

# se sont fermées



comme une lettre à la poste. Puis tout à coup, c'était panique à bord dans les hôpitaux. » Médecin-coordonateur au sein de quatre maisons de repos bruxelloises, Michel Hanset fut aux premières loges pour constater la relation parfois tendue entre les résidences et les hôpitaux au cours de la crise. « Au fur et à mesure que l'épidémie gagnait du terrain, on a refusé l'accès aux hôpitaux au public des maisons de repos. On a eu quelques échanges de noms d'oiseaux avec eux. Je suis convaincu que l'on a sacrifié des gens sur l'autel de l'efficacité. »

Sacrifice, le mot est lâché. Et il le sera plus d'une fois dans la bouche des nombreux interlocuteurs interrogés sur la question. « On a eu des soucis aussi pour faire hospitaliser des résidents : quand on appelait l'hôpital, ils nous disaient que cela ne servait à rien car la personne ne serait pas intubée et que ce serait mieux qu'on continue d'en prendre soin comme on le faisait. Un jour, on a appelé l'ambulance, l'ambulancier a estimé que la personne n'était pas assez malade pour être prise en charge et elle est restée », explique Johanne Willain, infirmière à la Seniorie de Longtain. « J'ai dû plusieurs fois me disputer avec des directeurs médicaux ou des médecins hygiénistes pour faire entendre mon point de vue », explique le médecin-coordonateur Dominique Lamy. « A un moment donné, ces médecins nous disaient clairement qu'ils ne prendraient en charge que les résidents qui avaient un projet thérapeutique (un projet individuel qui détermine les volontés de fin de vie, NDLR) et pour lesquels donc, on connaissait les souhaits de prise en charge. Dans un monde idéal, tous les résidents auraient ce projet mais dans la réalité, c'est loin d'être le cas. »

**De mauvaises interprétations**  
Que s'est-il réellement passé entre les maisons de repos et les hôpitaux? Ces derniers ont-ils volontairement refusé

des résidents âgés pour éviter d'encombrer des lits et particulièrement des lits de soins intensifs? Il n'y a pas qu'une seule réponse à cette question. D'abord, parce que la situation a parfois été très différente d'une résidence à l'autre, ou d'un hôpital à l'autre. Ensuite, parce qu'il ne semble pas y avoir eu de consignes formelles indiquant qu'il fallait éviter l'hospitalisation des personnes issues des maisons de repos. Mais il y a eu, oui, des recommandations qui ont donné lieu à de mauvaises interprétations tant de la part du personnel des maisons de repos que de certains acteurs de la santé.

La communication a ainsi été brouillée par des consignes ambiguës. Deux recommandations, tombées coup sur coup, l'une émanant de la Société belge de médecine intensive et l'autre de la Société belge de gérontologie et de gériatrie (SBGG). Les deux documents abordent la question de la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Celui destiné aux intensivistes donne des recommandations pour décider de l'hospitalisation d'un patient aux soins intensifs, et ce, particulièrement si les hôpitaux venaient à être saturés. « Nous avons estimé que dans le cas où les urgentistes devaient procéder à un tri des patients, il fallait à tout prix éviter la situation italienne où seul l'âge était pris en compte », a expliqué Erika Vlieghe aux députés wallons. L'infectiologue a participé à la rédaction de la recommandation de la médecine intensive. « L'idée était plutôt de considérer l'état fonctionnel de la personne pour éviter de remplir les lits de soins intensifs avec des gens qui soit n'allaient pas y survivre, soit avaient fait le choix d'un non-acharnement thérapeutique. »

Pour déterminer l'état fonctionnel des patients, il existe une échelle appelée « score de fragilité clinique » et un arbre décisionnel qui doivent aider le médecin à décider de l'hospitalisation de son

patient si celui-ci n'a pas émis de consignes claires à ce sujet. Dans sa recommandation, la Société belge de gérontologie rappelle, elle, que selon ces deux éléments « techniques », les patients présentant des états allant de 7 (sévérement fragile) à 9 (phase terminale) sur l'échelle de fragilité clinique ne devaient pas être pris en charge en soins intensifs et plutôt bénéficier de soins palliatifs, si possible en maison de repos.

### Des directives inacceptables

Dans le secteur, ces directives ont jeté un froid. « On avait peur, avec ces échelles de fragilité qui circulaient, que nos résidents ne soient plus envoyés à l'hôpital », se souvient Marie-Christine Piron, directrice de la résidence pour seniors du CPAS de Watermael-Boisfort. « On était bien conscients qu'une personne très fragile qui a 95 ans et qui ne pèse plus que 45 kilos, si on l'envoie à l'hôpital, ses problèmes de fonctionnements pulmonaires n'auraient pas été compatibles avec un respirateur d'hôpital et que ça ne servait à rien de l'envoyer là-bas. Mais à côté de ça, il y a plein de gens très âgés, qui ont encore toute leur tête et qui fonctionnent encore comme vous et moi. Et à quel titre on leur aurait dit qu'ils ne pouvaient plus être soignés? Les lits d'hôpitaux auraient été tout à fait remplis, on aurait dit "OK, d'accord, stop". Mais nous, on se disait: "Ils décident maintenant qu'on va laisser mourir nos pensionnaires alors que les lits en hôpitaux ne sont même pas remplis." »

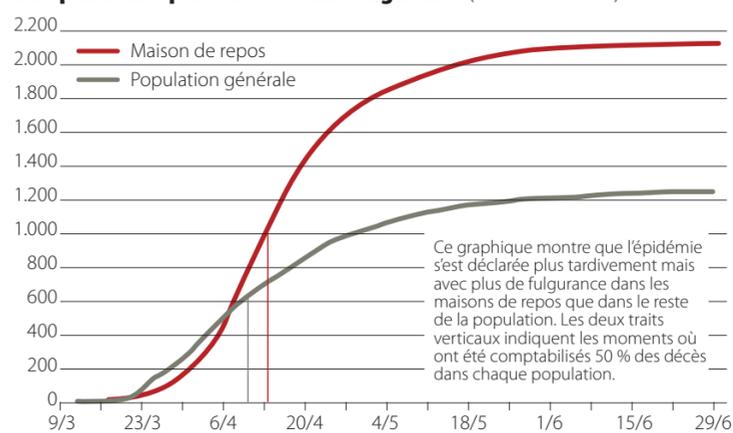
Interrogé sur le sujet en commission covid, le ministre bruxellois de la Santé Alain Maron a lui aussi évoqué très du-

## Et maintenant ?

Comme se plaît à le répéter Maggie De Block (Open VLD), aujourd'hui « il faut travailler ensemble ». Autrement dit, entités fédérées et fédéral doivent mieux se coordonner, se parler, se concerter. Durant l'été, un plan d'urgence interfédéral a ainsi été remis au propre pour mieux rétablir le rôle de chacun durant la gestion d'une crise. Mais surtout le nouveau gouvernement fédéral installé en octobre s'est mis d'accord pour désigner, cette fois, un capitaine du navire. C'est le « commissaire corona », Pedro Facon, et son adjointe, Carole Schirvel, qui ont désormais cette lourde mission de trouver un terrain d'entente entre les partis et *in fine*, de prendre les décisions qui s'imposent.

Mais si, aujourd'hui, les maisons de repos ne sont plus un sujet secondaire dans les discussions, elles doivent encore le devenir dans les décisions. La récente modification du plan de testing laisse planer le doute. Dès qu'il a fallu réduire les capacités, notamment pour désengorger les laboratoires surchargés, le testing préventif du personnel des maisons de repos est passé à la trappe. Si, à Bruxelles, cela reste suspendu, en Wallonie, la mesure a été immédiatement contrée. La ministre Morreale (PS) a annoncé l'introduction des tests salivaires par gargarismes pour tout le personnel jusqu'à la fin de l'année. Sur la mobilisation des renforts, des questions se posent aussi. L'armée est à disposition mais, pour l'instant, c'est surtout sur les volontaires que la Wallonie compte. Et on n'a toujours pas trouvé un moyen de permettre aux infirmières hospitalières encore disponibles mais payées par le fédéral d'aller donner un coup de main dans les maisons de repos dépendant de la Région.

### Une pandémie plus tardive mais fulgurante (chiffres wallons)



Source : "A world apart : levels and factors of excess mortality due to COVID-19 in care homes. The case of Wallonia - Belgium", Olivier J Hardy, Dominique Dubourg, Mélanie Bourguignon, Simon Dellcour, Thierry Eggerickx, Marius Gilbert, Jean-Paul Sanderson, Aline Scohy, Éline Vandael et Jean-Michel Decroly. 1er septembre 2020.

### Impact des mesures sur les contaminations dans les maisons de repos à Bruxelles

Nombre de nouveaux cas (possibles ou confirmés)/1.000 hab.

