à cela – mais c'est pour la boutade.

Cette plateforme fédérale De Backer qui s'est mise en place a créé une adresse mail, dans un premier temps, qui ne répondait pas à nos mails. Tout à l'heure, vous posiez la question de l'absence de réponse : quels courriers ou interpellations n'ont pas fait l'objet de réponse ? Ce type de questions, en disant : « Attention, vous êtes en train de réfléchir à du matériel de protection pour les hôpitaux, mais n'oubliez pas qu'il y a des hôpitaux psychiatriques dans lesquels il y a des cas confirmés et aussi tous les secteurs relevant de la Région wallonne. Ne les oubliez pas, c'est important aussi de les considérer dans vos commandes ». Là, à nouveau, pas de réponse. Cela fait partie des quelques exemples.

Cette plateforme De Backer s'est ensuite modernisée et elle a mis un outil informatique plus utile, étant débordée de mails.

On peut comprendre d'ailleurs, tous ces mails venant de l'ensemble des secteurs, puisque c'était devenu la source d'approvisionnement en termes de matériel. De cette plateforme, vous aviez la possibilité de communiquer vos stocks ou encore de communiquer le matériel manquant. Vous aviez une réponse automatique expliquant : « Votre matériel est en rupture de stock ». Alors que si vous avez ce type de réponse chez IKEA, et je me permets de faire un peu d'ironie, vous savez au moins quel est le matériel qui manque, avec une référence, et cetera. Là, vous ne le saviez même pas. Vous saviez que votre matériel était manquant, mais parmi les 10 types de matériel que vous aviez commandé, vous ne saviez même pas celui que vous alliez recevoir ou celui qui était manquant. Là, la communication avec le Fédéral a été désastreuse et la gestion du matériel a été désastreuse.

Pour rester un instant sur la thématique du matériel, je pense que vous aviez aussi posé la question de savoir : le matériel était-il essentiel ? le matériel aurait-il pu... Aurait-on mieux fait ou moins bien fait sans matériel ? On part du principe qu'il y a trois leviers fondamentaux, et sans doute les experts vous l'auront expliqué, pour contrer cette pandémie. C'est le confinement, il faut essayer de garder cette distance sociale. Le reconfinement, mes collègues en parleront tout à l'heure. C'est quoi un bon confinement dans le secteur des maisons de repos ? En tout cas, c'est de prendre ses distances. C'est aussi de pouvoir continuer à apporter des soins, et là la distance devient plus compliquée. À ce moment-là, on protège et le bénéficiaire et l'intervenant, donc le matériel est fondamental. Sans matériel, on s'expose à une propagation de la pandémie. Le troisième élément, c'est le *testing* et c'est de voir qui est positif, qui est négatif et comment adapter la bonne prise en charge, le bon confinement, et cetera. Sur les trois leviers principaux, nous en avons un, le confinement, avec toutes les conséquences dont mes collègues vous entretiendront dans un instant. Voilà pour le matériel, me semble-t-il.

Oui, peut-être encore un point important, c'est que nous avons eu le sentiment, parce que parfois on a des sentiments aussi. Tout n'est pas toujours objectif ou objectivable. On avait là le sentiment que le matériel avait comme cela un cheminement. Arriver à l'aéroport de Liège et puis repasser par le port d'Anvers avant de revenir en Wallonie. On s'est dit : « Tiens, certains hôpitaux ont l'air déjà d'être servis en Flandre, alors qu'en Wallonie, on attend toujours ». On a demandé de savoir quel était le matériel qui avait été livré, quelles étaient les clés de répartition sur 2 millions de masques arrivés en Belgique tel jour ? Comment ces deux millions étaient-ils répartis entre les secteurs, entre les Régions, et cetera ? Il nous a fallu des mois, des mois et des mois pour obtenir les clés de répartition. D'où

quelque part un sentiment, peut-être objectivé par une certaine forme de suspicion. La transparence, le manque de transparence, pour nous a été un élément aussi d'agacement.

Voilà pour le matériel, mais à nouveau on pourrait vous en parler, parce que cela a été au pied de la crise. Vous savez que le ministre De Backer beaucoup communiqué dans les médias et à un moment donné est parti du principe qu'il allait annoncer, je pense, deux fois par semaine. Il s'était donné un rythme ministre transparent, ministre modèle et allait communiquer deux fois par semaine. En fait, la communication, soit on avait une veille médiatique excessivement importante soit la communication nous était relayée par Iriscare, par Bruxelles. C'est ennuyeux de se dire que la communication De Backer ne nous arrivait pas, ni vers les affiliés ni vers les fédérations. À nouveau, De Backer a travaillé dans son coin et heureusement que certains d'entre nous se présentent également à Bruxelles pour récupérer l'information. Parce que sinon, nous n'avions aucune idée de la capacité de *testing*, de la capacité du matériel, des arrivages en Belgique, et cetera.

Voilà pour le matériel. Il me semble avoir abordé les différentes réponses en termes de matériel.

En termes de filière de soins, et c'est peut-être aussi en lien avec ce que l'on a tout à l'heure considéré comme la chaîne de commandement. Nous sommes convaincus de la nécessité d'une intégration beaucoup plus grande entre les différents secteurs, entre l'offre de soins dans une région donnée. Aujourd'hui, le niveau fédéral a créé des réseaux hospitaliers.

Ils sont en cours de constitution. On a parlé de cette liaison fonctionnelle entre les maisons de repos et les services gériatriques d'un hôpital. Effectivement, cette liaison fonctionnelle fonctionne de manière un peu différente, parfois elle est plus intensive, parfois elle l'est un peu moins. Nous sommes convaincus qu'il est important d'adjoindre à ces réseaux hospitaliers les différentes institutions de soins et de services, même qui relèvent de la Région wallonne, dans ces réseaux, et de créer cette offre de soins mieux coordonnée en termes de déclenchement d'urgence sanitaire, en termes de mise à disposition de matériel, mais aussi en termes de compétences. On a parlé tout à l'heure de compétences, on ne va pas démultiplier les mêmes compétences partout. Par contre, on doit pouvoir, à l'intérieur d'un réseau vaste et diversifié, pouvoir compter les uns sur les autres. On revient donc sur cette notion de bassin de soins en tant que telle. Il me semble dès lors avoir répondu à la question de la filière de soins.

M. Rombeaux va vous entretenir maintenant de cette question délicate du confinement.

**M. le Président.** - La parole est à M. Rombeaux.

**M. Rombeaux**, Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie. - Avant cela, je vais d'abord faire un ou deux compléments par rapport à la question du matériel, parce que je ne souhaitais pas couper dans son élan fougueux mon honorable collègue.

J'ai été assez interpellé par un élément qui vous a été communiqué semaine passée, en tout cas dans le compte rendu provisoire. Une représentante de l'AViQ dit, je cite : « Le Code wallon de l'action sociale dans ses annexes mentionne que chaque gestionnaire, chaque établissement se doit d'avoir des équipements en nombre et en qualité suffisante pour faire face aux besoins des résidents ».

J'ai été assez interpellé parce que cela fait 27 ans que je suis dans le secteur, j'ai été voir s'il y avait une mention de ce type dans la présentation des maisons de repos, il n'y en a pas. On dit, pour certains types d'équipement, je pense aux sanitaires ou à certains types de personnel, qu'il faut en avoir un nombre suffisant, et après l'on donne une norme. Une mention aussi générale, cela n'existe pas.

Avant le covid, si un gestionnaire avait un stock, c'était dans une bonne gestion de santé publique pour faire face à des situations d'isolement. On avait donc une petite boîte de masques, une petite boîte de blouses jetables, mais c'était uniquement par rapport à cela, il n'y avait pas d'imposition. C'est un élément historique à rappeler. Si l'on prévoit quelque chose, ce qui est défendable, il faudra adapter le texte et aussi avoir un mode de calcul précis, des discussions ont lieu en ce sens.

Un autre élément par rapport au matériel. Attention, tous les gestionnaires ne sont pas en capacité d'évaluer la qualité du matériel. Déjà quand il y avait des commandes groupées, que ce soit le Fédéral ou la Région, on a acheté du matériel qui n'était pas top.

Dire que l'on va demander à des gestionnaires, qui en ont plein les pieds : « Vous allez acheter du matériel », ils ne savent pas évaluer la qualité, cela pose question.

Je pense que cela plaide pour qu'il y ait une certaine forme de centralisation. Je pense que M. Smeets s'est avancé. Je ne dis pas que cela doit être au niveau régional, provincial, mais ce serait plus rationnel d'avoir une forme de centralisation. Je ne dis pas que c'est un modèle à suivre, mais à Bruxelles Iriscare va faire une centrale d'achat, ceux qui veulent iront et ceux qui ne veulent pas n'iront pas. Ce n'est pas stupide de mon point de vue. C'est un élément de précision que je souhaitais apporter.

Si l'on dit maintenant que c'est aux établissements d'avoir le matériel, il faut aussi être conscient que ce matériel a un certain coût, donc il faudra qu'il y ait une intervention qui soit un peu plus que les quelques

centimes – je crois que c'est 7 centimes – qui sont dans le forfait à l'heure actuelle.

**M. le Président**. - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq**, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Je voudrais compléter à ce niveau, c'est important. M. Rombeaux a tout à fait raison. En ce qui concerne le matériel de soins qui est financé, vous avez ce que l'on appelle le petit matériel de soins, ce sont des pansements, des compresses ; puis vous avez la matériel de prévention des maladies nosocomiales, où l'on suppose avoir une procédure d'utilisation de ce matériel. En fait, on ne se trouve essentiellement avec du gel, des flacons qui doivent être à l'entrée de chaque chambre. Le financement par résident est de 7 centimes d'euro par jour. C'est donc très loin des moyens nécessaires pour pouvoir constituer une réserve stratégique de trois mois.

**M. le Président**. - La parole est à M. Rombeaux.

**M. Rombeaux**, Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie. - Je vous signale que c'est un mois à Bruxelles. Je ne me lance pas dans des débats de calculs pour savoir s'il faut un ou trois mois. La question, c'est qu'il faut que ce matériel puisse être utilisé de manière efficace et aussi que l'on ne soit pas amené à le jeter une fois qu'il est périmé. On a bien des moyens très limités : 7 centimes, pour rappel. Avec cela, vous n'avez pas un masque par jour.

J'en viens au confinement. Concernant le principe de la mesure, dans un contexte où l'on n'avait pas de matériel de protection et pas de *testing*, on devait le faire, on n'avait pas d'autre choix. Sinon, l'évolution aurait été bien pire. Il faut voir ce qu'il s'est passé à l'étranger. En Allemagne, on a testé beaucoup plus tôt et l'on a commencé à produire du *testing* beaucoup plus tôt. La culture industrielle y est sans doute plus développée. On aurait pu avoir un autre scénario, mais, objectivement, en mars, on n'avait pas tellement d'autre possibilité.

Une série d'initiatives ont été prises avec des moyens de communication numérique. Ce sont des choses qui seront à généraliser ou à promouvoir, mais cela suppose aussi que l'on donne aux maisons de repos les moyens pour développer ces outils.

On peut aussi réfléchir à des formules du style sas de visites. On sait aussi qu'il y a eu des accommodements raisonnables. À certains endroits où l'on avait un parc, il y avait sur le banc un membre de la famille et le résident qui sortait, et un membre du personnel qui restait. Même s'il y avait un confinement strict, il y avait aussi une certaine forme d'humanité et de pragmatisme.

Maintenant, du matériel de protection et du matériel de *testing*, on en a, même si l'on sait qu'il y a pénurie pour certains composants. Aujourd'hui – je ne parle pas de la situation en mars –, ce qu'il faut, c'est que le droit

de visite puisse s'exercer et que les maisons de repos « récalcitrantes » ou dans le syndrome de la cabane sortent un peu de la cabane. C'est une question de bien-être pour les résidents. La Région va adapter sa circulaire incessamment. M. Frédéricq et moi-même sommes conviés à ces débats. Sur cette question, il y a unité de vue entre le cabinet, les fédérations et le secteur.

M. Dispa a évoqué la question de savoir s'il ne fallait pas laisser un peu de latitude aux gestionnaires. Franchement, si l'on avait laissé de la latitude au moment de la crise sur ce point, on aurait eu de gros problèmes de communication avec les familles qui n'auraient pas compris que c'était possible à certains endroits et pas à d'autres. Dans une même commune, comment expliquer cela ? Il faut avoir un cadre avec éventuellement un peu de souplesse, mais quand on était en crise il fallait confiner. Inversement, maintenant, c'est le droit de visite qui doit revenir, et l'on ne discute pas.

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Sur le confinement, vous avez posé la question sur le droit de visite tel que décidé par le Conseil national de sécurité. Vous demandiez si c'était une bonne ou une mauvaise décision. Notre sentiment, toujours basé sur les informations des affiliés, c'est que l'on a un peu confondu le déconfinement de la société civile avec le déconfinement des institutions de soins en tant que telles. À l'époque, on a rouvert certaines choses et l'on a réaccordé une série de droits aux citoyens. C'était bien nécessaire et d'ailleurs il y avait une pression citoyenne qui nécessitait d'envoyer des messages négatifs. On s'attendait au départ à être confinés pour trois semaines et puis cela a duré un peu plus. Cela commençait à avoir des conséquences désastreuses.

Cependant, inclure d'emblée les maisons de repos dans cette phase de déconfinement sans concertation préalable avec le secteur, sans temps pour s'organiser, le secteur l'a très mal pris parce que cela faisait des mois qu'il faisait une série d'efforts malgré un sourire un peu moins marqué du résident, mais dans l'intérêt de leur santé et parfois de leur vie. Le secteur n'a pas compris.

Mais quelques semaines plus tard, le secteur était demandeur que l'on puisse avancer sur une circulaire du déconfinement, mais avec cette préparation, cet accompagnement, cette logique, ces précisions qu'il était nécessaire d'apporter, pour ne pas se retrouver du jour au lendemain face à une réinfection de la maison de repos ou une nouvelle infection pour toutes celles qui avaient été préservées. C'était aussi quelque chose d'important.

Ce n'est pas que la décision était mauvaise, c'est qu'elle a manqué de concertation, elle était un peu trop

rapide. Il nous fallait peut-être un peu plus de temps pour l'intégrer. Mais on a voulu accélérer la réouverture des visites, ce qui vient d'être évoqué par mes collègues.

**M. Rombeaux**, Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie. - J'ajouterais aussi qu'à ce moment-là, on n'avait pas de matériel de protection pour le personnel dans une série de maisons. Comment imaginer d'organiser des visites si l'on ne peut pas protéger le personnel et que l'on fait venir des personnes de l'extérieur dont ne sait rien ?

Je pense que sur le plan humain, l'intention humaine, l'intention était louable. Mais cela aurait dû être concerté. Je pense que l'on peut là jeter une petite fleur à Mme la Ministre Morreale, elle a après donné son accord, mais en faisant ça progressivement et en réfléchissant de façon cadrée.

Si je peux ajouter un point, on parle ici des maisons de repos, mais il y a des tas d'autres secteurs résidentiels – personnes handicapées, centres de revalidation, maisons de soin psychiatrique, habitations protégées, et cetera – où le problème était un manque total de communication et de directives. S'il y a une leçon à retenir pour l'avenir, c'est que l'on puisse avoir une communication ciblée et adéquate pour tous les secteurs. Elle ne doit pas être la même pour tous les secteurs, mais chaque secteur doit recevoir des instructions claires. Je connais des tas de centres de revalidation qui ne savaient pas quoi faire. Ils ont un petit peu bricolé, en prenant un petit peu de ce que l'on devait faire à l'hôpital, un petit peu de ce qu'on devait faire en maison de repos, et essayer d'avoir quelque chose qui tenait plus ou moins la route, mais sans directives claires, et sans nécessairement avoir tous les éléments en main pour prendre des décisions. L'important est d'avoir cette vision de tous les secteurs, et d'avoir des instructions et des directives claires pour chaque secteur.

**M. le Président.** - La parole est à M. Smeets.

**M. Smeets**, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea). - Cela me permet de répondre à la question de tout à l'heure sur le nombre de circulaires. C'est bien d'avoir des circulaires qui permettent d'intégrer certaines spécificités des secteurs. Mais il faut une base cohérente en tant que telle, parce que le personnel se croise, se parle. Parfois, les bénéficiaires, les usagers passent d'un secteur à l'autre : d'un côté, ils peuvent faire certaines choses, d'un autre, ils ne peuvent pas.

La complexité est là. À un moment donné, ces circulaires n'avaient pas cette base cohérente. On partait d'emblée dans la spécificité, dans de la méconnaissance, basée parfois sur Sciensano, parce que c'était la seule base scientifique. On s'est retrouvé avec des circulaires parfois trop détaillées. Plus on va dans le détail, plus on

soulève des incohérences en tant que telles à un moment donné, des points qui s'opposent. On aurait voulu avoir quelques grands principes généraux identiques pour les secteurs, peut-être l'une ou l'autre spécificité. Puis, laisser au gestionnaire sa capacité de mettre en œuvre selon son architecture, selon la taille de l'institution, selon toute une série de critères.

La région est aussi un critère. Vous avez posé la question ce matin sur d'éventuelles corrélations entre des maisons qui ont été touchées et celles qui ne l'ont pas été. La corrélation n'a pas pu être établie en fonction de sa taille, mais plutôt de la région. Les régions ou provinces plutôt qui ont été les plus touchées sur base des chiffres hospitaliers – les seuls chiffres dont nous disposons, communiqués tous les jours – étaient également un peu plus touchées. C'est la seule corrélation que l'on a pu établir.

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Un premier élément sur la communication est celle avec les autorités, puisque le secteur a interpellé via des courriers. Il y en a eu un en mars à Mme De Block, un début avril à De Backer, un fin juillet à Mme Wilmès. On n'a jamais eu aucune réponse officielle à ces différents courriers.

Par ailleurs, mon collègue Nessa rappelait qu'il avait écrit à Mme Morreale, et il n'a pas eu une réponse en bonne et due forme. On comprend que tout le monde était fort occupé et surchargé. Mais il y a avait un manque de feed-back qui me semble assez clair.

Avec la Région, particulièrement Vincent et moi-même avons participé à un nombre assez important de réunions de concertation, de discussions sur des circulaires et on a souvent été entendus, pris en compte, avec parfois des difficultés liées au fait qu'une fois qu'il y avait un accord ou un équilibre avec des techniciens, il fallait que cela passe par la voie hiérarchique et la circulaire prenait un certain temps.

Maintenant, la communication venant de la Région a-t-elle toujours été efficace puisque, au niveau du terrain, cela n'a pas toujours été très bien reçu bien que nous ayons fait de notre mieux ? Je pense qu'il faut aussi tenir compte du fait que l'on a travaillé dans un contexte d'urgence, avec des personnes qui étaient débordées, parfois exténuées. Honnêtement, autour de la table virtuelle, parfois, je me disais : « Cette personne-là risque de faire un burn-out ». Il faut aussi se replacer dans le contexte.

Nous pourrions sans doute mieux communiquer, je pense que Mme Bouton l'a dit semaine passée. Mais il faut aussi tenir compte du contexte et il faudra surtout à l'avenir consolider tout ce que l'on a pu apprendre, que ce soit dans un plan, un vade-mecum ou une collection de l'Académie française. Enfin, il faudra que l'on ait une

série d'éléments dans le tiroir ou dans la bibliothèque grâce auxquels on pourra avancer assez rapidement en cas de problème.

Oui peut-être une petite précision, effectivement la communication était plus compliquée avec certains acteurs du Fédéral, beaucoup moins avec la direction générale du SPF Santé publique. La communication a été, me semble-t-il, excellente avec la Région. Un courrier de la ministre Morreale n'a pas fait l'objet d'une réponse, c'était notamment sur les aspects budgétaires qui s'arrêtaient au 30 juin. Pour le reste, j'ai eu plusieurs fois Madame la Ministre au téléphone et elle s'est montrée très disponible. Je ne voudrais pas vous laisser penser que la collaboration n'était pas de qualité ; que du contraire. Voilà, cela s'est assez bien passé.

Maintenant, c'est vrai que les filières de communication étaient un peu particulières. On parlait des niveaux de compétences. Les courriers adressés aux hôpitaux ne venaient pas de la Santé publique, mais venaient de la Région. C'est une spécificité quand même. Ils étaient bien préparés à un niveau fédéral, parce que c'est de la compétence du niveau fédéral. Malgré tout, c'est la Région qui en faisant le relai. Cela devenait un peu compliqué pour nous de nous y retrouver. On se demandait qui était responsable de quoi dans cette crise. Puisque là, on sortait même des compétences habituelles prescrites par la loi. Était-ce de l'entraide ? Je pense que oui. Je pense que c'était dans le cadre d'une meilleure collaboration et, notamment, de l'utilité peut-être d'avoir des textes correctement traduits. C'était aussi une certaine spécificité dans la communication avec des éléments parfois positifs, parfois un peu moins.

**M. Rombeaux,** Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie. - Si je peux juste donner un complément, je crois qu'il faut se rendre compte du nombre et du volume des circulaires : c'est un total de dizaines et de dizaines de pages qui ont été envoyées. Y avait-il moyen de faire mieux, plus bref, plus synthétique ? Ici, on est tous coresponsables puisqu'elles ont toutes été prises en concertation. On peut donc témoigner que l'on a passé beaucoup de temps, mis beaucoup d'énergie à essayer d'être complets – peut-être trop – et à essayer aussi de suivre les choses au fur et à mesure. Je me souviens de discussions que nous avons eues sur la définition de la bulle. Ce n'est pas si simple à mettre en place dans une maison de repos. Pour finir, on a décidé que la maison de repos était une bulle.

À un moment donné, on est arrivé à un stade de saturation des directions et il faut trouver impérativement des moyens de communication plus simples, sinon visuels. On a un exemple qui est en voie d'élaboration. Il s'agit de trois feuilles disant : « Je suis dans telle situation de telle région, voilà ce que je peux faire, je dois prêter attention à ceci, voilà ce que je ne peux pas faire ». Ce sont en fait des bulles de couleur – entre nous, on dit des boulettes –, des codes. Rouge,

ce n'est pas possible. À partir du moment où il y a telle situation, rouge par exemple, c'est : stop aux visites en chambre. Ce sont des outils dont les directions ont besoin parce qu'elles sont vraiment fatiguées.

Le plan interne d'urgence, tel qu'il a été élaboré par le consultant, on en a eu un certain nombre de réserves que l'on a exprimées là-dessus parce qu'il n'était pas très pratique et très utilisable. Ce sont les premières réactions courroucées que j'ai reçues de mes affiliés quand ils ont vu le contenu de ce qu'ils devaient implémenter dans un délai très court. Vraiment, les premières réactions en disant : «Que nous demande-t-on encore ?».

Pour finir, on constate hier qu'il y a déjà 414 établissements qui ont rentré le plan.

Il y a donc beaucoup de bonne volonté, mais maintenant il faut que l'on se mette en place tous ensemble pour que l'on réussisse à trouver des synthèses claires, nettes et précises.

Voilà, en deux, trois pages et de manière très visuelle, pour aider les établissements et le personnel à comprendre les consignes. Je crois qu'il s'agit de l'enjeu à très court terme.

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - En termes de communication, je voudrais quand même exprimer un regret, à nouveau parce que l'on a pu le comparer à un autre niveau de pouvoir. Je vous le disais il y a quelques minutes, en tant que fédération nous recevions tous les jours le nombre de nouveaux patients hospitalisés avec l'état d'occupation des lits et notamment l'état d'occupation des lits de soins intensifs.

Cet enregistrement a été mis en place dans ce fameux groupe permanent initié dans les tout premiers jours du mois de mars.

La Région wallonne a mis en place ce type d'enregistrement. Cela vous a été expliqué il y a quelques jours.

Tout à l'heure, on a reparlé parfois d'un défaut technologique, mais avec un tableau Excel souvent c'est un défaut de compétence à l'utilisation d'Excel parce que celui qui maîtrise Excel à 100 % est déjà excessivement brillant. Avec Excel l'on peut faire beaucoup de choses et on recevait un tableau Excel du fédéral.

Cela nous permettait surtout de voir dans quelle mesure la pandémie évoluait province par province et de constater, par exemple, que le Namurois était peut-être préservé à un certain moment, ce qui nous permettait de retourner vers les hôpitaux et d'organiser

des entraides parce qu'il y avait moins de cas en tant que tels.

Sur les secteurs relevant de la Région wallonne, nous n'avons jamais eu ce retour. On a néanmoins tenu, je me souviens, une réunion un vendredi soir, avec l'AViQ et l'un ou l'autre représentant du cabinet de Mme la Ministre Morreale, et j'ai pris l'exemple du fédéral en disant qu'il y avait moyen de faire un outil très simple et qui allait nous aider en tant que fédération.

Cela n'a pas été suivi de faits, donc là c'est un regret parce que l'on parle de *testing* et c'est bien de tester, mais si derrière on ne communique pas sur les chiffres – et l'idée n'était pas de savoir combien de cas dans telle maison de repos ou dans tel centre d'hébergement pour les personnes en situation de handicap, mais bien de voir par secteur ou par province comment les choses évoluaient. Cela nous aurait permis de prendre des actions, notamment de collaboration.

On a parlé de collaboration hôpitaux-maisons de repos et cela vaut pour tous les autres secteurs, pour cela il faut des données, des chiffres.

On a parlé de la culture de l'évaluation tout à l'heure, là clairement, sans chiffre, sans mesure, on ne sait rien évaluer.

On avait une mesure, mais elle était égoïstement conservée à un endroit et c'est un regret parce que je pense que l'on aurait pu faire beaucoup mieux si ces chiffres avaient été partagés, ne fût-ce qu'avec les fédérations.

**M. le Président.** - Vous en avez terminé ?

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - On termine tout doucement.

**M. le Président.** - Non, je ne voulais pas vous presser, mais je voulais savoir.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Il nous reste trois sujets ..

Nonobstant quelques petits ajouts.

Premièrement, concernant les aspects financiers, il faut être de bon compte. La Région wallonne a fait des efforts significatifs.

Pour mémoire, c'est 650 euros par lit, ce sont des mesures d'immunisation sur les deuxième et troisième trimestres et ce sont aussi des mesures de neutralisation.

Techniquement, c'est assez compliqué et il faudra évaluer cela pour voir si avec toute la bonne volonté du monde, on n'a pas commis d'impair.

Maintenant, et cela a été dit, on reste avec une sous-occupation importante et quand une place n'est pas occupée, cela a été dit par M. Frédéricq et je confirme, on perd 100 euros par jour et par place non occupée.

Cela pèse donc lourd sur les budgets. Donc, il faudra poursuivre certaines mesures.

La mesure la plus évidente est l'immunisation du dernier trimestre 2020 et peut-être même l'immunisation du premier trimestre 2021, parce que je ne suis pas certain que les choses, en termes de confiance, c'est le gros problème dans ce pays actuellement – je présume que vous avez vu le sondage qui a été publié par *Le Soir* tout récemment .

Cela permettrait déjà de sauver la mise au niveau du forfait AViQ. Maintenant, sachant que cela ne coûte rien à la Région, puisque cela permet uniquement d'utiliser un budget existant, mais aussi la perte du prix à la journée. Il faudrait sans doute avoir quelque chose qui ressemble un peu à ce qui a été fait à Bruxelles, où il y a eu, sur base d'une sous-occupation constatée par rapport à 2009, une intervention sur base d'un prix moyen. Sinon, je crains qu'au niveau financier on n'ait pas les moyens pour assurer la continuité des soins comme en 2019, mais aussi à faire face à un éventuel rebond que je ne souhaite bien entendu pas.

Je pense que l'on en arrive au point important du *testing* et c'est M. Frédéricq qui nous en parle.

**M. le Président.** - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq,** Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Je pense que vous avez apprécié notre modération et notre retenue. Au fil des interventions, vous devinerez que, quand il nous arrivera de nous retrouver dans des locaux rue de la Loi, à Bruxelles, vous verrez notre assertivité toujours dans le cadre d'une éducation qui se veut parfaite, mais cela va quand même un peu chauffer.

Concernant le *testing*, tout a manqué au départ. Par rapport au choix de la Région qui a été fait à propos de la première livraison, qui était intitulée dans les échanges « crash test », c'étaient les 20 000 tests qui ont été annoncés par M. De Backer par communiqué de presse je ne sais combien de fois et qui au final sont arrivés. Chaque Région a décidé de mettre ses priorités.

La priorité a été mise sur le *testing* du personnel dans les plus gros clusters. Cela peut se défendre, mais de notre côté, en analysant cela ensemble, nous considérons que, quand un cluster se produit dans une maison, c'est l'ensemble des personnes qui sont présentes dans l'établissement qui doivent être testés, pas seulement le personnel, mais aussi les résidents.

Sinon, il y a une partie qui ne peut pas être identifiée comme étant positive et qui ne peut pas, le cas échéant, être cohortée.

On a connu une insuffisance de matériel. Il y a eu au départ beaucoup de problèmes un peu partout, des problèmes qui se sont répétés, mais de manière moindre à propos des *testings* préventifs, c'est-à-dire des kits de tests qui viennent avec un mode d'emploi incorrect, qui provoquent parfois des saignements de nez importants, des kits de prélèvement qui viennent sans code-barre, ce qui fait que le prélèvement est fait, mais on ne peut pas l'utiliser.

Il faut retenir deux choses. Premièrement, c'est que l'on s'est trouvé face à des opérations logistiques extrêmement lourdes à mener tant au niveau des administrations que des établissements. Ce n'est pas rien de tester tout un établissement. Par exemple, il faut faire venir le personnel.

En ce qui concerne la politique et la stratégie de *testing*, elle nous a très longtemps beaucoup déçus, et le mot est faible. Nous avons demandé, comme on vous l'a dit, dès le 17 mars, que l'on procède à des tests en priorité. Je ne vais pas revenir sur le fait qu'on ne les a pas libérés à temps, on n'a pas donné les priorités. Puis on a enfin décidé de procéder au *testing* général, c'était en avril. À partir du mois de mai, nous avons dit : « Attention, les vacances arrivent, ce qu'il nous faut, à partir du moment où l'on a repris le contrôle de la situation, c'est que l'on puisse continuer à identifier les sources potentielles de communication et les arrêter ». Nous avons donc demandé que les nouveaux arrivants résidents en maisons de repos soient testés, cela a été accepté. Nous avons demandé que les résidents quittant l'hôpital, revenant de l'hôpital, soient testés à l'hôpital. Ce n'est certainement pas pour une question du coût de 74 ou 75 euros du test ; c'était dans l'objectif de pouvoir, le cas échéant, les cohorter et surtout, s'ils étaient négatifs, qu'ils évitent de passer 14 jours en isolement dans leur chambre. C'est ce qu'il se passe.

On a demandé que les étudiants jobistes, que les nouveaux membres de personnel soient systématiquement testés avant l'entrée, comme cela a été le cas en France.

Toujours, tout cela est resté bloqué, jusqu'à ce que l'on décide du *testing* préventif. *Testing* préventif, on est encore dans des zones où on doit reparamétrer les choses, puisque, quand vous commencez à regarder la carte de la Région wallonne, elle est malheureusement assez largement rouge. Il faut identifier les communes où il y a cette fameuse incidence de 50 cas par 100 000 résidents. Il faut pouvoir identifier les établissements qui doivent le faire. Dans une certaine évaluation de la situation, de mon côté en tout cas, je considérais que s'il fallait, une fois un cas positif ou deux cas positifs repérés, tester systématiquement tout l'établissement. C'est que maintenant, ce *testing*

préventif pourrait être renouvelé une fois. En principe, c'est tous les mois. Mais que par après, cela se fait plutôt sur base volontaire. De telle manière à ce que cela soit plus léger comme processus, mais que l'on puisse identifier les établissements. Un point en ce qui me concerne - puisque là on n'a pas eu beaucoup de temps pour discuter ensemble, je précise qu'ici je m'avance tout seul pour l'instant comme un grand -, ce qui est perturbant, c'est toute la question des alternatives au test PCR. On a assisté à des discussions parfois un peu farouches dans la presse entre experts, avec un certain nombre d'experts qui disent : « Voilà, les tests rapides, c'est super, il faut les faire. Les tests sérologiques, c'est très utile, il faut les faire ». Puis, du côté du Fédéral, c'était le tir de barrage en disant : « Non, tests PCR, point à la ligne ». « Punt andere lijn », si l'on parle le langage correct de ces gens.

Maintenant, je constate aussi, c'est que beaucoup d'établissements ont pris la décision, comme les choses ne bougeaient pas assez vite, de tester eux-mêmes, à leurs frais, des tests PCR, en utilisant des tests rapides importés de l'étranger, utilisé par exemple pour dire : « Je fais un test rapide deux fois par mois à un membre de personnel, mais mon personnel une fois les résidents. Cela me permet de voir si je dois faire un test PCR ou non ». Était-ce le bon protocole ou pas ? Je n'en sais rien. Toujours est-il que l'on a un temps de retard par rapport à des autorisations qui sont données dans d'autres pays ou des pratiques courantes dans d'autres pays. On est en Belgique et que des établissements, ils avancent tout seuls sans aucun protocole.

C'est impératif que l'on maintienne cette capacité de *testing*, qu'elle soit opérationnelle et qu'aussi, cela sera dans la rubrique d'évaluation du fonctionnement, c'est clair qu'il est essentiel que l'on dispose de chiffres. On n'a reçu aucun chiffre. Nous ce qui nous intéresse, ce n'est pas de savoir si la maison X dans telle commune est *safe* ou un gros cluster. Ce n'est pas le problème des fédérations. Le problème, c'est de savoir : quels sont les résultats des tests ? Est-ce qu'il y a des clusters ? Y a-t-il des *outbreaks* ? Dans quelle région ? Comment réagir ? Quel est aussi, même si c'est difficile, le résultat du *tracing* ? Une institution qui n'a pas été infectée est infectée. C'est quand même intéressant de connaître si possible l'origine pour que l'on puisse aussi donner des directives à l'établissement, attirer son attention. Là, on n'a reçu aucune donnée. Comme on n'a reçu aucune donnée sur les données d'absentéisme du personnel. Ce sont des éléments de pilotage à notre niveau de crise qui sont essentiels, et cela, pour l'instant, on n'en a reçu aucun. Là, il y a quelque chose qui doit clairement évoluer.

Voilà pour le *testing*. Si tu veux...

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins

aux personnes (UNESSA). - J'ai le sentiment que l'on est encore dans l'étape des réponses et qu'il y aura peut-être une phase de réplique. Je pense qu'il y a deux sujets sur lesquels on souhaiterait encore vous entretenir, me semble-t-il. C'est le modèle des maisons de repos. Est-il à bout de souffle ou pas ? Je pense que c'est Vincent Fredericq qui va également l'évoquer rapidement et puis le lien avec les hôpitaux. Ce sera pour Yves Smeets et on en aura terminé avec les quelques réponses à vos nombreuses questions somme toute.

Vous avez la preuve qu'il est très imprudent de laisser des fédérations ensemble pendant une heure, Monsieur le Président.

**M. le Président.** - C'est suffisamment intéressant pour que vous preniez le temps de nous répondre. Merci du temps que vous nous consacrez.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Merci de votre écoute.

En ce qui concerne la question de l'évolution du secteur et des résidents, il ne faut pas éviter les questions difficiles, je crois même qu'il faut y répondre directement. Les résidents ont-ils été impliqués dans les prises de décision pendant la période de crise ? Non. Ce n'était tout simplement pas possible. Le conseil des résidents pouvait-il se réunir ? Non puisqu'il doit se faire avec les familles.

Il y a eu des situations d'urgence. Je n'aime pas beaucoup le mot de « guerre », mais on n'en était quand même pas loin et là, évidemment, cela n'a pas été possible. Il y a des décisions qui ont été prises tant au niveau macro qu'au niveau de l'établissement, en dehors de leur concertation dès lors qu'il fallait vraiment avancer, je vous réponds franchement - c'est mon devoir. Maintenant, en termes d'évolution, que ce soit selon tel modèle, on parle beaucoup du modèle suédois Tubbe ou tel autre, il est évident que les maisons de repos vont devoir changer avec l'évolution de la société et l'évolution des demandes des résidents. Les résidents d'aujourd'hui ne sont pas les résidents d'il y a 10 ans et d'il y a 20 ans. On a des générations qui sont beaucoup plus participatives et beaucoup plus actives. Cela doit-il se trouver dans une norme d'agrément qui dit : c'est le modèle Tubbe, Montessori ou Humanitude ou autre ? Non, mais la participation du résident doit être une préoccupation qui doit être au centre dès lors qu'il va certainement, lui, vouloir avoir un input.

Sur la relation des hôpitaux, c'est quelque chose d'essentiel. Je rejoins ce qui a été dit sur le rôle des hôpitaux avec les réseaux. On s'est trouvé, historiquement, à travailler chacun un peu « de notre côté ». Là, des collaborations doivent être mises en place.

Dans le plan interne d'urgence, quand on le lit, ce sont surtout des obligations ou des services que l'on demande à des hôpitaux de prester en faveur des maisons de repos. Encore faut-il que les hôpitaux en aient les moyens. Il n'est pas rare, puisqu'il existe déjà des conventions avec les MRS, qu'un hôpital ait une convention avec 61 maisons de repos. Sur un territoire comme Bruxelles-Capitale, qui n'est quand même pas si immense, un hôpital a des conventions avec 52 maisons de repos.

En ce qui nous concerne, nous pensons que des priorités doivent être mises. À mon avis, la première priorité qui peut être mise, c'est certainement sur des choses qui ont mal fonctionné pendant la période de crise. L'essentiel serait de pouvoir travailler tout de suite sur les questions de communication entre l'hôpital et la maison de repos, lors d'une hospitalisation, lors d'un retour d'hospitalisation, d'essayer de déterminer ce qui a mal ou moins bien fonctionné, de telle manière à ce que l'on puisse immédiatement trouver les solutions.

**M. le Président.** - La parole est à M. Rombeaux.

**M. Rombeaux,** Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie. - Complémentaire à ce que M. Frédéricq a dit concernant les modèles, il faut s'efforcer d'avoir une véritable possibilité de choix, qui passe par l'existence de services à domicile suffisamment développés, qui passe aussi par l'existence de résidences-services accessibles - parce que le prix des résidences-services n'est pas donné - et de l'existence de centres de soins de jour répartis de manière homogène parce que, actuellement, ce n'est pas réparti de manière homogène partout.

Je vais être un peu cash, surtout avec les finances wallonnes, on ne va pas tout raser, tout reconstruire du jour au lendemain. Il faudra d'abord faire avec l'existant. Par rapport à cela, dans une étude que j'ai publiée le 15 juillet - je pense que vous avez dû avoir les références -, on se rend compte que dans les maisons de repos, avec le personnel, on a des connaissances techniques, mais le relationnel n'est pas toujours au summum. C'est lié au manque de temps, mais aussi à la formation de base parce que les personnes sont plus dans la technicité. C'est certainement un élément à travailler et qui ne demande pas de révolution, afin de faire évoluer la culture de travail.

Par ailleurs, on a parlé de Tubbe, c'est très à la mode. Il y a quelques années, on jurait par l'Humanité. Il faut être conscient qu'il existe une pluralité de modèles. De mon point de vue, ce qui compte, c'est d'avoir une culture de respect, de bienveillance, de mettre la personne au centre des préoccupations, respecter tant que faire se peut son libre choix et sa prise de risques. Il ne faut pas à tout prix vouloir décider à sa place et être surprotecteur.

Un autre élément aussi qui me semble important par rapport à l'avenir, c'est l'ouverture sur l'extérieur. Je pense que les maisons de repos - en tout cas certaines - sont déjà assez ouvertes sur le quartier, mais je pense que l'on pourrait sans doute faire plus : avoir, par exemple, des activités de quartier qui se font à l'intérieur, évidemment pas en cas d'épidémie, c'est un peu compliqué.

Cette plus grande intégration dans l'environnement local, c'est aussi une piste.

Un autre élément, en Flandre, on appelle cela le *kleinschalig wonen*, l'habitat en petits groupes. Cela s'est développé plutôt pour des personnes atteintes de démence. En Wallonie, je n'ai pas de vision. Cela se développe pour des maisons de repos que je vais qualifier de « classiques. Au sein d'un ensemble, vous avez, par exemple, 96 lits, vous avez des unités de 10 lits à 12 lits qui ont une cuisine commune, une salle à manger commune, qui ont un lieu d'entrée commun. Cela permet de trouver un mix la petite taille et l'équilibre économique. Le prix de la journée dans ces maisons de repos coûte plus cher. Je trouve que c'est certainement à travailler. Cela vaudrait aussi la peine, quand on aura des chiffres - je pense que l'on ne pourra pas le faire pour la Wallonie - c'est de voir si, dans ce type de structure, on n'a pas eu moins de contamination. A priori, on peut penser que oui, puisque l'on avait déjà de petits groupes. Si l'on avait une contamination dans un groupe, on pouvait en quelque sorte l'isoler et il ne fallait pas cohorter, et les autres pouvaient continuer à fonctionner. Cela, je pense que, dans la vision architecturale, c'est quelque chose à prendre en compte, sachant que cela coûte plus cher.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Sur la question, faut-il convertir tous les lits MRPA en lits MRS ? Certainement pas. Je pense que, effectivement, les lits MRS apportent un encadrement supplémentaire et c'est bien nécessaire pour une prise en charge de qualité en toute sécurité. Il ne faut pas non plus réunir dans des lieux de vie que des personnes qui sont en perte totale d'autonomie. Avoir des profils MRPA, comme on les appelle, c'est nécessaire tout comme mixer. Si l'on pouvait travailler une approche même intergénérationnelle, des collaborations avec des écoles, des garderies, tout ce que l'on veut, ce serait d'autant plus profitable pour ajouter de la vie aux années, comme on l'a dit ce matin.

Pas 100 % de MRS. Plus de personnel. Si je vous disais le contraire, je vous décevrais.

**M. Frédéricq,** Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Je vais revenir sur la question des relations avec les hôpitaux, mais surtout dans la perspective du futur et notamment du plan Rebond, que l'on a déjà évoqué.

Nous pensons qu'il y a une articulation à créer, davantage que maintenant, avec les hôpitaux pour permettre des interactions. On pense à la formation du personnel, on pense, bien entendu, à la communication. Il y a des outils à mettre en place, notamment des feuilles de transmis, des feuilles d'admission, des feuilles de sortie, qui doivent être plus standardisées. Le réseau Santé wallon est peut-être un outil sur lequel on peut se baser pour rendre cela beaucoup plus fluide, et ce, d'une façon informatique.

Toutefois, il faut bien se rendre compte que cela va nécessiter des moyens. On l'évoquait, un hôpital, dans une région, peut parfois avoir aujourd'hui 50, 60, 70 conventions obligatoires avec des MRS. On ne parle pas éventuellement des maisons de repos avec lesquelles ces conventions ne sont pas obligatoires. Ce n'est pas possible aujourd'hui pour un hôpital d'avoir des ressources à consacrer pour cela, parce que ce n'est pas prévu dans ses missions. Il n'y a pas de personnel, il n'y a pas de financement, il n'y a pas de structure qui est prévue à l'hôpital. Il faudrait une longue réflexion et une articulation entre les secteurs et avec la Région pour déterminer comment on peut opérationnaliser cela. Cela ne va pas se faire du jour au lendemain. Il faudra encore recruter des gens, avec des formations qui sont parfois en pénurie. Ce n'est pas un travail aussi simple que cela. Ce n'est pas du « y'a qu'à », il va falloir vraiment construire un modèle, mais je pense que tout le monde est demandeur. Probablement que les réseaux hospitaliers nouvellement créés ou en passe d'être créés sont un bon niveau pour coordonner ces aspects de chose.

C'est dans ce sens-là qu'on a déjà échangé avec la ministre, notamment en termes de communication. De petits moyens ont déjà été dégagés, et on l'en remercie, pour aller dans ce sens. Cela ne suffira certainement pas pour mettre quelque chose de tout à fait concret en place.

L'une d'entre vous posait une question par rapport aux zones tampons. Je ne suis pas sûr que l'on parle bien de la même chose.

Les zones tampons, il y a beaucoup de choses dans notre jargon. Je pense que vous faisiez allusion aux structures intermédiaires. Cela, c'est quelque chose d'incompréhensible qui nous a occupés pendant des semaines et que nous n'avons jamais compris. C'était une initiative totalement inutile de créer, venant de rien, des structures intermédiaires en louant des bâtiments abandonnés, en trouvant du personnel qui n'existe pas puisque nous étions nous-mêmes en pénurie de personnel qualifié, et sans aucune structure administrative et logistique qui permettait de fonctionner, alors que les trois quarts des hôpitaux étaient vides dans le même temps.

Il y a eu des semaines de discussion à tous les niveaux - Fédéral, Région, et cetera - sur ces structures

intermédiaires. S'il y avait vraiment un besoin pour cela, nous avions proposé dès le départ de prendre une aile d'un hôpital inoccupé et l'utiliser, la confiner, parce que sont présents ; le gardiennage, l'administration, une possible organisation de la gestion des flux des visiteurs grâce au personnel administratif et logistique. Si nous n'avons pas de personnel soignant et infirmier en hôpital, il n'y en a pas ailleurs non plus.

Donc, cela ne servait à rien de se dire que l'on allait créer autre chose. C'est un point qui reste totalement mystérieux pour nous. On l'a répété à de nombreuses idées que c'était une mauvaise idée, une fausse bonne idée. Mais pendant des semaines, cela a continué, à tel point que l'on a mis en place une ou deux structures de ce type qui n'ont pas servi. Je comprends que l'on prenne des précautions et que l'on se dise que si ça s'aggrave, on aurait besoin de quelque chose. Mais il ne fallait surtout pas prendre le modèle qui a été évoqué.

Enfin, je terminerai en revenant sur une des réflexions de M. Dispa sur la culture de l'évaluation. Pour l'avenir, mais on le vit déjà aujourd'hui, on a un problème au niveau régional depuis la dernière réforme de l'État : nous n'avons plus de lieu de concertation sectorielle. La création de l'AViQ a mis en place un conseil de stratégies et de prospectives, mais sur un modèle plus ou moins inspiré du conseil supérieur de la Santé. Il ne répond absolument pas à nos besoins et à nos problèmes. De grandes compétences hospitalières sont entre les mains de la Région, notamment au niveau des normes d'agrément.

Ce dont nous avons besoin pour les maisons de repos et pour les hôpitaux, c'est de lieux de concertation sectorielle : un conseil des hôpitaux, un conseil des maisons de repos - maisons de repos et de soin, soin d'accueil pour aînés, et cetera. Ces lieux seraient composés de professionnels du secteur : les travailleurs, peut-être d'autres types de profil, comme cela a existé de tout temps. On a eu une commission wallonne des aînés, un conseil national des établissements hospitaliers, avec une section MRS au moment où les compétences étaient encore fédérales qui fonctionnaient, et l'on pouvait y discuter de tout cela, de façon à aborder ces problématiques, créer des plans, mettre en place des nouvelles normes d'agrément, discuter du type de personnel dont on a besoin, et cetera. Aujourd'hui, on n'a pas de lieux pour évoquer tous les points que l'on a évoqués.

Nous plaçons avec force pour créer au plus vite des outils de fonction consultative pertinents pour nos secteurs, et pas des « bidules », comme disait le général de Gaulle qui sont des mastodons ingérables. On y retrouve 36 000 compétences, mais l'on n'arrive pas à discuter concrètement d'éléments qui impactent la vie des institutions que nous devons gérer.

**M. Happe**, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins

aux personnes (UNESSA). - Si je puis me permettre, il y avait une question de Mme Bernard concernant le médecin coordinateur qui s'étonnait un peu que l'on avait quelques réticences. Je vais essayer d'explicitier.

Sur le principe, on est tout à fait favorables. C'est en effet illogique qu'une maison de repos pure n'ait pas un médecin coordinateur. De même que dans une maison de repos mixte - maison de repos, maison de repos et de soin - c'est en fonction des maisons de repos et de soin que l'on peut offrir quelque chose à tout le monde. Donc, OK pour le principe.

La difficulté - et je vais essayer d'être diplomate même si ce n'est pas facile pour moi - est qu'outre la question du principe, il y a la question de l'élargissement des missions. Il y a des propositions où on élargit très fort les missions. Sur papier, on peut en discuter, mais la question qui se pose est de se dire : le médecin coordinateur sera-t-il capable de le faire dans le nombre d'heures imparties, vu le temps que l'on finance ? C'est la première difficulté.

La deuxième, s'il ne sait pas le faire, c'est déjà difficile de trouver des médecins coordinateurs, demain, ce sera encore plus difficile.

Troisièmement, il faut être conscients que l'on parle d'un médecin coordinateur, on ne parle pas d'un directeur médical. Il faut être conscient que dans une maison de repos, il y a une infirmière-chef, il y a un référent pour les personnes atteintes de démence à pas mal d'endroits, il y a différents référents. Il faut tenir compte des personnes qui existent, et ne pas venir mettre un directeur médical.

Bref, sur le principe, tout à fait d'accord, mais il ne faut pas être trop ambitieux sur les missions, sinon on n'aura pas de personnel. Il faut aussi tenir compte des personnes qui sont déjà actives et compétentes.

Les propositions actuelles de texte parlent d'un médecin coordinateur qui décide. Seule la direction décide ; il faut être attentif à ces prérogatives. Je pense que, de la sorte, nous avons répondu du mieux que nous pouvions à vos questions.

**M. Vaessen**, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Une toute dernière réponse, ainsi on aura vidé le panier. On vous enverra la réponse du SPF Santé du 27 mars en réponse à notre courrier du 17 mars par rapport aux priorités dans le *testing*.

**M. le Président**. - Pour reprendre M. Smeets, le général de Gaulle n'a pas utilisé le terme « bidule », mais « machin ».

(Rires)

C'est pour le compte rendu.

Avant de passer la parole aux parlementaires pour la réplique et un deuxième tour de questions, il faut organiser nos travaux.

M. le Gouverneur Schmitz dit qu'il en a pour plus d'une demi-heure d'exposé introductif, donc il ne me semble pas raisonnable de le maintenir aujourd'hui. Je propose de reporter son audition à la semaine prochaine.

Par contre, M. Kempeneers est là et a accepté de rester le temps nécessaire à son audition. Si vous êtes d'accord, je vous propose de libérer M. le Gouverneur Schmitz maintenant pour qu'il n'attende pas la fin de l'audition et que l'on puisse avancer comme cela.

La parole est à M. Desquesnes.

**M. Desquesnes** (cdH). - Cela veut-il dire que l'on reprend vendredi prochain avec M. le Gouverneur ?

**M. le Président**. - C'est bien cela, on commencera par lui.

Nous discuterons de l'agenda précis tout à l'heure, mais c'est pour pouvoir le libérer. Je le remercie de sa patience et lui souhaite une bonne fin d'après-midi.

La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa** (cdH). - Quand les intervenants sont de qualité, il faut absolument qu'on leur donne le temps et que l'on se donne le temps d'aller au fond des choses. Je ne doute pas que ce sera le cas avec M. le Gouverneur Schmitz. Cela a été sans aucun doute le cas depuis ce matin dans l'échange que nous avons eu.

J'ai salué tout à l'heure la modération de votre ton, mais ce n'était que pour mieux souligner le caractère implacable des constats que vous avez posés. Ne nous méprenons pas, je n'ai pas considéré que vos propos étaient en demi-teinte, soft ou light. Au contraire, j'ai considéré que, dans l'ensemble de vos interventions et dans l'ensemble des réponses que vous venez encore d'apporter, vous nous avez décrit en quelque sorte le pire. Ce que vous avez vécu et ce que le secteur des maisons de repos et de soins a vécu, je crois que c'est le pire de ce que l'on peut imaginer dans la gestion d'un secteur quel qu'il soit. Je ne peux à nouveau que vous remercier non pas d'avoir utilisé un ton modéré pour être neutre, mais d'avoir exprimé, sans hurler parce que ce n'est pas nécessaire, très franchement, très posément, une réalité qui aujourd'hui encore paraît insupportable rétrospectivement.

Le pire que vous avez vécu, c'est le manque d'anticipation que vous avez souligné et l'état d'impréparation dans lequel nous nous sommes tous retrouvés. Le pire est une gestion catastrophique du matériel, pour reprendre le terme que vous avez utilisé. Ce sont des opérations de *testing* qui ont tourné au fiasco ; il n'y a pas d'autre mot, quelle que soit la modération du ton. Il est évident que ces opérations

n'ont pas permis d'atteindre les résultats que l'on en escomptait.

Le pire, c'est le règne de la débrouille, devant lequel vous vous êtes retrouvés. C'est l'absence de réponse à des appels de détresse envoyés à des adresses mail anonymes ou impersonnelles. C'est la quasi-absence de contact avec en particulier le niveau fédéral, comme vous l'avez souligné. C'est l'absence d'une approche globale, intégrée, intersectorielle, cohérente à l'échelle d'un territoire. C'est l'absence d'un commandement intégré. C'est aussi l'épuisement nerveux et psychologique du personnel, vous l'avez dit. C'est un pilotage des opérations de *tracing* totalement défaillant et insatisfaisant. C'est aussi un soutien financier insuffisant, vous avez insisté là-dessus. C'est aussi, d'une certaine manière, l'impossibilité dans laquelle vous vous êtes retrouvés de faire droit à la parole des résidents, ce qui est objectivement désastreux, pour eux comme pour tous ceux qui ont pour mission de les prendre en charge.

Si vous le permettez, je voudrais, sans vouloir prolonger inutilement les débats, revenir sur certains aspects en vous demandant certaines précisions. Je voudrais d'abord revenir sur ce qui m'apparaît être comme une sorte de rétention d'informations.

Vous avez souligné que, sur l'occupation des lits en milieu hospitalier et aussi sur l'occupation des lits en soins intensifs, nous avons des informations quotidiennes. J'ai déjà eu l'occasion de dire ici que, dans les réunions avec le gouverneur, nous avons ces chiffres. Ce qui me conforte dans l'idée que l'approche des choses a été hospitalo-centrée.

Ce que vous dites, c'est que d'autres chiffres existaient, étaient disponibles, sans doute sur le secteur des maisons de repos et de soins, mais qu'ils n'ont pas été communiqués. Ce qui a rendu impossible la vision globale du secteur qui aurait été nécessaire. Je voudrais que vous puissiez en dire un peu plus. Ces chiffres disponibles, où étaient-ils ? Sur quoi portaient-ils ? À qui les avez-vous demandés ? Pourquoi ne nous les a-t-on pas communiqués ? A-t-on voulu rassurer la population en dissimulant des problèmes ? Quelles sont les raisons qui expliquent cette situation, qui m'apparaît assez grave, parce que l'information disponible sur la situation hospitalière était une information précieuse ? En effet, elle a notamment permis d'éviter que les hôpitaux soient submergés, ce qui était l'inquiétude première. Disposer de ces chiffres-là, a fortiori s'ils étaient disponibles, nul doute que cela aurait été précieux. Je vous invite, si vous le permettez, à nous en dire davantage.

Je voudrais revenir aussi sur l'absence de lieux de concertation que vous avez soulignée. La semaine dernière, par exemple, avec les responsables de l'AViQ, j'ai souligné que le Conseil de la prospective et de la stratégie a été même privé de sa fonction d'avis.

Mme Baudine nous a répondu que, dans son esprit, ce conseil, il devait porter sur le long terme et qu'il n'était donc pas utile pour une gestion de crise. Si il y a une absence de concertation, de consultation, c'est désastreux, et je pense qu'il faudra au plus vite remédier à cette carence.

Je souhaite dire à M. Rombeaux que si j'ai posé la question sur des tempéraments à apporter ou une souplesse à apporter, par rapport à une ligne de conduite intangible, ce n'était pas sur le principe même du confinement ni sur le principe du droit de visite, qui, dans les deux cas, s'imposent par principe. Dans certaines situations – je pense, par exemple, à l'ouverture des maisons de repos à des intervenants extérieurs, où l'on a eu des témoignages relevant des cas où tel kinésithérapeute n'était pas autorisé à entrer –, peut-être que, vu la configuration particulière des établissements, l'on aurait pu gérer les choses avec un petit peu plus de pragmatisme, en fonction simplement de la réalité de terrain. C'est ce que je voulais indiquer.

Je voudrais aussi demander un éclaircissement sur l'enveloppe budgétaire, dont vous avez dit, Monsieur Frédéricq, je crois, qu'elle était disponible au sein de l'AViQ sur le budget 2020, si j'ai bien compris. Avez-vous des précisions sur ce montant ? Quelle est la masse qui serait éventuellement affectable ? Le cas échéant, à quelle priorité proposeriez-vous de l'affecter s'il se vérifiait qu'il y a des montants qui ont été dégagés et qui risqueraient d'être perdus ? Cela apparaîtrait comme un comble vu l'ampleur des besoins.

J'aurais aussi voulu vous demander si la proposition que vous faites d'un vaccin à caractère obligatoire – c'est bien cela que vous avez dit – est partagée par l'ensemble des intervenants. J'imagine qu'elle soulève bon nombre de questions, quant au libre choix des patients notamment. Toutefois, si vous faites la proposition, c'est parce qu'il y a un questionnement à avoir à ce sujet. J'aurais été content d'avoir peut-être des éclairages différents pour que l'on puisse apprécier cet enjeu-là, qui est un enjeu important à l'approche de l'hiver.

Enfin, j'en arrive à deux dernières questions, si vous le permettez.

On a peu parlé ici de certains secteurs, dont pourtant l'une ou l'autre de vos fédérations s'occupent également, et je pense en particulier au secteur du handicap. J'aurais été content d'avoir, de votre point de vue, un retour sur la situation telle qu'elle a été vécue.

Empiriquement, on a le sentiment – et c'est un peu paradoxal – que les institutions pour personnes handicapées ont été davantage préservées que les maisons de repos et de soins, ce qui paraît étonnant puisque cela peut être un secteur résidentiel fort comparable. Parmi les personnes handicapées, il y a aussi des personnes âgées et la gestion du personnel

n'est pas diamétralement différente d'un endroit à l'autre. Quelle est votre analyse par rapport à ce secteur en particulier ?

Enfin, ce n'est peut-être pas à vous que je dois poser la question, mais je le fais un peu volontairement. Il existe dans le secteur ce que l'on appelle des institutions pirates, ce qui n'a certainement pas bonne presse à vos yeux puisque, par principe, les fédérations ont l'ambition de mutualiser des institutions à plus large échelle. En ce qui me concerne, la formulation ne doit pas jeter le discrédit sur des institutions qui accueillent parfois aussi des personnes âgées qui ont droit à la prise en charge même si elles ne relèvent pas de fédérations reconnues.

J'ai été confronté à la situation d'une institution, qui n'est pas reconnue par l'AViQ et qui ne relève d'aucune fédération, où il n'y avait aucun dispositif de gestion. J'ai eu beau m'adresser au gouverneur, à l'AViQ, à toutes les instances que j'ai pu solliciter, une institution de ce type a été laissée à l'abandon parce qu'elle fonctionnait en toute autonomie de manière historique, avec des conséquences tragiques en matière de mortalité. C'est le bourgmestre que je suis qui a dû, à un moment donné, désigner un médecin coordinateur, imposer des mesures sanitaires et empêcher des allées et venues au sein de l'établissement.

Quel regard portez-vous sur ces institutions ? J'attends de votre part une réponse autre que simplement une proposition de les embrigader dans un travail de fédération. N'y a-t-il pas une réflexion à avoir sur une forme de solidarité entre des institutions qui peuvent relever de fédérations différentes qui peuvent éventuellement ne relever d'aucun secteur ou d'aucun agrément ? Parmi les leçons à retirer de cette crise, n'y a-t-il pas un enseignement en ce qui concerne justement les collaborations ? Vous avez plaidé pour des collaborations intersectorielles et aussi globalisées que possible. N'est-ce pas un exemple qui pourrait illustrer cette nécessité de collaboration ?

**M. le Président.** - La parole est à Mme Bernard.

**Mme Bernard (PTB).** - Comme M. Dispa, je vous remercie pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à répondre à toutes nos questions. Vous l'avez fait avec beaucoup de responsabilité et de conscience professionnelle. Heureusement que l'on peut le faire, que cette commission existe et permet de mieux comprendre ce qui s'est passé, les choix qui ont été faits ou pas faits. C'est éclairant. J'ai appris pas mal de choses cet après-midi, notamment à propos des structures intermédiaires. Ce n'était pas l'écho que nous en avions.

Vous avez dû gérer quelque chose d'absolument gigantesque et, en plus de cela, des humains qui travaillent avec des humains. Dans le secteur non marchand, on demande toujours qui s'occupe des gens

qui s'occupent des gens. C'est une question importante que l'on a pu un peu aborder cet après-midi.

J'ai encore trois questions, dont deux similaires à celles de M. Dispa par rapport au budget qui reste à l'AViQ sur 2020.

J'ai entendu cette semaine, dans les discussions sur le budget en Commission de l'emploi et de la santé, qu'il y aurait 40 millions d'euros qui avaient été prévus pour les *call centers* de suivi de contacts et qui resteraient non affectés. Confirmez-vous que c'est cette somme dont il s'agit ? À votre avis, que pourrait-on faire avec ce budget ?

Dans quoi devrait-on l'investir ?

Par rapport aux chiffres, les chiffres que j'ai suivis sur le site de Sciensano, il y avait les chiffres de *testing* et de résultat. On testait le personnel, on testait les résidents, c'était jour par jour, il y avait les décès en maisons de repos, en hôpitaux. C'est vrai que c'était un chiffre global dans mon souvenir.

Par contre, quand la Région a lancé la grande campagne de *testing* vers le 13 avril, on a reçu, les parlementaires, pendant deux semaines, des tableaux Excel avec « On était dans cette maison de repos. On a testé autant de gens. Il y en avait autant qui étaient positifs ou pas. », puis cela s'est arrêté. Effectivement, l'on n'a pas su suivre la suite. Est-ce quelque chose dont vous auriez eu une grande utilité ? Comment expliquez-vous que l'on a commencé à le faire et puis que cela n'a pas continué ?

Vous n'êtes pas dans la tête de l'administration. Avez-vous éventuellement une explication ?

La dernière question, qui est peut-être un peu plus large, on parle beaucoup de nécessité, de collaboration, de concertation et de lien avec les hôpitaux. Je me pose encore des questions sur l'embrouillamini institutionnel vu qu'il y a des compétences fédérales et des compétences régionales qui entrent en « je ne sais pas comment il faut dire ». Cela ne risque-t-il pas de rendre les choses encore plus compliquées ?

Je vais m'en arrêter là.

**M. le Président.** - La parole est à M. Desquesnes.

**M. Desquesnes (cdH).** - Je voudrais remercier également les différents intervenants pour leurs réponses et l'organisation de leurs réponses collectives. C'est toujours intéressant, quand un secteur, qui est organisé au travers de différentes structures, est capable d'offrir aux parlementaires et aux interlocuteurs publics, d'une façon générale, une réponse organisée.

Je m'orienterai surtout sur les aspects de prospective et les participations.

J'ai entendu qu'effectivement la Fédération – je l'avais vu – des CPAS participe à la réflexion sur Get up Wallonia, mais vous êtes un peu les seuls, c'est une dimension pourtant des aînés qui est une dimension transversale dans notre société qui concerne non seulement l'action sociale, la santé, mais également le territoire, l'aménagement, l'environnement. Ce sont des aspects sur lesquels il faudra que le Gouvernement élargisse sa réflexion.

Sur les moyens qui sont sur la table demain pour le secteur, j'ai entendu que vous voyez cela surtout comme un élément de revaloriser le salaire des travailleurs pour être au même niveau que le Fédéral et éviter une perte d'attractivité des métiers. De ce que j'ai entendu et échangé, notamment avec les organisations syndicales, elles souhaitent ne pas parler uniquement de revalorisation salariale. Elles souhaitent mettre sur la table d'autres éléments, notamment les conditions de travail. Qui dit conditions de travail, dit à un moment donné les normes d'encadrement, celles sur lesquelles en tout cas la Wallonie intervient. J'aimerais vous entendre sur cet aspect des choses.

Dernier aspect, j'avais une question qui était sur la résilience des maisons de repos telles qu'elles sont organisées aujourd'hui et j'entends, je me réjouis, que votre secteur est en pleine réflexion par rapport à ces éléments-là. Ce serait intéressant d'ailleurs si vous aviez déjà eu des expressions ou des positionnements par rapport à ces éléments-là, que vous puissiez nous les transmettre, parce que je pense que cela fera partie des réflexions peut-être pas immédiates d'aujourd'hui, mais certainement de cette législature ici en Wallonie. J'ai entendu que l'on citait l'enjeu des résidences services et de leur accessibilité financière. C'est un élément fondamental, mais c'est une question d'autonomie intermédiaire. Ce sont aussi les services d'aide à domicile, l'assurance autonomie ou une version adaptée à ce genre d'accès aux services et encore les structures intermédiaires de type centre de soins de jour ou centre d'accueil de jour, parce qu'effectivement leur répartition géographique aujourd'hui est insuffisante. Je me permets d'insister sur cet aspect des choses, aussi leur financement, parce que si aujourd'hui elles sont si peu développées, elles ne sont conçues que comme des sas d'entrée aux maisons de repos. Je pense qu'elles peuvent être davantage demain dans l'organisation de l'accueil de nos aînés. J'ai entendu que c'étaient des éléments que vous citez. Je pense que là il y a un travail, un vrai chantier à mener sous cette législature.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Nikolic.

**Mme Nikolic (MR).** - Il a été beaucoup question de répartitions de compétences. Ici, ce n'est pas une question, c'est plus un éclaircissement, parce que pour nous-mêmes, au départ, cela a été compliqué. Je vais essayer de reprendre, sans les déformer, les propos du ministre-président. Quand il est venu nous le présenter ici, il nous a expliqué que la Région wallonne était

compétente en matière de santé, il a listé les compétences et notamment pour les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les maisons de soins psychiatriques, résidences-services et j'en passe.

Pour la phase fédérale - puisque je crois que c'est là qu'il y a une difficulté -, cela implique la mainmise du Fédéral en termes de surface du territoire qui est couvert par la crise, l'importance des moyens déployés, du degré de menaces et d'urgence, de la nécessité d'information à la population et de la nécessité d'une coordination interministérielle. Au niveau de la répartition des compétences, un protocole a été établi en 2006 et actualisé en 2018. C'est notamment ce protocole qui a créé le RAG, le RMG et je vous passe tous les autres acronymes avec lesquels nous sommes devenus familiers. Je n'ai pas le protocole sous les yeux, mais c'est cela qui est compliqué : chacun demeure compétent, il y a une coordination, les décisions globales sont prises en coordination, mais après, chacun communique. Je ne fais que livrer l'information, je ne vais pas faire d'appréciation là-dessus maintenant.

Cela m'amène à la question de la communication. J'ai peut-être été distraite, mais je n'ai toujours pas bien compris qui est votre interlocuteur en Wallonie. Est-ce l'AViQ ? Vous avez évoqué - et vous pourrez peut-être me corriger ou préciser - la nécessité d'un commissaire spécial à un moment donné, ce qui a été évoqué au niveau fédéral. Mais à quel niveau intervient ce commissaire spécial ?

Est-ce en Wallonie qu'il le faudrait pour les maisons de repos et autres institutions ? Est-ce au niveau de l'AViQ ou s'ajouterait-il à l'AViQ, se substituerait-il à l'AViQ ? Pourriez-vous éclaircir ce point ? Ce serait apprécié et appréciable.

En matière de *testing*, Monsieur Frédéricq, vous avez évoqué le fait que vous ne disposiez pas des résultats, mais que vous souhaiteriez les avoir pour donner des instructions à vos membres. Cela veut-il dire que chaque fédération ici représentée donnerait ses instructions vers les membres ? J'ai bien compris que vous vous entendez bien et que vous vous concertez et que vous parlez d'une seule voix, même si vous êtes plusieurs interlocuteurs.

Actuellement, c'est l'AViQ qui fait cela ou qui est censée faire cela. On a beaucoup discuté avec Sciensano de l'analyse qualitative des données. En fait, l'AViQ dispose des mêmes données que Sciensano, mais Sciensano est une sorte de serveur : ils reçoivent toutes les données, mais anonymisées alors que l'AViQ dispose des mêmes données, mais personnelles, donc avec plus d'informations. C'est l'AViQ qui fait cette analyse qualitative. J'entends par là qu'ils supervisent la prise de contact, la recherche des cas liés dans une maison de repos, d'une entreprise, et cetera, mais ici restons sur les maisons de repos. C'est l'AViQ qui peut : on a autant de cas, dans telles maisons de repos, on a des clusters. C'est

le rôle de l'AViQ, nous a dit Mme Quoilin. Ce n'est donc pas celui de Sciensano. Selon vous, cela devrait-il être le rôle des fédérations en plus de l'AViQ ? Il me semble que là, en termes de spaghettis, on risque de compliquer un peu les choses, mais je vois des réactions et j'aimerais vous entendre par rapport à cela.

Au niveau de l'obligation en matière de matériel de protection et d'hygiène, j'ai bien compris que vous ne dites pas la même chose que l'AViQ.

Je me demande si ce n'est pas juste une lecture différente d'une disposition. Je reprends l'annexe 120 au niveau des normes applicables aux maisons de repos, chapitre 1er, point 8.6.1 : ils doivent veiller à ce que toutes les dispositions indispensables soient prises pour les soins stériles par l'utilisation de matériel à usage unique.

L'établissement doit disposer en permanence du matériel requis pour permettre au personnel le lavage hygiénique des mains, à savoir du savon liquide et des serviettes en papier, ainsi que du matériel requis pour organiser l'isolement d'un résident souffrant d'une maladie contagieuse. Des procédures de soins sont prévues à cet effet, l'inspection communautaire de l'hygiène est consultée dans tous les cas litigieux.

Je ne sais pas si cet article s'applique toujours, mais je peux comprendre les lectures différentes, et donc une de nos recommandations pourrait être de préciser parce que l'on parle de matériel, mais combien ? On a parlé de délais tout à l'heure, un mois, trois mois. Est-ce bien cela que vous demandez ? C'est que l'on précise ce qui doit être disponible ou bien vous allez même plus loin et vous dites : « en fait c'est pas notre rôle d'avoir ce matériel à disposition. » Pourriez-vous préciser cela ce serait appréciable et apprécié également ?

Une dernière, question, je n'ai pas compris Monsieur Frédéricq, vous avez commencé une intervention en disant qu'ici vous dites les choses avec nuance et diplomatie, mais que vous l'avez dit avec moins de diplomatie rue de la Loi. Vous voulez dire en commission spéciale au fédéral ? Je n'ai juste pas compris dans quelle instance c'était. Apparemment c'était un clin d'œil à M. Dispa, il a peut-être compris. Moi je n'ai pas compris et donc je voulais juste savoir où, rue de la Loi, parce que la rue de la Loi est longue.

Je m'arrête ici, merci.

**M. le Président.** - La parole est à M. Heyvaert.

**M. Heyvaert** (Ecolo). - Merci à tous pour vos réponses.

Je vais revenir juste sur deux petits points. Vous avez bien expliqué ce principe de, je dirais de cette centrale d'achats au niveau du fédéral qui était organisée, apparemment il y a eu quelques difficultés.

L'AViQ aussi est venue expliquer toute la difficulté, c'était une nouvelle vie qui vivait de devoir acheter du matériel sur un espace qui n'était pas en saturation et en pénurie, donc ce n'était pas évident.

Pour cela, l'on est clairs parce que c'est la commission au niveau du fédéral qui pourra traiter de cela et Mme la Ministre avait bien expliqué que jusqu'à fin avril et où ils ont éclairci avec un accord à la CIM de qui s'occupait de quel matériel, jusqu'à là oui c'était le Fédéral. Vous êtes retournés auprès du Fédéral et avec toutes les difficultés qu'il y a pu avoir. Ce sera quelque chose à aller voir avec les commissions au niveau du Fédéral.

Par contre, ce qui est important, ce que vous dites en termes de recommandations que l'on pourrait faire, et en tout cas d'avoir une réflexion, c'est par rapport, je dirais aux stocks que l'on vous demande de faire, ou en tout cas pour ce plan Rebond. Faire aussi la distinction entre le plan Rebond parce qu'il y a le covid qui va arriver et on ne sait pas avec ce grand point d'interrogation, et un plan pandémie qui est, je dirais, au-delà de l'année prochaine et on verra comment on espère que ce sera plus jamais, mais que voilà, il faut quand même avoir un plan. On se rend bien compte que ce plan n'est pas là.

Il y a la question du stock, et moi j'avais relevé aussi cette question de gestion du stock et de rappeler que quand au mois de mars, le stock était arrivé à l'aéroport de Bierset, il était suivi par l'armée, la protection civile, qu'il fallait le garder dans des endroits sécurisés, qu'il y avait eu des vols à travers le monde de certains états. Il y a certainement des films qui sortiront plus tard sur ce genre situations. Clairement une question se pose. Que vous fassiez un stock ici là tout de suite, pour répondre en cas de rebond me semble la bonne réponse, mais sur un plan pandémie, il faudra se poser réellement la question.

En vous écoutant je me disais, le rôle des réseaux locorégionaux où justement il pourrait y avoir ce travail entre les maisons de repos et les hôpitaux, où on va dire les hôpitaux peuvent avoir ce stock qu'ils puissent utiliser manière un peu plus régulière que dans les maisons de repos, et de voir un peu justement peut-être cette coordination qui a manqué entre les maisons de repos et les hôpitaux en termes de stocks, s'il n'y a pas quelque chose à travailler là-dessus

J'aimerais avoir votre avis par rapport à cela, avoir cette centrale d'achat qui pourrait être créée à Bruxelles, que vous en avez parlé. L'AViQ, on est sur plus large territoire que Bruxelles, mais cela pourrait-il être intéressant que l'on puisse le mettre dans nos recommandations ? Je voulais voir un peu votre avis par rapport à cela, et alors vous avez parlé aussi, vous êtes revenus sur ce plan pandémie qui n'existait pas ou en tout cas en tout début et puis qu'il y a eu les plans d'urgence qui ont été mis dans les hôpitaux.

Vous avez bien signalé que l'on n'a pas mis la vigilance auprès des maisons de repos et il est vrai que dans tous les plans, il y a ce que l'on appelle cette phase de préalerte, de surveillance, cette phase de se dire que quand on est en crise on contacte d'abord tout le monde puisque la crise n'est pas une explosion, elle arrive au fur et à mesure.

On peut la voir venir, mais il faut savoir à un moment donné qui est appelable, comment on met les procédures. Je peux tout à fait le comprendre et si l'on doit faire un plan pandémie ou un plan au niveau de la Wallonie, il faut en tout cas bien tenir compte de cette phase de vigilance, de cette phase de préalerte où l'on mobilise.

Il faut savoir que quand l'OMS le fait sur des épidémies, cela arrive trois ou quatre fois sur l'année. C'est aussi une manière de s'entraîner pour les maisons de repos de dire : « attention alerte, un virus arrive dans le monde ». Après, heureusement, il n'est pas aussi catastrophique que le covid.

Ensuite, vous n'êtes pas revenu sur la question de ces non-hospitalisations. Je vous ai posé la question par rapport à ces comités d'éthique qui existent dans les hôpitaux et de voir un peu. Au niveau des fédérations, vous êtes deux ; vous avez les maisons de repos et les hôpitaux. Vous aviez aussi parlé que c'était en débat.

Je voulais voir un peu par rapport à ce point-là, merci.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Durenne.

**Mme Durenne (MR).** - Simplement sur la question des vaccins que j'avais posée à M. Frédéricq.

Je vous remercie.

**M. le Président.** - Plus personne ne demande la parole.

La parole est à nos invités.

Comme pour le premier tour, vous vous organisez comme vous le souhaitez, même si vous n'avez pas eu le temps de la concertation cette fois-ci.

La parole est à M. Happe.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Effectivement, on va peut-être innover un peu sur la méthodologie tout en essayant de respecter le temps imparti.

Je propose au-delà des questions qui ont peut-être été un peu plus personnalisées, parce que le sujet a été évoqué par l'un ou l'autre, je me permettrai de ne pas m'exprimer là-dessus et laisser mes collègues

s'exprimer là-dessus, mais de survoler rapidement quelques éléments de réponse si vous voulez bien.

En ce qui concerne les chiffres et cette rétention d'informations, Monsieur Dispa, la question est clairement de poser à l'AViQ sur le pourquoi en tant que tel. Ce que je peux cependant vous dire, c'est que chaque institution relevant de la Région wallonne a été invitée dès le 20 mars, si je ne m'abuse, 20 ou 23 mars et fin mars dans une version électronique, à compléter un tableau permettant de renseigner les cas suspects, confirmés, les décès.

Il y avait également une série d'informations liées à la disposition du matériel. Chaque institution avait la possibilité de voir sa propre évolution en tant que telle, mais ces chiffres n'ont pas été consolidés.

L'idée n'est pas – et je pense que la question a été posée également par d'autres – que la fédération reçoive l'information détaillée de chacun de ses membres parce que je ne suis pas convaincu que chaque membre serait en accord avec une communication totalement transparente de sa propre situation, mais bien que l'on ait des tendances par province et par secteur.

Juste à nouveau, pour pouvoir mettre en place ces interactions, on a parlé de réseaux locaux ou régionaux, on a parlé d'une approche transectorielle, on a parlé d'une série de choses.

Avoir cette cartographie un peu plus fine, pas détaillée, pas intrusive en tant que tel, juste une cartographie avec quelques tendances de l'évolution sanitaire par secteur et par province nous aurait fortement aidé, comme cela nous a aidé dans le secteur hospitalier, où l'on a pu organiser ou proposer auprès de nos directeurs généraux des transferts ou de se montrer plus à la disposition d'un hôpital étant dans une zone un peu plus compliquée, simplement pour faire notre job de fédération et les aider à assurer leur propre mission.

Le pourquoi ? Je l'ignore. J'ai fait des propositions très claires ; « cela j'en ai besoin, cela je n'en ai pas besoin ». Nous étions quelques-uns à participer à cette réunion. Elle n'a juste pas été suivie de faits et, à nouveau, j'ignore pourquoi. La question devrait être posée à l'AViQ.

Vous souhaitiez aussi que chacun puisse s'exprimer sur la politique vaccinale en tant que telle. Mon collègue, M. Frédéricq, s'est exprimé de manière assez claire.

Sur ce point, je suis un peu plus nuancé. J'accorde énormément d'importance à la liberté individuelle et, dans mon exposé en début de journée, il y a déjà quelques heures de cela.

J'avais parlé d'une pédagogie à développer. Il est important de favoriser la vaccination en tant que telle, mais contraindre quelqu'un... Il y a d'ailleurs une liberté,

chacun est libre de l'utilisation de son corps. Cela me paraît donc compliqué, à moins de changer des fondamentaux. On parlait de certains vaccins obligatoires en nombre excessivement limité. Nous devons être prudents. Oui, il faut soutenir la vaccination en tant que telle, mais plutôt en étant pédagogues.

Je me permettrai de faire un lien avec les réflexions éthiques, parce que c'est là qu'est le débat. On a parlé des éventuels refus d'hospitalisations. Nous avons mené des réflexions éthiques au sein de la fédération et nous avons édité une note éthique sur base de ce que nous avons pu observer dans d'autres pays pour aider le prestataire de soins à réfléchir, sans prendre la décision à sa place. Il ne nous appartient pas de prendre la décision d'hospitaliser un patient, c'est une décision médicale ; mais il nous appartient d'outiller chaque prestataire de soins à prendre la meilleure décision qui soit.

On a donc mis à disposition cette réflexion d'éthique. C'est au niveau de la fédération. Je pense que le rôle d'un comité d'éthique dans un hôpital n'est pas là pour trancher et décider en tant que tel, mais bien d'alimenter le débat, de mettre tous les éléments sur la table pour que des décisions puissent se prendre.

C'est cela la différence entre l'éthique et la direction : la direction tranche, décide ; l'éthique apporte des éléments de réflexion. Voilà pour une position très personnelle sur la politique vaccinale et le lien avec l'éthique.

Le secteur du handicap a été un peu plus épargné – je vais essayer de lier plusieurs sujets – par les médias, on en a un peu moins parlé. Il y a eu des cas de covid dans le secteur. Il y en a eu certainement moins, avec moins de conséquences, la moyenne d'âge étant aussi nettement moindre. Cela a posé des difficultés vis-à-vis des bénéficiaires, des personnes en situation de handicap, et notamment sur les retours en famille. Là, cela rejoint la thématique du confinement, où l'on a dû freiner ces retours en famille pour ne pas faire rentrer le virus ou ne pas réadmettre une personne dont nous ne maîtrisons pas les conditions sanitaires. Le cas a été aussi dans les services d'aide à la jeunesse, où il y a parfois des situations familiales un peu dramatiques. Ces allers et retours avec la famille ont été ralentis, on a donc eu quelques drames humains.

Effectivement, cela a un peu moins intéressé les médias, cela a moins été mis en lumière. À nouveau, il y a eu énormément de décès dans les maisons de repos, mais j'en ai parlé tout à l'heure : est-ce l'âge ou est-ce la maison de repos ? Je suis intimement convaincu que c'est plus l'âge. Les experts l'ont annoncé comme cela il y a déjà quelques mois.

On a donc moins mis le focus sur ce secteur, même si celui-ci s'est aussi très vite retrouvé démuné : pas de matériel, pas de circulaire. À nouveau, ces

professionnels de la santé se parlent, ils vont parfois d'un secteur à l'autre. On a eu les hôpitaux, pour des raisons que l'on a évoquées tout à l'heure, puis il y a eu les maisons de repos. Sont venues ensuite, petit à petit, d'autres considérations dans le secteur du handicap et au niveau du secteur de la petite enfance. Ces secteurs ont été les derniers servis, si je peux une nouvelle fois appuyer sur les responsabilités qui sont les vôtres dans d'autres cénacles.

Au niveau des services d'hébergement non agréés, ce que l'on appelle les SHNA, j'ai eu l'occasion, dans une partie de ma vie professionnelle, de constater que cela existe. Cela existe parce qu'il y a parfois un défaut de programmation. Quand je parle de programmation, c'est juste que l'offre est insuffisante en tant que telle. On se retrouve alors parfois avec des SHNA qui font du bon travail. En tout cas, j'ai pu en observer quelques-uns. Puis, il y en a qui font beaucoup moins bien leur boulot. À partir du moment où ils ne sont pas agréés, il y a moins ce contrôle.

En termes de fédération, on ne va certainement pas faire du racolage, mais on va juste préciser que l'on est là aussi pour soutenir des institutions et certainement les soutenir dans le respect de la loi. C'est là que la limite de la collaboration pourrait être atteinte, c'est de se dire : « À un moment donné, vous fonctionnez hors cadre légal, vous n'avez pas les agréments, peut-être pas les autorisations, peut-être pas tous les critères qualité, au sens de la loi ou d'une programmation ».

Cela ne veut pas dire qu'ils font du mauvais boulot, mais c'est compliqué de les accompagner et de les aider dans ces conditions.

Dans le passé, j'ai eu l'occasion de discuter avec des responsables de SHNA et, quand ils faisaient du bon boulot, on parlait, on se mettait autour de la table, on collaborait parfois. C'étaient parfois même des solutions pour sortir d'un hôpital que de passer dans une structure d'hébergement non agréée parce que les structures agréées étaient *full*. J'ai collaboré dans le passé, je l'avoue devant vous, avec des structures non agréées par défaut de programmation.

Si l'on pouvait formuler une recommandation, c'est avant tout de pouvoir travailler sur la programmation et les faire agréer pour y mettre tous les critères de qualité et de vérification qui s'imposent, et éviter les dérapages. Il y a a pirate et pirate : il y a des pirates qui veulent du mal – c'est d'ailleurs la définition du pirate – et il y a des personnes qui veulent faire du bien, mais qui n'ont pas toutes les autorisations pour le faire. Cela mérite de reconnaître ces institutions qui veulent faire du bien.

On a posé la question sur le budget disponible, mais je laisserai mon collègue répondre. Je pense m'être déjà exprimé sur l'intérêt d'obtenir les chiffres.

Dans Get up Wallonia, bien sûr qu'il nous faut une plus large implication des fédérations, qu'elles soient

monosectorielles ou plurisectorielles. Il est important, lorsque l'on a un projet pour la Wallonie, de pouvoir entendre les acteurs qui agissent de manière significative dans cette même Région.

Sur les accords du non-marchand, on est tout au début. Il y a une annonce que l'on n'a pas encore totalement bien comprise. Au départ, on s'est même interrogés : « 260 millions d'euros sur base annuelle, chouette ! 260 millions d'euros sur cinq ans, avec cela on ne va rien faire » et l'on a compris que c'était une montée en puissance, mais il fallut du temps pour le comprendre. Ce n'était pas très clair au départ. J'en apprend tous les jours, comme vous, a priori.

L'objectif, c'est de travailler sur plusieurs niveaux. Il faut s'aligner sur les mesures prises au niveau fédéral pour ne pas opposer les secteurs. J'aime bien cet exemple : l'infirmière qui travaille dans un hôpital d'un côté de la rue et qui, pour x raisons, a envie de diversifier un peu sa carrière. Elle va dans une maison de repos et puis n'en a pas la possibilité parce que les conditions sont complètement différentes. Cela ne va pas. Il y a un premier élément important de cohérence pour un même métier.

Il nous faudra, au travers de l'accord non marchand – ce sera plus difficile à expliquer à certains partenaires sociaux –, pouvoir revaloriser l'encadrement. On a des chefs, quel que soit le niveau de chefferie, qui endossent toutes les responsabilités et qui, parfois, parce que leur horaire c'est du lundi au vendredi et que ce n'est plus le week-end, perdent la prime de week-end, mais endossent toutes les responsabilités pour rien. Il est important d'être attentif à cette question parce que l'on a de plus en plus de mal à retrouver des responsables de service. Cela devient très compliqué parce qu'il n'y a pas cette revalorisation.

Derrière ces revalorisations telles que je viens de les expliquer, il est clair que nous sommes demandeurs d'avoir un encadrement qui corresponde à la qualité de prestation attendue. Tous nos bénéficiaires méritent la meilleure qualité en toute sécurité. S'il y a plus de bras, il y aura probablement plus de qualité. Des corrélations sont largement démontrées sur le sujet dans une série d'études. Il faudra travailler sur ces différents éléments, mais tout cela est en débat.

Je donne l'avis de la fédération UNESSA et mes collègues auront peut-être des avis un peu plus nuancés. Quoi qu'il en soit, on se retrouvera autour de la même table et l'on défendra la politique des employeurs, que nous représentons, qui sont attentifs tant au nombre de bras qu'aux conditions de travail pour chacune de ces paires de bras.

Le concept de la résilience ne peut s'opérer qu'à partir du moment où l'on a absorbé le choc, et je pense que l'on est encore dans le choc. On peut réfléchir, on peut rebondir, on peut en faire une force, mais, pour

cela, il faut laisser passer le choc. On n'y est pas encore. Je parle de la résilience au sens psychologique du terme. Je l'ai dit ce matin en tout début de journée, on n'est pas sortis de la crise, restons vigilants. Avant de réinventer tous les modèles, essayons d'assurer cette continuité de soins et toute la sécurité qui est nécessaire.

Sur la question de l'interlocuteur, en tant que fédération multisectorielle, on a énormément d'interlocuteurs. Si je prends l'exemple des maisons de repos, notre interlocuteur aujourd'hui est clairement l'AViQ. Dans d'autres secteurs, c'est un peu plus compliqué, parce que cette sixième réforme de l'État a transféré une partie de compétences, des infrastructures, des normes d'agrément, mais n'a pas encore transféré le forfait médicamenteux. Pour certaines structures comme les maisons de soins psychiatriques, on se retrouve parfois à discuter avec l'AViQ pour certains sujets et le Fédéral pour d'autres. Sur Bruxelles, c'est encore différent, puisque l'AViQ a au moins eu l'intelligence de réunir la partie « infrastructures » et la partie « soins ». Sur Bruxelles, vous avez la Cocom, vous avez Iriscare et puis vous avez encore le Fédéral.

Sur cette sixième réforme de l'État, si vous vouliez mon avis, vous venez de l'obtenir. Je serai particulièrement attentif à la septième, si elle arrive, si l'on ne peut l'éviter. On essaiera de faire les choses un peu mieux, même si, sans doute, les uns et les autres ont beaucoup travaillé pour cela.

Concernant les chiffres et les rôles de l'AViQ, ce n'est pas le rôle de la fédération de récolter les chiffres en tant que tels et certainement pas le *tracing*. Tout à l'heure, on a parlé un peu des deux. Je ne parle pas des chiffres du dépistage, du *tracing*, des contacts, et cetera. cela ne nous appartient pas du tout, c'est une compétence clairement régionale. Ce dont nous avons besoin, ce sont les chiffres dans nos institutions de soins. Comme je l'ai dit tout à l'heure, pas forcément institution par institution, mais par secteur, par province. Avec cela, on peut déjà, je pense, faire un meilleur travail.

Concernant le stock stratégique, les modalités restent, effectivement, à définir. J'aime bien la nuance que M. Heyvaert a apportée tout à l'heure sur l'urgence de constituer un stock stratégique pour répondre à l'éventuel rebond.

Sur une réflexion un peu plus à long terme sur la gestion du risque, j'en ai parlé un peu ce matin : il s'agit de passer de la gestion de la crise à la gestion du risque en tant que tel. J'entends que vous m'avez bien entendu sur ces différentes phases d'alerte-information puis d'activation. L'information doit démarrer dès que l'on identifie les premières tendances. C'est fondamental.

Je pense avoir, très rapidement, répondu à l'ensemble des questions, ce qui me permet de laisser la parole à mes collègues.

**M. Vaessen**, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Je vais essayer d'être bref.

En ce qui concerne les 40 millions d'euros, si j'ai à faire un choix, ce serait pour des mesures de compensation pour le secteur des maisons de repos au niveau de la perte du prix de journée.

Je pense toutefois que cela devrait aussi servir des compensations pour les services d'aide aux familles. On en a un petit peu parlé, mais ils subissent aussi des baisses d'activité et des pertes de contributions aux bénéficiaires. C'est la première chose.

Concernant le vaccin, je n'ai pas demandé à la Fédération des CPAS, donc je vais être très prudent. Je ne parlerai pas du vaccin contre le covid, parce que l'on ne sait pas de quoi l'on parle. Cela, c'est une première chose.

Concernant le vaccin contre la grippe, je vais vous faire état d'un témoignage de quelqu'un qui est devenu ministre et qui était président de CPAS à Bruxelles. Vous verrez de qui je parle. Il a essayé de convaincre le personnel de ses maisons de repos, par de la pédagogie, de se faire vacciner, parce qu'elle était bien consciente que s'il y a un épisode de grippe en même temps que le covid, cela va faire mal en termes d'absentéisme. Elle est venue avec son bourgmestre, elle a fait de la pédagogie, cela n'a pas marché.

Je suis tout à fait pour la pédagogie, mais je pense qu'il faut aussi se dire que la liberté des uns finit où commence celle des autres. À partir du moment où l'on a un risque d'avoir une deuxième vague, des charges de travail, je pense qu'il serait prudent d'avoir une vaccination la plus large possible. Je ne suis pas du tout certain que, avec la pédagogie, cela suffira. Maintenant, il y a la question de l'instrument juridique.

Troisième point, on a parlé des SHNA. Je ne vais pas m'aventurer trop dans ce domaine. De mémoire, un décret déposé par M. Drèze avait été voté et c'est peut-être dans ce cadre-là qu'il faudrait affiner les choses.

Par rapport à Mme Nikolic, qui citait à juste titre la disposition concernant le matériel d'isolement qui dit, en parlant des maisons de repos, que « l'établissement doit avoir le matériel requis pour organiser l'isolement d'un résident souffrant d'une maladie contagieuse ». C'est ce qui est dans le texte. Moi, ce que j'ai lu dans le compte rendu parlementaire, c'est qu'il faut avoir suffisamment d'équipement, en nombre et en quantité suffisante, pour faire face aux besoins de ses résidents. Ce n'est pas tout à fait la même chose. C'est une version XXL du matériel d'isolement entre « pour un résident » et avoir du matériel en quantité suffisante « pour faire face aux besoins des résidents ». Ce n'est pas la même dimension. Pour moi, ce n'est pas une question d'interprétation. C'est une question de formulation qui fait difficulté.

Concernant les 260 millions d'euros, les appétits sont nombreux et je pense que, malheureusement, le festin ne satisfera pas tout le monde.

Quelques réflexions.

Premièrement, je rappellerai que, en secteur public, il y a la révision générale des barèmes. Ce n'est pas la situation du secteur privé. Il faudra tenir compte de cette spécificité publique.

Deuxièmement, je suis assez d'accord avec ce que M. Desquesnes a dit : il y a un problème de charge de travail aussi et il serait logique de ne pas uniquement donner de l'argent, mais aussi que les gens puissent un peu souffler, d'autant plus avec des générations qui accordent de l'importance au temps libre.

Dans ce cadre-là ou ailleurs, il serait bien que l'on pense aux besoins en personnel qui pourront exister au niveau des CPAS dans le cadre de la vague sociale. Parce qu'ils risquent d'avoir des besoins de personnel au niveau des travailleurs sociaux si l'on commence à voir arriver un grand nombre de personnes.

Enfin, je termine sur un dernier point très technique : attention au champ d'application, puisque, en secteur public, on a eu une prime de 500 euros et on a eu quelques petites difficultés avec le champ d'application. C'est relativement pelliculaire, mais il faut y penser.

**M. Smeets**, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea). - Je ne vais pas revenir sur tout ce qui a été abordé parce que, comme vous l'avez compris, on est très souvent sur la même longueur d'onde. Je vais peut-être ajouter quelques précisions sur d'autres aspects qui n'ont pas encore été abordés.

Par rapport aux aspects budgétaires, il y a les 40 millions d'euros. Il y a aussi le budget ordinaire qui était prévu, il serait aberrant de ne pas le dépenser. Autant trouver les mesures pour qu'il puisse être utilisé complètement pour cette année 2020.

La problématique du vaccin. En ce qui concerne le vaccin contre le covid, il est impossible de se prononcer parce que l'on ne sait pas ce que sera ce vaccin, quelle immunité il pourra prévoir, et cetera. Mais il faut une stratégie vaccinale. À mon sens, elle n'existe pas encore. Elle est probablement en cours d'élaboration au niveau fédéral. Il faut voir dans quelle mesure cette stratégie vaccinale va pouvoir s'appliquer aussi dans nos secteurs et, en particulier, en maisons de repos. Même si je suis un farouche partisan de la liberté individuelle, je pense que, à un certain moment, dans certains types de situations, il faut être directif. Tout comme, aujourd'hui, on n'admettrait pas que quelqu'un pénètre dans un lieu aseptisé sans matériel de protection, dans un certain nombre de situations, la vaccination doit peut-être faire partie de l'arsenal obligatoire dont doit disposer le personnel de soin.

Sur les chiffres, on l'a beaucoup évoqué. Je pense qu'il y a un principe fondamental en gestion de crise, c'est la transparence. Ce qui nous a manqué le plus tout au long de cette crise, c'est la transparence. Encore aujourd'hui, nous avons des chiffres avec l'interdiction formelle et absolue de les diffuser à quiconque. Cela n'est pas cohérent. Cela ne fait pas partie des stratégies. Si vous allez voir sur le site du CDC aux États-Unis, il y a des longs documents sur la stratégie de communication en cas de crise et, en grand et en premier, il est marqué la transparence. La transparence est le seul moyen d'arriver, d'une part, à fonctionner correctement et, d'autre part, à recueillir l'adhésion de la population, du personnel et des soignants. Je pense que c'est un principe qui doit dorénavant guider toutes nos politiques en matière de gestion de crise, à tout le moins.

Mme Yerna évoquait la difficulté des relations entre hôpitaux et maisons de repos compte tenu de la répartition des compétences.

Non, la gestion des normes d'agrément au niveau des hôpitaux est une compétence régionale aussi. Donc il n'y a que la législation organique qui reste au niveau fédéral ainsi que son financement et la programmation. On peut donc très bien édicter, au niveau wallon, des normes spécifiques complémentaires qui imposent aux hôpitaux wallons de fonctionner, d'avoir un certain nombre de relations avec d'autres acteurs. On est en plein dans les compétences wallonnes, mais il faut s'en emparer, il faut les exercer. C'est peut-être un petit peu nouveau, on n'a pas eu l'habitude non plus de faire cela. Peut-être parce que nous avons une tendance à une certaine loyauté fédérale que d'autres entités n'ont pas.

Mais je pense qu'aujourd'hui il est temps de s'émanciper et que la Wallonie doit prendre à pleins bras les compétences qui lui ont été transférées par cette sixième réforme de l'État.

Il y avait une question sur le commissaire, où il devrait se placer, la hiérarchisation.

Ce n'est évidemment pas concerté, il n'y a pas un plan détaillé derrière tout cela, mais ce sont des réflexions que l'on a déjà entendues et que l'on a menées les uns et les autres.

Je pense, quand on évoquait l'idée d'une centralisation à un moment donné, cela dépend de la phase dans laquelle on est.

À un moment donné, quand on bascule en phase fédérale, là nous pensons qu'il doit y avoir une substitution aux compétences des entités fédérées et que c'est le Fédéral qui doit prendre la main.

Une proposition, c'est au travers de la nomination d'un acteur spécifique, un commissaire royal, on peut l'appeler comme on veut, qui a la mainmise et qui, lui, peut imprimer le tempo et qui, justement, peut assurer

une coordination qui a manqué aujourd'hui entre les hôpitaux, les maisons de repos, les autres secteurs d'hébergement, la santé mentale, et cetera, parce que tout cela est éclaté.

Peut-être que dans un niveau intermédiaire, il peut y avoir une coordination régionale. Là, nous pensons que l'AViQ est bien placé pour le faire, peut-être faut-il lui donner des moyens, mais je sais que des engagements ont été prévus au cours de la crise, et cetera, et cela doit peut-être être davantage structuralisé mais dans une première phase il peut en tout cas y avoir une coordination régionale et à partir d'un moment où l'on dépasse un certain seuil d'alerte et de crise, nous pensons que la main doit repasser à un niveau unique et coordonné.

En ce qui concerne le matériel et les stocks, je vais peut-être répéter ce qui a été dit, mais nous ne pensons pas que ce soit le rôle des maisons de repos de gérer des stocks stratégiques.

Effectivement, il y a l'immédiateté, c'est avoir du matériel en suffisance que pour traiter d'éventuels cas qui pourraient surgir, mais à long terme et dans la perspective de la gestion des risques, ce n'est pas une bonne idée que de mettre cela au niveau de chaque entité. Vous imaginez, il y a je ne sais combien de centaines de maisons de repos, voire d'autres structures de soins en Région wallonne. Chacune va devoir faire ses propres marchés, gérer tout cela, avec des compétences qui ne sont pas nécessairement présentes en matière de gestion de qualité, en matière d'hygiène, en matière de conservation, et cetera.

Ce n'est pas non plus, nous semble-t-il, le rôle des hôpitaux ou des réseaux hospitaliers que de faire cela pour d'autres acteurs. Les hôpitaux peuvent le faire à leur niveau et probablement que cela va se faire dorénavant au niveau des réseaux hospitaliers parce qu'ils ont les compétences propres. Il y a des infirmières hygiénistes, il y a des responsables de projets de qualité qui sont présents dans les hôpitaux.

La question du stockage n'est quand même pas si anodine que cela. On est vite face à des volumes importants, on n'a pas nécessairement les lieux disponibles que pour cela et surtout, quelle qualité on peut garantir pour que ce matériel reste en bonne condition, qu'il ne soit pas miné par de l'humidité ou que sais-je, ou d'autres choses.

C'est vraiment, je pense là, au-delà du rôle des structures de soins que d'aborder ce point-là et nous plaidons vraiment pour que cela soit pris en main à un niveau régional pour les structures qui dépendent du régional ou à un niveau fédéral pour les structures qui dépendent du Fédéral, comme les hôpitaux.

Voilà ce que je voulais préciser encore.

**M. le Président.** - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq**, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Je vais être bref, je vous rassure.

En ce qui concerne le vaccin, j'ai bien dit « requis », je n'ai pas dit « légalement obligatoire ». C'est une grosse nuance, évidemment. Mais c'est clair que cette conversation que nous avons eue avec une nouvelle ministre fédérale était très éclairante sur l'extrême limite de la pédagogie la plus active et la plus bienveillante vis-à-vis du personnel. C'était vraiment très éclairant.

Personnellement, cela m'a frappé.

Bien entendu, le vaccin covid n'existe pas encore et bien entendu nous sommes ici, au mois d'octobre, on ne peut qu'essayer de persuader tous les membres de personnel et tous les résidents de se faire vacciner, mais à supposer que l'on doive envisager un quelconque caractère obligatoire, il va sans dire que des questions légales s'en suivraient et qu'elles ne pourraient jamais être résolues à temps.

Bien entendu, la pédagogie, oui, mais elle a ses limites. C'est dans l'état d'esprit de M. Smeets que j'ai parlé de requis, mais pas de légalement obligatoire. C'est une nuance importante.

En ce qui concerne les données, elles sont importantes et, malheureusement ou pas, ce n'est pas parce que mon titre se termine par l'adjectif « général » que j'ai l'intention de commander un bataillon d'infanterie discipliné chinois qui suivra les ordres de la fédération. L'objectif n'est pas là. L'objectif est vraiment, comme l'a très bien dit M. Happe, d'obtenir des informations à caractère général de telle manière que l'on puisse avoir un certain nombre d'enseignements généraux, comme les taux d'absentéisme, qui sont intéressants, parce qu'ils peuvent servir aussi de signal d'alerte. Ici, je suis membre du comité directeur d'une fédération flamande, il y a une *task force*, je ne vous dis pas comment c'est organisé d'une manière structurée, aussi avec des engagements de secret absolu par rapport aux données, mais on reçoit le taux d'absentéisme et cela a généré une réflexion en disant : « Attention, si cela continue à augmenter dans la semaine et les 15 jours qui viennent, il serait peut-être prudent de réactiver certains dispositifs qui permettraient de la mise à disposition. » C'est dans cet esprit-là que ces données sont importantes, entièrement anonymisées, bien entendu. C'est absolument non pertinent pour nous de savoir si telle maison ou telle autre, à tel endroit, a plus ou moins un cas ou plus ou moins pas de cas. C'est bien dans ce contexte-là.

Sur le solde budgétaire non dépensé sur l'exercice 2020, on est, en effet, dans ces montants-là. Il s'agirait donc de mesures *one shot* et pas de mesures structurelles, de mesures ponctuelles. C'est évident, comme l'a dit mon excellent collègue, M. Rombeaux, je

pense que notre secteur a besoin de mesures de soutien. Je n'aurais pas l'outrecuidance ou la goinfrerie de dire que nous voulons les 40 millions, cela ne serait pas éthique, mais que l'on voit dans ces montants qui risquent de ne pas être dépensés les endroits où ils peuvent être les plus utiles dans la branche « santé ».

Pour ce qui est de l'accord non marchand, en effet, je crains que la liste des revendications légitimes par ailleurs ne dépasse légèrement. Je pense que c'est un gigantesque *understatement*. Pour le montant prévu, je pense que l'on a quelques centaines de millions en plus. Il est évident que la priorité doit être donnée aux conditions de rémunération, sinon on va se trouver au-delà des questions éthiques puisque le premier grand accord social a permis d'harmoniser les rémunérations du personnel des maisons de repos avec celles des hôpitaux. C'est le premier grand accord dont il a été convenu. Je ne voudrais pas que l'on perde cette relation, puisque l'on est tout de même face à des catégories de personnel qui ont des niveaux d'intervention, sous certaines réserves, qui sont les mêmes.

Maintenant, je conçois parfaitement et j'aurais même été inquiet si les organisations syndicales n'avaient pas d'autres revendications. Nous les examinerons de manière ouverte, c'est clair, mais la question du bien-être au travail et la question de l'encadrement, à un moment donné, en fonction des disponibilités, il faudra peut-être faire des choix. Je crois que l'encadrement, c'est d'avoir plus de bras au chevet du patient, avoir plus de membres de personnel. Là, cela suscitera évidemment des budgets structurels, mais qui devront être pris dans le cadre du financement, peut-être pas dans les accords sociaux. Nous attendons l'ouverture des travaux avec une sérénité constructive.

**M. le Président.** - La parole est à M. Vaessen.

**M. Vaessen**, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons. - Je dirai juste un dernier mot sur la question du commissaire, parce que je ne vais pas revenir sur tout ce qui a été dit. Sur la question du commissaire spécial, dans mon esprit, j'étais un peu dans quelque chose de différent. D'abord, ce n'était pas évidemment en remplacement de l'AViQ. On n'avait pas à venir déshabiller une institution que l'on avait remerciée la matinée, ce n'était pas l'objectif ; c'était d'avoir quelqu'un qui, au niveau wallon et avec les liens au niveau fédéral, puisse coordonner l'ensemble de cette crise dans toutes ses conséquences.

Je vais prendre un exemple, au niveau des CPAS, uniquement au niveau des CPAS, on a dû gérer la question de tous les logements des sans-abris, l'organisation en urgence de tous les dispositifs d'urgence pour les logements, les abris de nuit, et cetera, la coordination de l'aide alimentaire des personnes qui étaient en difficulté, l'organisation des services essentiels en CPAS, donc savoir service par

service ce qu'on pouvait fermer, ce qu'on ne pouvait pas fermer, ce qui devait rester ouvert, et cetera, l'adaptation de la législation pour continuer à fonctionner, l'absorption des personnes qui étaient en chômage du jour au lendemain, en chômage temporaire ; c'est tout cela qu'il faut coordonner.

Je suis convaincu que cette crise a impacté tous les secteurs de la société et toutes les matières wallonnes. Quand je pensais à un commissaire spécial, ce n'était pas seulement pour gérer la crise au niveau des maisons de repos et des hôpitaux, mais, dans mon esprit, on était dans quelque chose de bien plus large pour aider l'ensemble de la Wallonie à traverser cette crise et à la gérer au mieux.

Je tenais à le préciser. C'est une position tout à fait personnelle, ce n'est pas une position officielle de la Fédération des CPAS. Je suis un peu en freestyle, mais je me base sur l'expérience que l'on a connue en Wallonie pour la gestion d'autres plans – plus heureux, des plans de relance – tels que le plan Marshall. Pourquoi ne pas transposer cette philosophie de coordination centralisée ?

*(Réactions dans l'assemblée)*

Un centre de crise existe et il dépend du SPW.

Il devrait avoir dans ses prérogatives une mission élargie pour assurer toutes les conséquences de cette crise et la gestion *day to day* de ce qui se passe.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Durenne.

**Mme Durenne** (MR). - Monsieur, je suis désolée d'insister, mais vous n'avez pas répondu à ma question ou peut-être l'avez-vous mal comprise. Vous disiez que, malheureusement, aucun opérateur n'avait répondu au marché public lancé.

**M. le Président.** - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq**, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - On nous a dit – et c'est la vérité – que la volonté du Gouvernement wallon était d'acheter des vaccins en suffisance pour les populations à risque wallonnes. Il y a forcément un appel à marché public qui a été publié avec toutes les conditions, mais aucun opérateur industriel producteur de vaccins n'y a répondu. C'est lié à une pénurie de vaccins, que je ne peux pas objectiver, au niveau européen. C'est la raison pour laquelle, sauf erreur de ma part, il y a déjà une série de priorités qui ont été données pour libérer des vaccins prioritairement à telle catégorie de population avant telle autre. La Région wallonne a ouvert le marché public et il n'y a pas eu de réponse de l'industrie.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Durenne.

**Mme Durenne** (MR). - Je crois que le délai était trop court parce qu'il y a des délais à respecter pour qu'ils puissent répondre.

Pour qu'il n'y ait pas de malentendu avec certains professionnels de la santé, ce que la Région voulait faire, c'était passer un marché de plus ou moins 500 000 euros pour les vaccins pour les résidents dans les maisons de repos.

Il faut savoir que des professionnels de la santé délivrent les vaccins : les pharmaciens, et ceux-ci avaient fait leurs précommandes. Les précommandes sont faites sur base de listings et sur base des résidents dans les maisons de repos.

Les vaccins sont là, il n'y a aucun souci, et ils seront délivrés comme à l'habitude dans les maisons de repos pour les populations à risque. En plus, il y a le remboursement par l'INAMI et il y a le ticket modérateur remboursé par les organismes assureurs pour ces populations.

Cela n'engage que moi, mais je trouve que c'est une dépense qui n'est pas nécessaire au niveau wallon puisque les professionnels de la santé, donc les pharmaciens, les délivrent déjà. Chacun son rôle, et il faut savoir qu'en plus ils avaient prévu un stock supplémentaire. Il n'y a aucun souci au niveau de la vaccination des résidents et des populations à risque dans les maisons de repos.

**M. le Président.** - La parole est à M. Frédéricq.

**M. Frédéricq**, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL). - Nous voilà rassurés puisque l'important est que les gens puissent être vaccinés.

*(Réaction de Mme Durenne)*

**M. le Président.** - Vous aviez déjà posé la question au Gouvernement et vous avez eu sa réponse. Il me paraît être l'interlocuteur adéquat sur cette question.

*(Réaction de Mme Durenne)*

Vous avez posé la question au Gouvernement.

La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa** (cdH). - Merci pour vos réponses parce que, jusqu'au bout, vous aurez été intéressants, notamment dans les réflexions sur la fonction d'un éventuel commissaire. Ces réflexions nous amèneront sans doute à nous interroger aussi sur les missions du Centre de crise wallon, la façon dont il les assume, et cetera. Tout cela promet de futurs développements.

Je voudrais, pour terminer, en revenir à une réalité tout à fait humaine qui ne nous a pas quittés tout au long de la journée puisque, à travers les questions de gestions

et d'organisation, ce sont évidemment des questions humaines qui ont été au cœur de nos échanges. Je voulais vous demander si vous aviez des informations, des données, des éléments d'appréciation sur la santé des résidents, notamment sur la santé mentale, vu l'épreuve qu'ils ont traversée, ou simplement sur la santé physique. On peut penser que l'impossibilité de sortie ou de visite a pu provoquer des effets tels que la multiplication des escarres ou des choses comme cela.

Avez-vous une photographie ou des éléments nous permettant d'avoir une perception, sans doute partielle, de la réalité de la santé des résidents aujourd'hui ?

**M. le Président.** - La parole est à M. Happe.

**M. Happe,** Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA). - Peut-être juste un élément de réponse très certainement incomplet. Des retours que nous avons des affiliés, les différentes circulaires de déconfinement et de reprise des visites ont permis d'améliorer le bien-être des résidents.

On repart donc dans une tendance plutôt positive. Ma réponse ira dans le même sens que la résilience tout à l'heure. Il y a encore un choc à absorber et cela mettra du temps. La tendance est cependant positive par rapport à ce qu'on a connu il y a quelques mois où l'on était clairement sur une détérioration, sur une augmentation du nombre de syndromes de glissement, et cetera.

Aujourd'hui, cette tendance s'inverse fort heureusement. Tous les résidents ont-ils oublié la crise ? Peut-être ceux qui souffrent d'Alzheimer, mais à mon avis, pas davantage malheureusement.

Je crois qu'il faudra absorber le choc encore pendant un certain temps, au même titre que le personnel.

**M. le Président.** - S'il n'y a plus d'autres questions, il me revient à remercier les représentants des différentes fédérations et je suspends la séance cinq minutes le temps qu'ils puissent nous quitter et que l'on puisse peut-être installer M. Kempeneers.

Merci beaucoup, bonne fin d'après-midi.

La séance est suspendue.

*- La séance est suspendue à 17 heures 11 minutes.*

## REPRISE DE LA SÉANCE

*- La séance est reprise à 17 heures 16 minutes.*

**M. le Président.** - La séance est reprise.

## LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

*(Suite)*

*Audition de M. Kempeneers, Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx)*

**M. le Président.** - La parole est à M. Kempeneers.

**M. Kempeneers,** Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx). - Merci à la commission de m'avoir invité à partager quelques éléments de réflexion par rapport à l'action de l'AWEx que nous avons eue pendant le confinement et déjà avant le confinement. C'est une explication qui pourrait paraître un peu plus anecdotique que ce que vous venez d'entendre, mais qui permettra certainement de terminer la journée avec un message peut-être un peu plus positif, un message de solidarité de l'ensemble des entreprises qui se sont mobilisées pour fournir en matériel de protection les différents hôpitaux, les maisons de repos et le personnel soignant ici en Wallonie, mais également la mobilisation de l'ensemble du réseau, des Wallonnes et des Wallons, qui sont un peu partout à l'étranger et qui se sont très rapidement mobilisés, tous, pour fournir et chercher des sources d'approvisionnement en matériel.

En fait, les trois agences régionales du commerce extérieur, qu'elles soient bruxelloises, flamandes ou wallonnes, ont été mobilisées assez rapidement pour une recherche de matériel et d'équipement. Oserais-je dire que la Wallonie a eu tout de suite trois ou quatre semaines d'avance par rapport aux autres régions, tout cela par le fruit du hasard, puisque la Wallonie est jumelée avec deux provinces chinoises. Vous savez que la majorité du matériel de protection est d'origine chinoise, en tout cas asiatique : le Vietnam pour les masques textile et la Chine pour pratiquement le reste du matériel.

La Wallonie est jumelée avec deux provinces, la première est la province de Hunan, qui fait 100 millions d'habitants, la province la plus peuplée de Chine, depuis 1988. On a fêté il y a deux ans, ici même, dans cette pièce, le trentième anniversaire de relations économiques avec cette province. À cette occasion, on avait reçu une délégation d'entrepreneurs femmes qui venaient de cette province de Hunan. Votre prédécesseur, Monsieur le Président, a vraiment apprécié ce moment-là. Cette province, on a découvert au fur et à mesure des journées que c'était la première productrice mondiale de matériel de protection, notamment des masques de protection au niveau de la Chine.

Rapidement, les liens que nous avons tissés avec cette province, la mobilisation qu'il y a eu, notamment les liens aériens entre cette province du centre de la

Chine et l'aéroport de Liège, ont pu concrétiser certaines avancées très rapides en termes d'approvisionnement de masques notamment.

La deuxième province est celle du Hubei, avec sa capitale Wuhan, qui est devenue célèbre dans le monde entier puisque c'est là que la pandémie a démarré. C'était une nouvelle ville que le monde découvrait, mais qui n'était pas une découverte pour la Wallonie puisque nous sommes jumelés avec cette province depuis 2012, avec énormément de liens économiques, sociaux, culturels et d'échange de délégation et de partenariat avec cette province également très centrale en Chine qui concentre la majorité, en étoile, des TGV et énormément de relations avec le monde extérieur, non seulement au niveau des avions, mais également au niveau des trains et d'autres moyens de transport.

C'est une province que nous connaissons bien, sur laquelle nous avons misé énormément au niveau de la Wallonie. C'est d'ailleurs avec vous, Monsieur le Président, dans vos précédentes fonctions, que nous nous sommes rendus à plusieurs reprises dans cette province du Hubei pour y tisser des liens d'amitié.

Dès que la pandémie a surgi dans cette province et à Wuhan, nous avons mobilisé les amis de la Chine qui sont en Wallonie, des universités, des entreprises, des officiels des gouvernements provinciaux notamment, et des responsables de la Région wallonne, pour venir en aide, d'une manière symbolique par rapport à ce qu'il se passait dans leur province. On a trouvé quelques équipements, pas énormément puisque la plupart des équipementiers ou des importateurs en Wallonie, d'une part, avaient stoppé leur approvisionnement, puisque la Chine était tout à fait arrêtée. D'autre part, les stocks qu'ils avaient, ils les gardaient pour leurs clients, pour lesquels ils avaient des contrats. Je pense notamment à la société Mölnlycke, à Waremme, qui est le leader des champs opératoires, ou encore Etilux à Liège, qui est importateur de matériel de protection pour l'industrie.

On a trouvé, mais c'était de manière tout à fait symbolique, des respirateurs de marque Phillips, ici en Wallonie, chez un distributeur, que nous avons très modestement envoyés dans cette province amie et dans cette ville de Wuhan.

Bien nous en a pris, puisque trois-quatre semaines après, le virus atteignait l'Europe. Par effet retour très rapide, c'est un peu la Chine qui s'est mobilisée pour la Wallonie avec un point central qui était leur région jumelée en Europe, c'est-à-dire notre Région, mais également une facilité d'atteindre cette région grâce aux quelques vols qui étaient encore maintenus entre la Chine et l'aéroport de Liège.

Ces vols ont été exponentiels depuis lors puisque ce sont, comme le ministre Borsus l'a expliqué à votre commission, plus de 3 milliards de masques qui ont été importés à partir de Liege Airport en provenance de

Chine. Énormément d'avions et des gros avions, des avions qui faisaient assez de bruit et qui ont perturbé certaines communes, comme on peut le constater aujourd'hui, mais qui ont apporté majoritairement des produits et des équipements de protection pour les personnels soignants, non seulement en Belgique, mais sur l'ensemble de l'Europe, puisque Liege Airport a vraiment été utilisé comme une plateforme de redistribution de ces équipements, principalement sur l'Italie et sur l'Espagne pour commencer et ensuite sur le reste de l'Europe. Les 3,5 milliards de masques qui ont transité par Liege Airport ne venaient pas pour la Belgique, mais pour l'ensemble de l'Europe.

C'était un nouveau métier pour l'AWEx et pour nos équipes qui se sont impliqués dans cet approvisionnement. On sait comment exporter, on sait aider les entreprises dans leur exportation. On sait attirer des investisseurs étrangers, mais aller chercher du *sourcing*, des fabricants en Chine, c'est un peu nouveau pour nous, mais c'est ce que nous avons fait.

Très rapidement, après la réception de donations, dès début mars, de nos provinces amies ou de nos partenaires amis en mars 2020, j'ai sollicité l'ensemble du réseau en Chine pour lister une série de fournisseurs de qualité, reconnus par les instances officielles locales, par les provinces, par la FDA chinoise, donc les autorités réglementaires au niveau de la Chine, pour pouvoir utiliser cette liste à bon escient pour les autorités belges qui le sollicitaient.

Bien avant les autres régions et bien avant probablement d'autres régions et d'autres pays européens, nous avons une liste de sociétés certifiées qui faisaient des produits de qualité. Inutile de vous dire – vous l'avez vu dans la presse comme tout le monde – qu'il y a des centaines, même peut-être des milliers d'entreprises en Chine qui se sont du jour au lendemain développées sous forme de nouvelles lignes de production pour promouvoir et pour fabriquer des masques. Des sociétés qui font des langes pour bébé, des pyjamas, et cetera, sont devenues du jour au lendemain des fabricants de masques. Avec un problème de certification, des faux certificats qui circulaient et une non-reconnaissance par les autorités locales.

Cela veut dire que nous avons misé très rapidement avec les équipes de l'AViQ et avec les équipes de Liege Airport et des douanes un travail commun, très rapide, pour screener toutes ces demandes qui étaient accumulées ici en Wallonie pour nous proposer du matériel de protection à des prix qui étaient souvent très différents les uns des autres et avec une qualité qui était souvent très différente.

Je dois vraiment souligner, tant au niveau de l'AViQ que du cabinet de la ministre Morreale, une mobilisation qui était quotidienne jour, nuit parfois et de longue soirées pour travailler ensemble, pour se permettre de

pouvoir détecter les bons des mauvais équipements qui nous étaient proposés.

Comme vous le voyez sur le *slide*, le travail de *screening* que nous avons fait, c'est identifier les fabricants chinois directement authentifiés et reconnus par les autorités locales sur place, lister les fournitures possibles avec les certifications adéquates, analyser aussi les modes de transport proposés, notamment avec les prix. Les prix sont-ils sortis de l'usine en Chine ou bien arrivés en Europe ? On a mobilisé également les douanes et l'aéroport de Liège pour accueillir ces dizaines, parfois ces centaines de cargos qui venaient avec du matériel sur l'Europe.

Nous avons également essayé rapidement de comprendre quels étaient les droits d'importation, quelles étaient les réglementations sur l'accès du territoire pour ces différents types de matériel, notamment les réglementations du SPF Économie pour les masques FFP2 ainsi que les autres équipements médicaux, et la FNPS pour tout ce qui concerne les médicaments et les masques chirurgicaux.

Le SPF Santé nous a contactés pour savoir si nous avions éventuellement des partenaires qui pouvaient livrer rapidement des masques. La liste que nous avions déjà préparée a été communiquée au cabinet de la ministre De Block à ce moment-là. Toutes les procédures d'arrivage et de dédouanement ont été organisées très rapidement par les équipes de l'aéroport de Liège et par les douanes.

En Belgique, nous avons la chance d'avoir des douanes excessivement réactives. Contrairement à ce que l'on pourrait penser des douaniers, ils ne sont pas là pour contrôler, mais vraiment pour accompagner les entreprises dans leur acheminement de produits sur le territoire de la Wallonie, à partir de Liège Airport notamment.

Si ma mémoire est bonne, on a été confiné le 16 ou le 17 mars et, dès le 18 mars, les premières commandes – de la part de l'AViQ, de la Communauté germanophone, des hôpitaux bruxellois Iris, que nous avons aidés – ont été effectuées auprès de ces fournisseurs que nous avons listés

Fin mars, nous avons également demandé une accréditation aux douanes, au ministère des Finances pour être, au niveau de l'AWEx, les réceptionnaires, l'organisme qui pouvait recevoir, sans aucuns frais de douane ni de droit d'importation, les donations faites par des provinces, des entreprises ou d'autres partenaires chinois. Les entreprises locales et beaucoup de communes nous ont contactés pour savoir comment recevoir les dons qui nous arrivaient de part et d'autre en Wallonie. Nous avons demandé au ministère des Finances d'être accrédité pour pouvoir recevoir ces dons sans aucun droit de douane. Nous avons également

organisé la logistique afin que ce matériel puisse arriver à bon port par après.

L'ensemble des bureaux de la Région wallonne ont été mobilisés à l'étranger ainsi que les bureaux des deux autres Régions puisque, dès que le ministre De Backer a mis en place la cellule Corona *shortage*, on a organisé hebdomadairement une réunion avec les trois Régions – à laquelle je représentais la Région wallonne – pour savoir de quelle manière on pouvait faciliter l'acheminement de ce matériel. Une excellente coordination a été faite avec les ministères des Affaires étrangères, avec les diplomates à l'étranger et l'ensemble de nos représentants commerciaux wallons, flamands et bruxellois qui sont dans les postes à l'étranger.

Les pays qui ont réagi sont principalement :

- la Corée du Sud, surtout pour les tests puisque la Corée est avant-gardiste par rapport aux tests PCR et sanguins ;
- la Chine pour l'ensemble du matériel ;
- Singapour comme plateforme dans le Sud-est asiatique pour énormément de molécules et de médicaments qu'ils avaient déjà dans leurs stocks logistiques ;
- la Malaisie qui est le premier fabricant mondial de gants à destination médicale, en latex comme dans d'autres matières ;
- le Vietnam pour les masques en tissus ;
- le Canada puisqu'il y avait des importateurs connus de nos réseaux sur place qui avaient déjà des stocks disponibles à l'exportation.

Nous avons énormément aidé les sociétés privées qui se sont lancées, par exemple :

- Deltrian, pour la fabrication de masques, puisqu'il fallait souvent acheminer d'Asie les matières premières pour réaliser leurs objectifs de création et de production de masques en Wallonie ;
- Zentech, puisque, les réactifs qu'ils utilisent pour leurs tests sérologiques venant également d'Asie, nous avons essayé de suivre et de réglementer leur acheminement ;
- Icewatch, qui a initié des masques à leur propre marque à un moment donné, nous les avons aidés pour l'acheminement ;
- Pharmasimple ;
- ainsi que d'autres sociétés que vous avez probablement déjà pu pointer dans vos travaux.

Au travers du réseau de l'AWEx, nous avons également sensibilisé les pays étrangers sur l'excellence wallonne dans la pharma, la biopharma, les tests et les possibilités pour nos universités de réaliser rapidement des tests de qualité et promouvoir les *fabs labs*, ces petits incubateurs techniques et technologiques mis en place un peu partout en Wallonie qui se sont mobilisés pour réaliser des visières. Nous avons aidé l'Université de Liège, au travers du vice-recteur Haubruge et la société AMB Ecosteryl, pour pouvoir obtenir des masques qui ont servi de test pour les machines de

décontamination. Nous avons également aidé la société KDK Eurogentec, située à Seraing, qui est leader mondial dans les tests et les réactifs de nouvelle génération, et pour les vaccins de nouvelle génération au niveau de l'ADN.

Voilà toute une série d'actions que nous avons pu, au quotidien, réaliser au bénéfice des entreprises en parallèle avec la consolidation de l'acheminement de masques sur le territoire de la Wallonie.

Ce qui s'est passé avec la Chine – et vous l'avez probablement vu dans la presse –, c'est qu'il y avait tellement de masques et de matériel qui arrivaient de Chine avec des qualités différentes que les autorités chinoises ont serré un peu la vis au niveau des possibilités d'exportation.

Le 1er avril 2020, ils ont édicté une loi qui permettait uniquement aux sociétés reconnues par la médecine chinoise d'exporter leur matériel de protection. Le 24 avril, avec une deuxième loi, les autorités chinoises n'ont autorisé l'exportation qu'à partir d'entreprises qui avaient les autorisations et les certifications soit européennes soit américaines. Pour éviter qu'un nombre incalculable de masques et de matériels de piètre qualité soit exporté et que l'image de la Chine soit ternie à l'étranger, les autorités chinoises ont un peu serré la vis.

Il y a eu un décalage puisque nous étions en contact régulier pour expliquer la vision des autorités chinoises grâce à nos équipes sur place avec l'AFMPS et le SPF Économie, qui avaient leur réglementation d'importation au niveau européen. On a été confrontés à deux objectifs différents : les autorités réglementaires en Belgique n'acceptaient pas certains types de masques et les autorités chinoises, en augmentant la qualité, nous ont fait comprendre que seuls les standards et les normes acceptés en Chine pouvaient être exportés. Souvent, les standards ne correspondaient pas entre ce qui pouvait être importé en Europe et ce qui pouvait être exporté à partir de Chine. Il y a eu énormément de contacts avec le SPF Économie et l'AFMPS pour le comprendre.

C'est ce que l'on appelle, pour ceux qui ont observé cela, la guerre de la diplomatie du masque et aussi la guerre des standards et des normes entre le monde occidental et le monde chinois. La Chine a utilisé cet atout d'être un fournisseur quasi monopolistique en outils de protection pour quasiment le monde entier. Il y a des endroits en Chine où non seulement les Russes, et les Américains, une fois que la pandémie est arrivée aux États-Unis, se baladaient avec des valises de dollars et qui allaient chez les importateurs ou chez les fabricants directement pour aller chercher les cargaisons de masques disponibles dès qu'ils sortaient des usines de production. Cela a été une jungle incroyable.

Ce sera peut-être ma conclusion par rapport à cette présentation avant d'arriver à quelques idées d'amélioration puisque c'est le plus important.

À notre connaissance, par rapport aux commandes de l'AViQ et du SPF Santé qui sont passées par l'aéroport de Liège, par les douanes et par le *screening* des équipes de l'AWEx, il n'y a aucun masque qui n'était pas admissible sur le territoire belge européen qui soit passé entre les mailles du filet tellement nous avons essayé d'être irréprochables à ce niveau avec l'AViQ, avec les douanes et avec le soutien de la direction de l'aéroport de Liège.

Quelques pistes d'amélioration pour la Région wallonne et pour l'AViQ que je voudrais partager avec vous.

D'une part, la prise en charge de la prospection de ces fournisseurs de matériel et effectuer le suivi international par l'AWEx en direct. Souvent, nous étions un intermédiaire entre les maisons de repos et les hôpitaux, qui nous sollicitaient, l'AViQ ou bien d'autres organismes et fédérations.

Si l'on avait pu avoir peut-être la possibilité au niveau des réseaux internationaux de l'AWEx d'agir directement en termes d'achat mandaté bien entendu par les donneurs d'ordre, cela aurait été probablement un peu plus rapide.

- le *screening* des offres, sur base de critères clairs au niveau de la conformité, puisque, comme je vous le disais, c'était un petit peu la jungle, tout le monde essayait de savoir quels étaient les produits qui étaient de qualité, ceux qui étaient moins de qualité, et cetera, tout le monde a dû se plonger sur la réglementation. En fait, c'est facile, c'est assez clair pour un hôpital, c'est assez clair pour une maison, il s'adresse à son importateur classique qui, lui, s'occupe de l'importation, donc de satisfaire à la réglementation européenne. À partir du moment où l'importateur n'a plus rien dans ses stocks, il faut aller voir directement le producteur, le fournisseur en Asie principalement. Là, c'est assez compliqué de comprendre quelles sont les règles d'importation par rapport à ces produits.
- des conditions d'achat qui doivent être fournies par les autorités wallonnes, par les maisons de repos, par les hôpitaux en anglais, sinon c'est difficile de comprendre exactement ce qui est nécessaire puisque, au niveau de l'AWEx, nous ne sommes pas des techniciens du monde médical ; définir par le commanditaire des critères techniques et des critères de priorité dans les choix des fournisseurs, puisqu'il est important de savoir quelles sont les priorités pour l'ensemble des demandes au niveau de la Wallonie.
- désigner l'AWEx comme un organisme payeur, que s'est-il passé ? Nous recevions une demande

d'un hôpital. On mettait en relation le fournisseur par rapport au bureau d'achats d'un hôpital ou bien de l'AViQ, et cetera. Finalement, on devait également suivre par après la facturation, le transfert de fonds, l'argent devait être traduit soit en dollars, soit en yuan chinois avant d'être déposé chez le fournisseur. C'était très compliqué à faire. Comme nous avons, au niveau de la Wallonie, des bureaux un peu partout dans le monde, avec des comptes bancaires certifiés, il serait peut-être plus facile de permettre, en envoyant des avances à nos postes avancés à l'étranger, de payer directement le fournisseur en monnaie locale plutôt que de le faire à partir de la Belgique.

- définir un système de confirmation de commande et de conclusion de contrat flexible et adapté à l'urgence. On nous a parlé à un moment donné de marché public qui devait être édicté par les maisons de soins et par les hôpitaux et par l'AViQ. Mettez-vous à la place d'un fournisseur chinois qui reçoit des acheteurs qui ont déjà le cash en main, leur parler de marché public, on oublie tout de suite. Cela permettrait peut-être une flexibilité d'avoir une réponse plus rapide des différents fabricants.
- avoir à disposition des solutions logistiques au cas où l'offre ne comprend pas le transport, pour ne pas devoir abandonner l'offre au bénéfice d'intermédiaire qui prend sa marge. Une fois que l'on commande directement au fournisseur, si les logisticiens qui sont, par exemple, déjà basés en Wallonie, notamment les logisticiens aériens à l'aéroport de Liège pouvaient être gérés au niveau du transport directement par le donneur d'ordre sans passer par un importateur qui prend une marge importante pour le transport, ce serait également plus facile.

Dernier slide, puis je serai disponible pour vos questions.

Instructions claires concernant les produits à rechercher sur tous les standards et la catégorie, le niveau requis. Cela, que ce soit pour les autorités wallonnes, mais également pour les autorités fédérales, il y a eu un peu de cafouillage au niveau des standards qui étaient recherchés. En plus, comme les standards, comme je vous l'expliquais tout à l'heure, ont évolué. Les masques principalement qui étaient souhaités et recherchés par la Belgique, que ce soit aux niveaux fédéral et régional, ce sont des masques industriels, qui empêchent la poussière de passer, notamment ces fameux FFP2, alors qu'à un moment donné, la Chine n'a plus autorisé que l'exportation de produits, qu'ils soient FFP2 ou qu'ils soient masques chirurgicaux, qui sont stériles à utilisation uniquement médicale.

Pour la petite histoire, que s'est-il passé ? La Chine a obligé que l'importateur signe un papier à la douane pour importer des produits en disant : « Je certifie que

ces produits qui seront importés en Europe seront à usage qui est non médical ». Pour tout ce qui est masques FFP2 et qui n'étaient pas reconnus par les autorités chinoises comme médicaux, il fallait signer un papier en disant « Ces produits ne seront pas à usage médical ». Évidemment, personne n'a signé ce papier, puisque ces masques devaient atteindre les hôpitaux et le personnel médical de première ligne. C'était impossible.

C'est là que la diplomatie des masques et la guerre des standards ont pris tout leur sens avec la Chine.

- coordination préalable au lancement du processus, donc former une équipe de base au bénéfice de l'urgence qui se coordonne sur les critères, sur les standards, sur les priorités en termes d'achat de matériel à l'étranger ;
- mise au clair préalable avec les autorités de surveillance puisque l'on s'est parfois un peu regardés en chien de faïence, l'AWEx étant côté entreprises, côté opérateurs qui demandaient à avoir des masques le plus rapidement possible et les autorités d'accès au territoire fédéral qui étaient là plutôt avec leurs réglementations pour empêcher que certains produits qui n'étaient pas de qualité suffisante atteignent le territoire belge. Si l'on avait pu faire une équipe commune pour bien nous mettre d'accord par rapport à l'urgence qui était nécessaire en période de crise, cela aurait été plus utile et plus efficace à mon sens ;
- convenir avec différents laboratoires comme Centexbel, pour les masques chirurgicaux, Mensura ou IDEWE, pour les FFP2, un traitement prioritaire pour les tests *alternative testing protocol* qui ont été mis en place pour l'urgence par rapport aux masques. Si les autorités officielles pouvaient avoir une priorité sur n'importe quelle entreprise ou importateur privé qui demandait des tests, cela aurait été probablement encore un peu plus rapide que ce que cela a été ;
- communication claire sur les produits à rechercher ;
- communication uniforme à toutes les parties concernées, que ce soit en Belgique ou à l'étranger pour savoir exactement quels sont les catégories et les types de matériel qui sont recherchés ;
- amélioration de la gestion d'entreposage et de distribution pour éviter toute perte ou mélange de lots. Que s'est-il passé concrètement à l'aéroport de Liège ? Les avions arrivaient, ils étaient déchargés, les hangars étaient pleins de masques, de matériel, de blouses ou bien de couvre-chefs pour le personnel médical. Si c'était une commande de l'AViQ et de la Région wallonne, c'était la protection civile de Crisnée qui allait chercher le matériel et qui l'amenait dans les bâtiments de la Région wallonne ; si c'était une commande qui était faite par le fédéral, c'était l'armée qui venait directement chercher le

matériel pour l'amener à la caserne de Peutie qui était le QG du fédéral par rapport à ces produits qui étaient importés. Vous imaginez bien, sur le tarmac, que cela pouvait être assez compliqué de savoir si c'était du Fédéral, du régional, ou bien si cela devait repartir à l'étranger, qui avait accès sur le tarmac et dans les entrepôts pour prendre quel colis. Cela a été un peu compliqué parfois, même si cela s'est finalement très bien passé. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, on pense bien qu'avec tous ces efforts combinés de l'aéroport, des douanes, de l'AViQ et en collaboration avec le SPF Économie et l'AFMPS, nous avons réussi à ne pas faire rentrer un minimum de produits qui n'étaient pas de bonne qualité pour notre personnel soignant.

Je vous remercie pour votre attention et je suis bien entendu à disposition pour toute question éventuelle.

### *Échange de vues*

**M. le Président.** - La parole est à Mme Kapompole.

**Mme Kapompole (PS).** - Je remercie évidemment M. Kempeneers parce qu'avec son exposé introductif si clair, si complet, il a déjà répondu à la majorité des questions que j'avais à lui poser. C'est aussi important pour nous, en tant que parlementaires régionaux, de prendre la mesure de l'efficacité des outils mis en place au niveau régional. Comme le ministre Borsus l'a souligné lors de son audition, l'AWEx, ainsi que d'autres outils au sein de notre Région, ont vraiment joué un grand rôle pour que cette crise – qui est loin d'être terminée – puisse être gérée de la meilleure manière possible avec toutes les difficultés que l'on connaît quand même.

Je voulais m'attarder sur l'avenir, parce que vous avez évoqué une série de pistes d'améliorations, de recommandations, et c'est l'objet de notre commission.

Je voulais savoir si les recommandations formulées avaient déjà été discutées, évoquées avec votre ministre de tutelle, s'il y avait déjà des éléments par rapport à cela que vous pouviez nous donner.

J'aurais bien aussi voulu discuter de la plateforme liégeoise, parce que vous avez évoqué le rôle de plateforme joué par l'aéroport de Liège, avec les 3 milliards de masques qui sont passés. Cette position forte de notre aéroport wallon sera-t-elle pérennisée selon vous dans l'avenir ? Restera-t-il, pour vous, une place forte de distribution de matériel médical ? Est-ce un objectif de l'AWEx ? Puisque vous avez évoqué la nécessité d'améliorer les aspects logistiques, de distribution, d'entreposage. Ici, on était dans un cas assez extrême. Sachant que, en plus, l'aéroport de Liège a été reconnu par l'OMS comme hub de distribution de

matériel médical, est-ce aussi une vision pour l'avenir que vous avez ?

Vous avez expliqué le processus de validation. Je pense que c'était assez clair aussi.

Je voudrais revenir et terminer d'ailleurs assez rapidement là-dessus, c'est sur la nécessité d'avoir une communication claire et uniforme. Que ce soit en interne comme à l'externe, c'est un élément qui revient énormément dans les discussions que nous avons. Pour utiliser une langue que vous devez employer quotidiennement à l'AWEx : *keep it simple !*. On devrait avoir cela en tête dans tous nos modes de fonctionnement et, on le sait, dans le cadre de cette crise c'est quelque chose qui a parfois été très problématique. Je voulais avoir encore votre point de vue là-dessus.

Encore une fois, je souligner le travail qui a été réalisé. Je pense que, à la fois sur l'aspect « commerce extérieur » et par rapport aux relations privilégiées que vous avez pu nouer avec les universités, les entreprises, comme vous l'avez souligné avec Deltrian, par exemple, l'on voit qu'il y a des perspectives, par rapport à l'économie wallonne, qui sont quand même intéressantes et, vu les difficultés que l'on sait devant nous par rapport à l'état de l'économie, je pense que c'est aussi un élément important qui devait être souligné.

Encore merci pour la présentation.

**M. le Président.** - La parole est à M. Disabato.

**M. Disabato (Ecolo).** - Merci, Monsieur le Président. Je ne vais pas être très long, puisque la présentation était extrêmement claire. Je remercie M. Kempeneers pour avoir anticipé nos questions et pour avoir présenté les choses de manière aussi limpides. Cela montre aussi, pour moi, tout cela, l'intérêt pour la Région d'être ouverte sur le monde et pouvoir avoir des contacts un peu partout, puisque, grâce à la Wallonie, on a pu obtenir toute une série de matériels qui étaient extrêmement nécessaires et dont nous manquions pour l'essentiel à une période bien déterminée.

J'avais d'abord une première question par rapport à la Flandre, puisque vous avez dit que nous avons beaucoup aidé le niveau fédéral, mais avez-vous eu aussi des contacts avec la Région flamande ? Comment cela s'est-il passé dans les interactions ? Par rapport à la livraison de masques, je me souviens, il y avait eu un souci à un certain moment avec des ministres aussi qui étaient sur le tarmac liégeois et des masques qui, au final, étaient un peu problématiques.

Par ailleurs, je voulais voir si les recommandations que vous faites par rapport à la pénurie dans un contexte sanitaire connu aujourd'hui étaient transposables à d'autres pénuries que l'on pourrait connaître à un certain moment. Je prends l'exemple d'une crise alimentaire,

pour prendre un sujet, un exemple. Estimez-vous que ce que vous avez tiré comme conclusions aujourd'hui serait transposable à d'autres crises éventuelles ?

**M. le Président.** - La parole est à M. Wahl.

**M. Wahl (MR).** - M. Kempeneers, merci pour votre exposé. Je ne vais pas profiter de l'absence de M. Dispa parce qu'il me reproche parfois des questions que je suis amené à poser et je vais donc les formuler autrement.

J'aurais voulu vous demander, mais vous en avez déjà parlé, nous sommes là pour établir des recommandations, pour essayer de faire en sorte que les choses, à l'avenir, aillent mieux, que l'on puisse éviter les erreurs.

Je ne vais pas vous demander – parce que cela pourrait m'être reproché, si j'ai bien compris – quelles seraient les recommandations que vous souhaiteriez vous-même. Je vais m'exprimer d'une autre manière : que voyez-vous qui soit susceptible, en quelques points et indépendamment de ce que vous avez déjà dit, d'améliorer le mécanisme ? Si cela se poursuit ou si cela survient à nouveau sous une autre forme que l'on ne connaît pas forcément aujourd'hui, comment peut-on essayer, au niveau de l'AWeX, de faire en sorte que l'intervention et le rôle de celle-ci soient les plus performants possible ?

**M. le Président.** - La parole est à Mme Bernard.

**Mme Bernard (PTB).** - Merci, Monsieur Kempeneers, pour vos explications.

J'ai effectivement appris quel était un peu le background et la préhistoire des relations de l'AWeX avec tous ces pays du Sud-est asiatique et les fabricants et fournisseurs de masques.

Je suis quand même un petit peu perplexe parce que chez monsieur et madame Tout-le-monde, les masques, c'était la catastrophe. Vous avez expliqué avoir mis toute une procédure en place, avec des gens sur place, avec des certificats en collaboration avec les autorités locales, et cetera. Qu'il y ait eu des problèmes de standards, je veux bien l'entendre, cela m'a l'air logique, mais la perception dans la population, c'est que cette affaire de masques, c'était une vaste blague. Il y a eu le ministre des masques, il y a eu le ministre de je-ne-sais plus-quoi et il y a eu aussi les reportages à la télévision, notamment le 23 avril sur RTL qui disait que des masques avaient été commandés à une entreprise qui avait été recommandée par l'AWeX, on a distribué et puis on s'est rendu compte qu'ils n'étaient pas bons et le SPF Économie et l'AViQ ont dû retirer dare-dare les masques. Cela a provoqué pas mal de confusion et je voulais donc avoir votre avis. Y a-t-il une explication que vous pouvez fournir ?

Par ailleurs, vous avez aussi expliqué qu'il y avait une étroite collaboration avec l'AViQ. Le rôle de l'AViQ

était-il de déterminer le cahier des charges au niveau technique et médical et puis vous vous occupiez du reste, ou bien l'AViQ avait-elle aussi un rôle dans les contacts avec les fournisseurs ou importateurs notamment à l'aéroport de Liège ?

Pensez-vous que vous aviez assez de moyens humains pour pouvoir gérer tout cela ? Dans les recommandations qu'il faudrait émettre, ne devrait-on pas recommander d'avoir plus de personnel à disposition ? Avec le personnel que l'on a maintenant, peut-on faire face à une deuxième vague ou à une autre pandémie qui surgirait ?

Enfin, peut-être que l'AWeX n'a-t-elle rien à voir là-dedans, mais il y a eu, à un moment donné, une rupture de stock, on ne pouvait plus trouver de masques nulle part. La semaine suivante, il y en avait dans tous les magasins. Ces masques sont-ils arrivés par d'autres canaux que ceux de l'AWeX ou bien étiez-vous aussi impliqués dans une partie de l'acheminement de ces masques-là ?

**M. le Président.** - Si plus personne ne demande à intervenir, la parole est à M. Kempeneers pour ses réponses.

**M. Kempeneers,** Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx). - Merci pour vos différentes questions. Je vais commencer par vous, Madame.

En effet, l'AWEX s'est vraiment mobilisée pour faciliter la détection des fournisseurs de qualité et l'acheminement. Une fois que c'était en Belgique et que ça devait être distribué à M. et Mme Tout le monde, comme vous dites, et à la population, c'était hors de notre *scope* de compétence. C'était au ministère de la Santé et à l'AViQ d'effectuer le transfert auprès de la population et des personnes qui en avaient besoin.

Cette rupture de stock que l'on a vue à un moment donné nous a fait nous poser pas mal de questions par rapport au fait qu'énormément de masques étaient arrivés notamment sur l'aéroport de Liège qui était dans des entrepôts régionaux ou fédéraux, mais que la distribution n'est pas arrivée vers le citoyen. En fait, les demandes transmises via l'AWEX de la part du Fédéral comme du régional étaient principalement pour les hôpitaux et pour les maisons de soin. Dès lors, il s'agissait de masques qui n'étaient pas des masques de confort pour l'ensemble de la situation, mais vraiment pour le personnel soignant. Voilà peut-être la différence entre le travail que nous avons effectué pour le ministère de la Santé fédéral et régional par rapport à la perception de la population par rapport à ces masques que vous avez cités.

Il y a eu un problème à un moment donné. Comme je vous l'ai expliqué tout à l'heure, il y avait des logisticiens et des importateurs qui avaient l'habitude,

sont connus comme importateurs vers la Belgique ou sont déjà présents sur l'aéroport de Liège et qui importent des produits venant d'Asie. Ces importateurs ont fait l'objet d'une attention et d'un *screening* par rapport à la qualité de leurs produits par l'Agence du médicament et par le SPF Économie. Tous les produits qui sont rentrés sur le territoire ont été « screenés » positifs.

À un moment donné, lors d'un de ces tests, on a vu que des masques qui avaient déjà été entretemps mis dans des entrepôts de l'AViQ ne correspondaient pas suffisamment. Ils étaient de qualité, mais pas de qualité suffisante pour le personnel de première ligne. Comme masque de confort, il n'y avait aucun problème. Sur recommandation de la ministre Morreale, nous avons fait le choix d'arrêter la distribution de ces masques, et de les rapatrier auprès de l'importateur, parce qu'ils n'étaient pas conformes par rapport aux critères vis-à-vis du personnel médical et du personnel de première ligne.

C'est arrivé parce que ce fournisseur se fournissait auprès de différentes usines qui avaient elles-mêmes différentes lignes de production. D'une ligne de production, la qualité n'a pas été suffisante pour pouvoir les libérer automatiquement sur le territoire. Je crois que l'on a fait notre travail, celui de récupérer les masques qui étaient déjà dans des entrepôts pour les ramener auprès de l'importateur.

C'était l'AViQ qui faisait le cahier spécial des charges par rapport aux produits, qui nous disait quel type de matériel il fallait chercher, et c'était aussi l'AViQ qui payait directement ou via la SRIW ou au travers de Wallonie Santé qui effectuait le paiement.

C'est ce que j'expliquais tout à l'heure, c'était parfois compliqué d'avoir deux-trois interlocuteurs : un qui commandait, nous qui aidions à la logistique, et un troisième qui payait. C'était parfois un peu compliqué au niveau des factures. Cela doit être probablement amélioré.

J'arrive à la question de Mme Kapompole au niveau de la plateforme de coordination. Cela rejoint un petit peu votre préoccupation, Madame. Finalement, l'important est d'anticiper. Ce que nous avons vécu avec cette pandémie et ces problèmes d'acheminement de matériel de protection doit nous servir de leçon par rapport à l'avenir.

On se positionne au niveau mondial comme une localisation idéale au cœur de l'Europe, un endroit où la logistique est fortement développée, où nous pouvons importer et réexporter des produits facilement au départ de nos infrastructures multimodales, mais à partir du moment où il y a une crise telle que celle-là, nous devons pouvoir être en mesure d'anticiper, de nous organiser le plus rapidement possible pour que cette qualité et excellence du flux logistique qui est un peu notre marque de fabrique et notre emblème en Wallonie

soient répercutés au niveau des faits. Rapidement, en cas de problèmes et de crises, qu'elles soient médicales ou agroalimentaires même si j'espère que nous avons une production locale suffisante pour éviter ce genre de problème au niveau agroalimentaire, mais cette crise pourrait subvenir dans d'autres secteurs.

On doit joindre la parole aux gestes. Quand on essaie de se promouvoir comme une plateforme de redistribution idéale en Europe, il faut que l'organisation de la logistique soit extrêmement rapide.

Finalement, c'est un peu ce que l'aéroport de Liège a réussi à faire : est une des infrastructures qui a continué à fonctionner pendant le confinement et pendant la crise et qui a même doublé ou triplé son activité par rapport aux autres aéroports, parce qu'elle est principalement orientée sur la logistique. Si l'OMS, puis le Programme alimentaire mondiale par la suite, l'ensemble des Nations unies ont pointé l'aéroport de Liège comme seul aéroport en Europe occidentale qui permet d'acheminer rapidement des produits médicaux, non seulement pour l'Europe, mais également avec un rapatriement vers l'Afrique notamment, puisqu'il y a plus de 25 vols par semaine qui partent sur l'Afrique au départ de Liege Airport.

Cette capacité d'agir en triangulation, avec les importations qui viennent d'Asie et qui sont réexportées soit en Europe, soit vers l'Afrique avec les connexions de l'aéroport de Liège vers l'Afrique, doit être intensifiée, consolidée et encore davantage professionnalisée qu'aujourd'hui pour pouvoir répondre à ce genre de problème.

La communication claire et uniforme, vous l'avez citée, c'était plutôt une confirmation de ce que j'avais dit tout à l'heure. Elle doit être sans équivoque par rapport aux différents intervenants. Une plateforme de coordination doit être mise en place extrêmement rapidement pour pouvoir répondre à ces questions.

Les perspectives de positionnement de la Wallonie au niveau de la logistique et de réexportation de produits quels qu'ils soient d'une manière sécurisée, rapide et professionnelle ailleurs dans le monde doit être intensifiée.

C'est en effet le symbole d'une ouverture au monde de la Wallonie qui a été pointé par cette action que nous avons développée envers la Chine et envers les pays bénéficiaires de matériel qui passait par la Wallonie.

Nous avons aidé la Flandre, pas directement le Gouvernement, mais Zorg en Gezondheid, l'équivalent de l'AViQ au niveau flamand, qui nous ont sollicités parce que nous avons ces connexions logistiques qu'ils n'avaient pas au départ de Zaventem, puisque Zaventem était quasiment à l'arrêt. Zorg en Gezondheid a mobilisé certains importateurs qui sont basés sur la plateforme liégeoise pour importer certains produits. On l'a vu dans la presse, je l'ai vu comme vous, certains élus flamands

sont venus sur l'aéroport de Liège. Je passerai rapidement là-dessus, parce que je crois que c'était plutôt de la communication politique qu'autre chose.

On n'a donc pas du tout été impliqués dans ces masques qui sont arrivés pour la Région flamande ou pour le Fédéral. On a appris comme tout le monde que quelqu'un était sur le tarmac à ce moment-là.

Monsieur Wahl, d'une manière globale, comment améliorer la situation ? Je répéterai encore que c'est l'anticipation, la professionnalisation des acteurs et le fait que cette crise doit vraiment nous servir de leçon à l'avenir pour développer le plus rapidement possible, et peut-être même le préparer en amont avant que les crises arrivent, un mécanisme qui permettrait rapidement de pouvoir se coordonner pour gérer ces flux logistiques qui atterrieraient sur le sol wallon pour être redistribués par la suite.

Personne n'espère une nouvelle crise, mais s'il y a encore des flux d'urgence qui doivent arriver sur le territoire wallon et être redistribués à partir de notre territoire, cela ancre vraiment d'une manière pérenne et pour le long terme non seulement l'activité économique autour de nos infrastructures logistiques, mais également l'emploi et l'expertise de nos entreprises pour promouvoir à l'international la création d'emplois autour de la logistique, qui est importante. Nous pouvons, par ce biais, donner une image d'excellence de la Région wallonne vis-à-vis de l'étranger.

**M. le Président.** - Si nous n'avons plus d'intervention, il me revient de remercier M. Kempeneers pour les informations qu'il nous a données et pour la patience dont il a fait preuve et le remercier, lui souhaiter une bonne fin de journée.

Nous pouvons arrêter ici nos travaux. Nous reprendrons vendredi prochain par l'audition de M. le Gouverneur Schmitz à 9 heures.

Sauf élément particulier, nous maintenons le programme tel qu'il était prévu, nous verrons bien si nous y arrivons.

## ORGANISATION DES TRAVAUX

*(Suite)*

**M. le Président.** - La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa** (cdH). - Je fais simplement remarquer, Monsieur le Président, que le programme va être très chargé et je me demande si, par respect pour nos invités, il n'y aurait pas lieu d'alléger le programme de façon à ce que l'on puisse travailler dans les meilleures conditions et ne pas s'exposer à devoir à nouveau reporter.

**M. le Président.** - Je n'ai aucune difficulté à le faire, mais nous avons convenu – donc effectivement nous allons avoir les maisons médicales et les collectifs de santé et Médecin Sans Frontières – de faire conjointement la Société belge de médecine intensive, l'Association Francophone des Médecins Coordinateurs, la Société Belge de Gériatrie et la Fédération des Médecins Généralistes.

Si l'on doit reporter, voulez-vous reporter ces personnes à la semaine suivante ?

**M. Heyvaert** (Ecolo). - Est-ce vraiment nécessaire ?

Ne commencerait-on pas et voir un peu

**M. le Président.** - Je n'ai pas bien compris, Monsieur Heyvaert, excusez-moi ?

**M. Heyvaert** (Ecolo). - Est-ce vraiment nécessaire de se dire déjà maintenant de reporter ? On peut le commencer...

**M. le Président.** - Ce que dit M. Dispa c'est de vouloir être courtois à l'égard de nos invités et d'éviter qu'ils ne viennent, qu'ils ne patientent et qu'ils ne perdent leur journée.

Je pense que chacun le fait avec beaucoup de disponibilité, mais si l'on peut éviter à certaines personnes de devoir ....

**M. Heyvaert** (Ecolo). - Mais on peut aussi nous peut-être raccourcir nos interventions.

**M. le Président.** - C'est l'autre manière de voir les choses, c'est de vous contraindre à être un peu moins disert, mais je ne veux pas prendre la responsabilité de limiter le temps des parlementaires.

C'est un sujet important, donc ce n'est que de l'autoresponsabilité que je demande à chacun.

La parole est à M. Frédéric.

**M. Frédéric** (PS). - J'essaie d'être concret, je peux m'engager à être bref, mais je ne peux pas m'engager pour certains collègues donc cela ne sert à rien de le prendre dans ce sens-là.

Donc, je rappelle que nous avons des engagements qui sont de travailler sur des recommandations de façon telle à aboutir juste avant les congés de Noël à un rapport et une approbation par l'assemblée.

Je ne tiens pas à ce que l'on reporte indéfiniment le travail et que l'on rallonge.

On doit donner le temps au temps, je suis d'accord, mais que l'on commence à 8 heures vendredi prochain, c'est aussi simple que cela, ou même à 7 heures s'il faut, moi je n'ai pas de problème.

Si vous voulez que l'on commence à 8 heures, nous commencerons à 8 heures.

**M. le Président.** - Si vous voulez que nous commençons à 8 heures, nous commencerons à 8 heures.

M. Schmidt vient d'Arlon, je veux bien que l'on commence à 7 heures, mais voilà.

**M. Frédéric (PS).** - Il vient d'Arlon, moi je viens de Verviers.

**M. le Président.** - Il faut un peu respecter, et aussi le personnel du Greffe qui est à notre disposition, mais je suis tout à fait prêt à démarrer à 8 heures.

La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa (cdH).** - Ma réflexion ne portait, vous l'avez bien compris Monsieur le Président, que sur une forme de respect à l'égard de nos intervenants et je ne cherche en aucun cas à allonger inutilement les débats.

Si vous voulez maintenir la liste des intervenants comme initialement prévu, on peut s'y risquer, mais je crains qu'on ne doive arriver à la nécessité en fin de journée d'ajourner une partie des auditions.

Quant à l'idée de commencer très tôt, cela ne me dérange pas, je ne viens pas de loin, mais honnêtement, je pense que pour la qualité de nos travaux, pour nos capacités de concentration, cela ne sert à rien de travailler dans des conditions qui soient un peu trop dures.

Commencer la journée à 9 heures me paraît raisonnable, surtout si M. Schmitz vient d'Arlon en début de journée.

Puis, on peut essayer d'apprécier à la mi-journée s'il n'y a pas lieu de décommander le cas échéant certains intervenants, mais c'est sûr que ce sera très intéressant, tant l'expérience de M. Schmitz comme Gouverneur que l'analyse de maisons médicales ou de Médecins Sans Frontières qui a publié des rapports sur le sujet.

Cela va sans doute nous mobiliser un certain temps. On fera preuve d'autodiscipline, mais on devra aller au fond des choses.

**M. le Président.** - La parole est à Mme Sobry et puis je formulerai une proposition.

**Mme Sobry (MR).** - Je vais aller un peu plus loin que M. Dispa, mais ce n'est pas grave. Entamer les travaux à 9 heures ne nous dérange absolument pas.

Ceci dit, je ne suis pas certaine qu'avancer d'une heure nous garantisse le fait que l'on puisse auditionner tout le monde durant cette journée.

**M. le Président.** - Peut-on convenir de commencer à 8 heures 30 minutes puisque c'est une grande qualité de notre Région et des Belges de transiger, et de convenir que le matin – et nous irions jusque 13 heures – nous entendrions M. Schmitz et la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé, avec MSF et de faire le reste l'après-midi. Je demanderais à ce que l'on puisse s'engager que pour 13 heures nous ayons terminé et nous reprendrions à 14 heures avec la deuxième partie.

Est-ce envisageable ? Il faut que vous me disiez oui ou non. Cela ne dépend pas de moi, cela ne dépend que de vous.

La parole est à M. Dispa.

**M. Dispa (cdH).** - Monsieur le Président, je salue votre proposition et je n'ai vraiment aucune objection de principe, simplement, je ne peux pas, en ce qui me concerne, m'engager à ce que l'on clôture, à coup sûr, nos travaux à 13 heures.

Les intervenants sont intéressants de toute évidence et si à un moment donné, des discussions nous amènent au-delà de 13 heures, voire à reprendre les travaux à 14 heures, je ne veux pas que l'on se l'interdise a priori.

**M. le Président.** - La commission a décidé de reporter l'audition de M. Schmitz, Gouverneur de la Province de Luxembourg, à la prochaine réunion.

Nous allons tenter cela et on verra bien, on en tirera l'expérience. Toute vie est une sorte d'essai-erreur.

Nous démarrons là-dessus et je vous donne rendez-vous pour la Commission spéciale vendredi prochain à 8 heures 30 minutes.

Je vous souhaite une bonne fin de journée.

Ceci clôt nos travaux de ce jour.

La séance est levée.

*- La séance est levée à 18 heures 16 minutes.*

## LISTE DES INTERVENANTS

Mme Alice Bernard, PTB  
M. François Desquesnes, cdH  
M. Manu Disabato, Ecolo  
M. Benoît Dispa, cdH  
Mme Véronique Durenne, MR  
M. André Frédéric, PS  
M. Vincent Frédéricq, Secrétaire général de la Fédération des maisons de repos (FEMARBEL)  
M. Christophe Happe, Directeur général de la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA)  
M. Laurent Heyvaert, Ecolo  
Mme Joëlle Kapompole, PS  
M. Michel Kempeneers, Chief Operating Officer pour l'Overseas Export-Investment à l'Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers (AWEx)  
M. Jean-Claude Marcourt, Président  
Mme Diana Nikolic, MR  
Mme Sabine Roberty, PS  
M. Jean-Marc Rombeaux, Conseiller-Expert à la Fédération des CPAS de Wallonie  
M. Mourad Sahli, PS  
M. Yves Smeets, Directeur général de la Fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloises (Santhea)  
Mme Rachel Sobry, MR  
M. Alain Vaessen, Directeur général de la Fédération des CPAS wallons  
M. Jean-Paul Wahl, MR

## ABRÉVIATIONS COURANTES

|          |  |
|----------|--|
| ADN      | acide désoxyribonucléique  |
| AFMPS    | Agence fédérale des médicaments et des produits de santé   |
| AMB      | ArcelorMittal Belgique   |
| ASBL     | association sans but lucratif  |
| AViQ     | Agence pour une vie de qualité   |
| AWEx     | Agence wallonne à l'exportation et aux investissements étrangers   |
| CDC      | Centers for Disease Control and Prevention (centre(s) pour le contrôle et la prévention des maladies)    |
| Ceival   | Comité d'évaluation fédéral (anciennement : Cellule d'évaluation)  |
| CIM      | conférence interministérielle  |
| CNS      | Conseil national de sécurité   |
| Cocom    | Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale   |
| covid    | coronavirus disease (maladie à coronavirus)  |
| covid-19 | coronavirus disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)  |
| CPAS     | centre(s) public(s) d'action sociale   |
| CV       | certificats verts  |
| FAQ      | foire aux questions  |
| FDA      | Food and Drug Administration (administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments)     |
| FEMARBEL | Fédération des maisons de repos privées de Belgique  |
| FFP2     | filtering facepiece (pièce faciale filtrante)  |
| GEES     | Groupe d'experts pour l'exit strategy (groupe d'experts chargé de la stratégie de sortie de confinement) |
| HORECA   | Hôtellerie, restauration et cafés  |
| INAMI    | Institut national d'assurance maladie-invalidité   |
| MR       | maison de repos  |
| MRPA     | maison de repos pour personnes âgées   |
| MRS      | maison de repos et de soins  |
| MRS      | Matériels à risques spécifiés  |
| MSF      | Médecins sans frontières   |
| OCDE     | Organisation de coopération et de développement économique   |
| OMS      | Organisation mondiale de la santé  |
| PCR      | polymerase chain reaction (réaction en chaîne par polymérase)  |
| PIB      | produit intérieur brut   |
| PIU      | plan(s) interne(s) d'urgence   |
| RAG      | Risk Assessment Group (Groupe d'évaluation des risques)  |
| RMG      | Risk Management Group (Groupe de gestion des risques)  |
| RTL      | Radio Télé Luxembourg  |
| SHNA     | structure(s) d'hébergement non agréée(s)   |
| SPF      | service public fédéral   |
| SPW      | service(s) public(s) de Wallonie   |
| SRIW     | Société régionale d'investissement de Wallonie   |
| TGV      | train à grande vitesse   |
| UNESSA   | Union en soins de santé  |