



LES MAISONS DE REPOS DANS L'ANGLE MORT

LES DROITS HUMAINS DES PERSONNES ÂGÉES PENDANT
LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN BELGIQUE

AMNESTY
INTERNATIONAL



Amnesty International est un mouvement mondial réunissant plus de 10 millions de personnes qui agissent pour que les droits fondamentaux de chaque individu soient respectés.

La vision d'Amnesty International est celle d'un monde où chacun peut se prévaloir de tous les droits énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres textes internationaux relatifs aux droits humains.

Essentiellement financée par ses membres et les dons de particuliers, Amnesty International est indépendante de tout gouvernement, de toute tendance politique, de toute puissance économique et de tout groupement religieux.

Amnesty International Belgique Francophone
Chaussée de Wavre 169
1050 Bruxelles
+32 2 538 81 77
accueil@amnesty.be

Amnesty International Vlaanderen vzw
Goffartstraat 32
1050 Brussel
Ondernemingsnummer: 0418.308.243 RPR Brussel
+32 2 669 37 37
onthaal@amnesty-international.be

© Amnesty International Belgique
Novembre 2020



Couverture

© Leon Nolis / Vlaamse Ouderenraad



TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS FRÉQUEMMENT UTILISÉES, INSTITUTIONS ET AUTRES TERMES	2
1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF	4
2. MÉTHODOLOGIE	8
3. CONTEXTE	10
3.1 Introduction	10
3.2 Chronologie	11
3.3 Informations et chiffres clés	12
3.4 Configuration institutionnelle du secteur	13
3.5 Différents types de MR/MRS	14
3.6 Gouvernance et contrôle des MR/MRS	15
3.7 Droit international des droits humains	16
4. DÉFAILLANCES STRUCTURELLES	18
4.1 Financement et personnel insuffisants	18
4.2 Impréparation à une pandémie	20
5. DÉFAILLANCES DES GOUVERNEMENTS À L'ÉGARD DES RÉSIDENT-E-S DES MR/MRS	22
5.1 Pas la priorité	22
5.2 Un accès réduit aux hôpitaux	25
5.3 Des soins médicaux limités dans les MR/MRS	28
5.4 Des exigences trop importantes pour le personnel des MR/MRS	29
5.5 Une faible capacité de test	31
5.6 Des équipements de protection individuelle insuffisants	34
5.7 Des lignes directrices peu claires	38
5.8 Les effets des défaillances des gouvernements sur les résident-e-s et le personnel	40
6. L'IMPACT DE L'ISOLEMENT	44
6.1 « Coupée de la société, traitée avec condescendance et discriminée »	44
6.2 Les tentatives de compenser les conséquences des restrictions	45
6.3 Les effets de l'isolement sur la santé	46
6.4 Des modalités de visite variables	47
6.5 Trouver l'équilibre	48
7. ISOLEMENT ET CONTENTION	50
8. SURVEILLANCE DES DROITS HUMAINS DANS LES MR/MRS	53
9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	56

ABRÉVIATIONS FRÉQUEMMENT UTILISÉES, INSTITUTIONS ET AUTRES TERMES

AFRAMECO	Association francophone des médecins coordinateurs et conseillers
ASBL	Association sans but lucratif
AVIQ	Agence pour une vie de qualité — Organisme d'intérêt public wallon chargé notamment de la politique du troisième âge
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CIM Santé	Conférence interministérielle santé publique qui regroupe tou-te-s les Ministres de la santé (fédéral, régionaux, communautaires)
CNS	Conseil national de sécurité, présidé par le Premier ministre/la Première ministre
COCOF	Commission communautaire française — Région de Bruxelles-Capitale
COCOM	Commission communautaire commune — Région de Bruxelles-Capitale
EPI	Équipement de protection individuelle
Fédération des CPAS	Fédération des Centres publics d'action sociale — défend les intérêts des MR/MRS du secteur public en Wallonie et à Bruxelles
FEMARBEL	Fédération des maisons de repos privées commerciales de Wallonie et de Bruxelles
Gang des vieux en colère	Mouvement citoyen indépendant qui se bat pour que les générations futures puissent vieillir dans la dignité
Infor-Homes	Dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale
Iriscare	Organisme d'intérêt public (OIP) bicommunautaire chargé notamment des MR/MRS en Région bruxelloise
Le Bien Vieillir	Centre d'accompagnement en vieillissement qui défend une vision humaniste, positive, bienveillante et réaliste de l'avancée en âge.
LUSS	Ligue des usagers des services de santé — Fédération francophone des association de patients et de proches

MR	Maison de repos
MRS	Maison de repos et de soins
MSF	Médecins sans frontières
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
Respect Seniors	Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées
RMG	Risk management group, autorité sanitaire qui décide des mesures à prendre sur base des menaces pour la santé publique
Sciensano	Institut scientifique belge de santé publique
Senoah	Organisation à but non lucratif offrant un soutien aux personnes âgées dans la recherche d'un lieu de vie qui corresponde à leurs besoins.
UNIA	Centre interfédéral indépendant pour l'égalité des chances
VAZG	Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid — Agence de l'administration flamande pour les soins et la santé
Vlaamse Ouderenraad	Conseil des personnes âgées — Association regroupant les organisations créées par et pour les personnes âgées, qui conseille le gouvernement flamand.
VLQZO	Vlaams onafhankelijk zorgnetwerk — Réseau flamand des MR/MRS privées
VVSG	Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten — Union des villes et communes de Flandre - Réseau flamand des MR/MRS publiques
Woonzorglijn	Service de plainte de l'administration flamande (VAZG)
WZC	Woonzorgcentra - Centre de soins résidentiels (MRS)
Zorginspectie	Service d'inspection de l'administration flamande (Département protection sociale, santé publique et famille)
Zorgnet-Icuro	Organisation faîtière des hôpitaux et MR/MRS flamands à but non lucratif

1. RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Pendant la première période de l'épidémie de COVID-19 en Belgique (mars - octobre 2020), les droits humains des résident-e-s des maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS) ont été violés. Alors que la crise et les politiques à plus long terme visant à contrer la pandémie sont en cours d'élaboration, il est de la plus haute importance que les autorités belges donnent la priorité aux efforts visant à respecter, protéger et rendre effectifs les droits humains des résident-e-s des MR/MRS dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.

La COVID-19 est une maladie respiratoire infectieuse causée par un coronavirus (SRAS-CoV-2) identifié pour la première fois en Chine en décembre 2019. Les premiers cas confirmés en Belgique sont apparus en février et le premier décès est survenu le 11 mars, le jour même où l'Organisation mondiale de la santé a qualifié la COVID-19 de pandémie.

Entre ce moment et la fin octobre 2020, on estime que près de 11 500 personnes sont décédées des suites de la COVID-19 en Belgique. Pour une population d'environ 11,5 millions d'habitant-e-s, il s'agit d'un impact remarquablement sévère, qui place la Belgique parmi les pays où le nombre de décès par habitant-e attribués à la COVID-19 est le plus élevé au monde. Au total, 6 467 résident-e-s de MR/MRS sont mort-e-s du virus, ce qui représente le chiffre stupéfiant de 61,3 % de tous les décès attribués à la COVID-19 en Belgique. Si l'on ne considère que la première phase de la pandémie, ce pourcentage est encore plus élevé (63,3 %). La grande majorité des résident-e-s des MR/MRS sont mort-e-s dans leur établissement, tandis que presque tous les autres décès liés à la COVID-19 sont survenus à l'hôpital.

Des manquements structurels de longue date ont contribué à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les droits humains des résident-e-s des MR/MRS. Le système hospitalier et les MR/MRS ont été contraints de fonctionner avec un personnel et un financement considérés comme insuffisants. Conjuguées à la fragmentation réglementaire et organisationnelle des soins de santé belges, ces lacunes structurelles ont joué un rôle de catalyseur des problèmes de droits humains dans les MR/MRS. Un autre facteur important qui a contribué à cette situation est le manque de préparation à une pandémie dans ces établissements.

La COVID-19 présente des risques spécifiques pour les personnes âgées et pour les résident-e-s des MR/MRS en particulier. Bien que les gouvernements belges aient été conscients de ce risque accru, ils n'ont pas mis en place de mesures rapides et suffisantes pour protéger les résident-e-s et le personnel des MR/MRS, et n'ont donc pas protégé les droits humains des résident-e-s de ces structures.

Beaucoup de personnes ont noté le contraste frappant entre la manière dont les hôpitaux ont pu faire face à la première phase de la crise et la situation dans les MR/MRS, où le personnel et les résident-e-s se sont senti-e-s abandonné-e-s :

« Pour de nombreux employés, il était douloureux de voir le matériel dont ils devaient se contenter, alors que le personnel hospitalier était enveloppé dans des EPI pour entrer dans les chambres “COVID”. Il n’y avait pas de masques FFP2, ils se mettaient en danger pour fournir les soins dont les résidents avaient besoin. » - Iris Demol, Association des villes et communes flamandes (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten)

Alors que la protection des capacités hospitalières était un objectif légitime des politiques gouvernementales, les MR/MRS et leurs résident-e-s semblent avoir été laissé-e-s de côté. Au début de la pandémie, ces établissements ont été surchargés de tâches supplémentaires et ont vu leur capacité de soins réduite. Les gestionnaires, les infirmier-e-s et les soignant-e-s ont dû s’acquitter de tâches additionnelles qu’ils-elles étaient mal préparé-e-s à assumer. Les tâches de soins de santé qui, en temps normal, auraient été effectuées dans les hôpitaux, devaient désormais être réalisées à l’intérieur des MR/MRS, mais sans les mêmes niveaux de personnel, d’expertise et avec des travailleurs-ses qui n’étaient pas prêt-e-s à fournir ce type de soins, ni suffisamment formé-e-s pour faire face aux maladies infectieuses. Le personnel surchargé devait également surveiller les mesures de confinement et d’isolement. Comme les visites régulières des médecins généralistes étaient fortement réduites et que la plupart des soignant-e-s non professionnel-le-s (visiteur-euse-s) n’étaient pas en mesure de remplir leurs rôles habituels d’assistance et de signalement, même les tâches quotidiennes normales étaient considérablement plus lourdes.

Malgré tout cela, le gouvernement ne semblait pas accorder une attention prioritaire aux MR/MRS, jusqu’à ce que le chaos soit publiquement signalé et que le pire de la crise soit passé. Les conséquences pour les résident-e-s de ces établissements ont souvent été désastreuses et ont eu un impact sur leurs droits à la santé, à la vie et à la non-discrimination.

« Jusqu’à la fin mars, il ne nous est même pas venu à l’esprit d’envoyer des gens à l’hôpital parce que tout le monde (médecins, médias, hôpital) disait que cela n’aidait pas et qu’ils ne pouvaient pas faire beaucoup plus que ce que nous faisions dans la maison de repos. Le médecin ne venait plus, nous devons donc décider nous-mêmes si quelqu’un devait aller à l’hôpital ou non.... » - Geert Uytterschaut, directeur du VLOZO

Une autre conclusion profondément problématique est que pendant la crise de la COVID-19, des résident-e-s des MR/MRS se sont vu refuser le transfert vers les hôpitaux. Selon Médecins sans frontières (MSF), seuls 57 % des cas graves ont pu être transférés à l’hôpital pendant la crise, contre 86 % avant. Des interprétations néfastes des directives de triage ont conduit à ce que les résident-e-s des MR/MRS n’aient pas eu accès aux meilleurs soins de santé disponibles. Certaines personnes âgées sont probablement décédées prématurément en raison de cette situation. Il a fallu des mois avant qu’une circulaire ne précise explicitement que le transfert à l’hôpital était toujours possible, s’il était conforme à l’intérêt et aux souhaits du/de la patient-e, quel que soit son âge. Amnesty International est préoccupée par le fait que l’État n’a pas réagi à ces pratiques discriminatoires et préjudiciables de manière suffisamment claire, rapide et sans équivoque.

Le droit aux meilleurs soins de santé disponibles a été également entravé par l’accès limité aux médecins généralistes et par le manque d’expertise en matière de soins spécialisés parmi le personnel des MR/MRS. Cette situation a été amplifiée par l’absence d’orientations gouvernementales opportunes, claires, adéquates et légalles sur la COVID-19 dans ces établissements.

Pendant la première phase de la pandémie, les MR/MRS ne disposaient pas d’équipements de protection individuelle (EPI) suffisants et adéquats et ne bénéficiaient pas d’un accès prioritaire au dépistage. Par exemple, en juin, plus de la moitié des prestataires de soin des MR/MRS ont encore indiqué qu’ils-elles n’avaient pas reçu de formation sur la manière d’utiliser correctement les EPI et qu’ils-elles n’étaient pas bien informé-e-s. En outre, le dépistage régulier du personnel des maisons de repos — que le secteur avait demandé de toute urgence depuis mars et qui est considéré par les expert-e-s comme la mesure de protection la plus cruciale contre la transmission en général, et

contre la transmission dans les MR/MRS en particulier — n’a été annoncé qu’en août 2020, avec un maximum d’un test par mois pour le personnel et non pour les résident-e-s. En octobre, les dépistages préventifs dans les MR/MRS ont été à nouveau suspendus (sauf pour les nouveaux-elles résident-e-s et les personnes hospitalisées). Ces manquements ont permis au virus de se propager davantage dans de nombreuses MR/MRS, et ont constitué une violation de l’obligation des gouvernements de protéger le droit à la vie et le droit à la santé du personnel et des résident-e-s sans discrimination. Henriette (nom d’emprunt), résidente d’une maison de repos, a déclaré à Amnesty International :

« Chaque fois qu’une soignante entrait dans ma chambre pour m’aider à faire ma toilette, j’avais peur. Je me demandais si le COVID n’entrait pas avec elle ».

En raison du manque d’EPI et de tests, et en raison de la charge de travail supplémentaire liée aux mesures de prévention des infections, le personnel était insuffisant, ce qui a conduit à des négligences dans certains cas. À cause de la suspension des visites, l’aide informelle des parent-e-s en visite, des soignant-e-s et des bénévoles a soudainement cessé. Plusieurs parent-e-s ont raconté à Amnesty que, lorsqu’ils-elles ont vu leurs proches par la fenêtre pendant le confinement ou lorsqu’ils-elles ont été autorisé-e-s à leur rendre visite à nouveau, ils-elles ont découvert qu’ils-elles n’avaient pas été lavé-e-s, n’avaient pas reçu les bons médicaments, avaient des blessures non soignées ou qu’ils-elles se trouvaient dans une pièce sale. « Mon mari n’arrivait plus que très difficilement à manger seul. Au fil du temps, il maigrissait. Je le voyais vraiment dépérir. Quand je m’en suis inquiétée auprès du personnel, une soignante m’a répondu : “il nous est impossible de donner à manger à tout le monde tous les jours” », a témoigné l’épouse d’un pensionnaire d’une maison de repos.

« Elle dit qu’elle ne s’est jamais sentie aussi malheureuse de toute sa vie, y compris pendant la guerre. » - Fernanda, fille d’Emma, résidente en maison de repos (noms d’emprunt)

Les mesures de confinement ont eu un impact important sur le bien-être des résident-e-s des MR/MRS et ont limité leur interaction avec la société. En conséquence, ces dernier-e-s ont souffert d’une perte de mouvement, d’une réduction de leurs fonctions cognitives et d’une diminution de motivation à s’engager dans des conversations et d’autres activités qu’ils-elles avaient l’habitude d’apprécier avant le confinement. « Les médecins ont dit que [le déclin cognitif de ma mère] était spectaculaire, et tout à fait inhabituel. Ils soupçonnent eux-mêmes que cela a un rapport avec le confinement », a déclaré Sandra à Amnesty International.

Après la première période de confinement, les directives ont laissé une grande marge de manœuvre aux MR/MRS, ce qui a entraîné une pléthore de modalités de visites. Les résident-e-s des MR/MRS n’ont pas toujours été consulté-e-s sur ces dispositions ou sur les autres mesures (généralement restrictives) que les établissements ont mises en place pour empêcher le virus d’entrer. Souvent, la liberté et l’autonomie de décision des résident-e-s des MR/MRS n’ont pas été dûment prises en compte. Certaines restrictions imposées aux visites dans les établissements entravent les contacts réels entre les résident-e-s et leurs familles et ami-e-s et empêchent les résident-e-s de quitter les MR/MRS (ne serait-ce que pour aller se promener dans un parc, à la campagne ou dans un autre lieu isolé). Si elles ne sont pas fondées sur une évaluation individuelle des risques, pareilles restrictions peuvent être disproportionnées et discriminatoires. Toutes les options limitant le moins possible les droits — y compris des tests réguliers et fréquents pour les travailleurs-euses et les visiteurs-euses des MR/MRS — devraient être explorées dans le cadre d’un processus de consultation significative avec les résident-e-s, les familles et le personnel afin de garantir que les restrictions soient proportionnées. Amnesty International est également préoccupée par les informations indiquant un recours accru aux moyens de contention mécaniques et chimiques à l’encontre des personnes âgées atteintes de démence.

« Le pire, je pensais, c'est qu'il n'y avait aucune forme de surveillance. Je connais mon mari, et je n'ai pas pu le suivre.... Si vous ne pouvez pas y aller, vous ne pouvez pas vraiment faire un suivi. » - Maria, épouse de Robert (70 ans), résident en maison de repos

Alors que les visites étaient supprimées, que les médecins traitants avaient un accès limité aux MR/MRS et que le personnel était surchargé, les services d'inspection ont suspendu les contrôles de routine et ont aidé les MR/MRS à se conformer aux directives. Compte tenu du volume accru de plaintes à une époque où les familles n'étaient pas autorisées à se rendre dans les établissements, la suspension des inspections semble avoir été une erreur. En outre, l'État n'a pas veillé à ce que des mécanismes appropriés de protection des droits humains soient mis en place. Du point de vue des droits humains, le contrôle par des organismes indépendants est une garantie essentielle pour assurer le respect des droits, y compris la protection contre les mauvais traitements.

La réalisation du droit à la santé, tel que protégé par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), exige que les installations, biens et services de soins de santé soient disponibles en quantité suffisante; accessibles à tou·te·s sans discrimination, ce qui inclut l'accessibilité physique, le caractère abordable et l'accessibilité à l'information; acceptables pour tou·te·s, c'est-à-dire respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés; et de bonne qualité.

Bien que les autorités belges s'occupent de certains droits humains pendant que la pandémie se poursuit, Amnesty International les exhorte à donner immédiatement la priorité aux efforts visant à rendre effectifs et à respecter les droits humains des résident·e·s des MR/MRS dans leurs mesures contre la pandémie de COVID-19 et, en particulier, à :

- respecter et rendre effectif le droit des résident·e·s des MR/MRS au meilleur niveau de soins possible, notamment en leur garantissant un accès prioritaire au dépistage et aux équipements de protection individuelle (EPI), ainsi qu'un accès complet et égal aux soins hospitaliers;
- veiller à ce que les directives relatives aux visites en MR/MRS placent l'intérêt supérieur des résident·e·s au centre des préoccupations;
- garantir la représentation et la participation adéquates des résident·e·s des MR/MRS, du secteur des maisons de repos et du personnel soignant dans les processus de planification et de décision relatifs aux questions qui ont un impact sur les résident·e·s à tous les niveaux;
- inclure la dimension des droits humains dans toute enquête publique sur la conduite du gouvernement pendant la pandémie de COVID-19;
- améliorer les mécanismes de surveillance et renforcer les mesures permettant d'établir les responsabilités.

2. MÉTHODOLOGIE

Ce rapport examine l'impact des décisions, politiques et processus de prise de décision, aux niveaux national et régional, sur les droits humains des résident·e·s des maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soin (MRS) en Belgique, dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Il présente les résultats d'une recherche menée entre août et octobre 2020. Amnesty International a interviewé deux résidentes et dix-sept membres de la famille de personnes âgées qui vivent actuellement en MR/MRS ou qui y sont décédé·e·s; quinze directeurs·trices, gestionnaires, membres du personnel et bénévoles de MR/MRS; sept employé·e·s d'associations qui défendent les résident·e·s et les membres du personnel de MR/MRS; six dirigeant·e·s ou membres du personnel de cinq fédérations de MR/MRS, deux privées à but lucratif, une privée à but non lucratif et deux publiques; une juriste et trois médecins généralistes. Amnesty International a obtenu des témoignages directs et indirects par le biais du Ouderenraad, de Kom op tegen Kanker, OKRA Zorgrecht, Mantelzorgvereniging Liever Thuis, la FEMARBEL, l'AFRAMECO, la Fédération des CPAS, la LUSS, Le Bien Vieillir, le Gang des vieux en colère, Médecins sans frontières (MSF) et Senoah. Ces témoignages concernent des MR/MRS issues des trois catégories existantes : publiques, privées à but lucratif et privées à but non lucratif, et ce partout en Belgique.

La plupart des personnes ayant témoigné ont demandé que leur nom, ainsi que ceux des membres de leur famille et d'autres détails, ne soient pas mentionnés. Leurs pseudonymes sont indiqués entre guillemets simples. Les membres des familles des résident·e·s craignaient que cette prise de parole publique aggrave leur situation, ou que les membres du personnel leur ayant fait part de maltraitements envers les résident·e·s risquent des représailles. Les gestionnaires, membres du personnel et bénévoles des MR/MRS redoutaient pour leur part que leur témoignage compromette leur relation avec leur employeur et avec les autorités, ou qu'il porte atteinte à leur réputation. Certain·e·s ont décidé de ne pas parler à Amnesty International pour cette raison, d'autres parce qu'ils-elles avaient reçu des instructions de leur employeur de ne plus donner d'interviews.

À l'exception de deux entretiens réalisés sur place en MR/MRS, Amnesty International a décidé de ne pas interviewer de résident·e·s de ces institutions, au vu de la difficulté à organiser des rencontres en face à face suite aux restrictions imposées aux visites dans les MR/MRS. L'organisation s'inquiétait aussi de la détresse additionnelle que les résident·e·s auraient pu éprouver dans les circonstances actuelles en procédant à des interviews à distance, après avoir été tenu·e·s à l'écart de leur famille et leurs ami·e·s pendant plusieurs mois.

Amnesty International remercie particulièrement les personnes qui ont partagé leur histoire ainsi que les relecteurs·rices externes de ce rapport.

Amnesty International a demandé une série de données et d'informations aux différent·e·s ministres compétent·e·s : la ministre fédérale Maggie De Block, le ministre flamand Wouter Beke, la ministre wallonne Christie Morreale et les ministres bruxellois·es Alain Maron et Elke Van den Brandt ont été



© Sien Verstraeten / Vlaamse Ouderenraad

contacté-e-s le 17 septembre ; le ministre germanophone Antonios Antoniadis, le 30 septembre, avec une demande de suivi le 1^{er} et le 2 octobre ; la Zorginspectie Vlaanderen et le Vlaamse Woonzorglijn, le 25 septembre ; l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) et Respect Seniors, le 29 septembre et Infor-Homes Bruxelles, le 30 septembre. La ministre Morreale, le ministre Antoniadis, le ministre Beke, l'AVIQ, Respect Seniors, Infor-Homes, la *Zorginspectie Vlaanderen* et la *Vlaamse Woonzorglijn* avaient répondu au moment de la publication. Les ministres bruxellois-es ont informé Amnesty International qu'ils ne pouvaient pas fournir à temps les informations demandées. Ce rapport se concentre sur certaines questions spécifiques de droits humains liées à la COVID-19 dans les MR/MRS, mais ne vise pas à couvrir tous les impacts possibles. Davantage de recherche serait nécessaire pour explorer d'éventuels problèmes, en particulier l'impact des décisions gouvernementales sur les droits des travailleur-euse-s des soins de santé.

3. CONTEXTE

3.1 INTRODUCTION

Fin octobre 2020, on estimait à près de 11 500 le nombre de personnes ayant perdu la vie en Belgique à cause de la COVID-19 (voir « Informations et chiffres clés » pour plus de détails)¹. Pour une population d'environ 11,5 millions d'habitant-e-s, il s'agit d'un impact particulièrement sévère, qui place la Belgique parmi les pays du monde ayant les taux les plus élevés de décès par habitant-e dus à la COVID-19².

La COVID-19 est une maladie respiratoire infectieuse causée par un coronavirus (SARS-CoV-2) identifié pour la première fois en Chine en décembre 2019. Les premiers cas confirmés en Belgique datent de février, le premier décès ayant eu lieu le 11 mars, le jour même où l'Organisation mondiale de la santé qualifiait la COVID-19 de pandémie.

En Belgique, 61,3 % des décès attribués à la COVID-19, soit 6467 personnes, étaient des résident-e-s de MR/MRS. Si on ne regarde que les chiffres de la première phase de la pandémie (de début février au 21 juin), ce pourcentage était encore plus élevé (63,3 %).

La semaine commençant le 22 juin est vue comme le début de la deuxième phase de la pandémie en Belgique, étant donné que la semaine précédente était celle pendant laquelle le nombre le plus faible de cas a été enregistré pour la population entière³.

La première phase de la pandémie pour les MR/MRS belges a atteint un pic vers la fin du mois d'avril. Durant la première phase, 89 % des MR/MRS ont déclaré au moins un cas confirmé de COVID-19 et 40 % ont déclaré au moins 10 cas confirmés⁴.

La grande majorité des résident-e-s de MR/MRS sont décédé-e-s au sein des MR/MRS tandis que la quasi-totalité des autres décès liés à la COVID-19 a eu lieu à l'hôpital⁵.

Au moment de la rédaction de ce rapport, une autre vague d'hospitalisations et de décès liés à la COVID-19 est en cours. Aucune donnée datant d'après le 31 octobre n'a été intégrée à ce texte.

1 Ces statistiques incluent les décès dont on soupçonne que la COVID-19 en a été la cause, mais pour lesquels aucun test n'a été réalisé pour le confirmer. L'institut scientifique belge de santé publique Sciensano publie régulièrement des données mises à jour et études : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/coronavirus>.

2 Voir : <https://www.statista.com/statistics/1104709/coronavirus-deaths-worldwide-per-million-inhabitants/>. Les comparaisons entre pays des taux de décès liés à la COVID-19 et des taux de surmortalité sont compliquées et demandent une qualification précise. Pour plus d'informations sur la mortalité en Belgique pendant la première phase de la pandémie, de mars à mai, voir : Molenberghs, Geert & Faes, Christel & Theeten, Heidi & Devleeschauwer, Brecht & Sierra, Natalia & Braeye, Toon & Renard, Françoise & Herzog, Sereina & Lusyne, Patrick & Heyden, Johan & Oyen, Herman & Damme, Pierre & Hens, Niel. (2020). *Belgian Covid-19 Mortality, Excess Deaths, Number of Deaths per Million, and Infection Fatality Rates (8 March - 9 May 2020)* : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.20.20136234v1>.

3 Voir : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_Pub_NH_FR_2020_10_14.pdf et https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID19_Weekly_NH%20Report_FR_20200703.pdf.

4 https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_NH%20Report_FR_20200703.pdf.

5 Source de ces données : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/coronavirus>.

3.2 CHRONOLOGIE

4 février	<u>Premier cas</u> de COVID-19 en Belgique.
10 mars	<u>Fermeture</u> des MR/MRS dans la Région de Bruxelles-Capitale.
11 mars	<u>Premier décès</u> dû à la COVID-19 en Belgique — <u>Fermeture</u> des MR/MRS en Wallonie.
12 mars	<u>Fermeture</u> des MR/MRS en Flandre.
13 mars	<u>La phase fédérale</u> du plan d'urgence national est déclenchée.
18 mars	<u>Début</u> du confinement général (« lockdown light ») — Fermeture des MR/MRS en communauté germanophone ⁶ .
10 avril	Le gouvernement fédéral augmente la capacité globale de dépistage et met 20 000 tests à disposition des MR/MRS ⁷ .
15 avril	Le CNS décide de permettre à nouveau les visites dans les MR/MRS. Ni les responsables du secteur, ni les ministres de la Santé régionaux n'ont toutefois été consulté-e-s. Ils-elles décident dès lors de ne pas appliquer immédiatement cette mesure. Les visites seront à nouveau partiellement autorisées, suivant des conditions strictes, dès <u>le 23 avril à Bruxelles</u> , <u>le 28 avril en Wallonie</u> et <u>le 18 mai en Flandre</u> .
21-30 avril	Le pic de l'épidémie est atteint dans les MR/MRS : le 21 avril en Flandre (68/1000), le 25 avril en Wallonie (109/1000), le 29 avril à Bruxelles (122/1000) et le 30 avril dans les MR/MRS germanophones (69/1000).
8 juin	Déconfinement de la population générale.
22 juin	Début de la seconde phase de la pandémie de COVID-19 en Belgique.
23 juillet	Le CNS annonce de nouvelles mesures générales visant à prévenir la propagation du virus.
16 octobre	<u>Nouvelle série de mesures</u> pour la population générale, dont la limitation à un contact rapproché par personne.

⁶ E-mail du cabinet du ministre de la Santé de la Communauté germanophone à Amnesty International, 11/10/2020.

⁷ « La répartition du premier chargement de kits comprenant tout le matériel de test nécessaire a débuté le weekend dernier. 11 000 kits ont été distribués en Flandre, 7 000 en Wallonie et 2 000 à Bruxelles. Chacune des trois régions a établi une liste des institutions qui doivent recevoir les kits de tests de manière prioritaire. » <https://www.info-coronavirus.be/fr/news/tests-maisons-de-repos/>.

3.3 INFORMATIONS ET CHIFFRES CLÉS

- **10 588⁸** personnes sont décédées à cause de la COVID-19 entre le 11 mars 2020 et le 23 octobre 2020.⁹
 - 6 467 d'entre elles (ou 61,3 %) étaient des résident-e-s de MR/MRS.
 - 4 968 d'entre elles (ou 47,1 %) sont décédées au sein de leur MR/MRS.
- Durant la première phase, **16 %** seulement des personnes hospitalisées à cause de la COVID-19 venaient de MR/MRS¹⁰.
- Selon MSF, 57 % seulement des cas graves (résident-e-s de MR/MRS nécessitant une hospitalisation, toutes maladies confondues) ont effectivement pu être transférés vers un hôpital pendant la crise, contre 86 % avant celle-ci¹¹.
- La surmortalité « coïncide presque entièrement avec les cas confirmés et possibles de COVID-19 ». Avril 2020 a été le mois le plus meurtrier depuis la Seconde Guerre mondiale¹².
- Il y a 147 024 places disponibles en MR/MRS en Belgique (49 807 en Wallonie, 15 474 à Bruxelles¹³ et 81 743 en Flandre¹⁴).
- La Belgique compte 1 568 MR/MRS (819 en Flandre¹⁵, 602 en Wallonie¹⁶ et 146 dans la Région de Bruxelles-Capitale¹⁷).
- Il y a trois types de MR/MRS : les institutions publiques, les maisons privées associatives (non lucratives) et les maisons privées commerciales¹⁸.
- La durée moyenne du séjour en MR/MRS est de un an et demi à trois ans¹⁹. Le degré d'autonomie des résident-e-s a progressivement diminué ces dernières années (passant de 32 % en 2011 à 25 % en 2018²⁰).
- Il y a 118 750 employé-e-s de MR/MRS en Belgique²¹.

8 https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_Pub_NH_FR_2020_10_21.pdf - Tous les chiffres de cette partie, sauf indication contraire, proviennent des publications de Sciensano, l'institut scientifique belge de santé publique. Sciensano : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/coronavirus>.

9 Le 1^{er} janvier 2020, la Belgique comptait 11 492 641 habitant-e-s.

10 Chiffres pour la période comprise entre le 15 mars et le 14 juin.

11 MSF, *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos en Belgique*, juillet 2020, p. 21, https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_les-sons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf.

12 Molenberghs, Geert et al. (2020). *Belgian Covid-19 Mortality, Excess Deaths, Number of Deaths per Million, and Infection Fatality Rates (8 March - 9 May 2020)* : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.20.20136234v1>.

13 Iriscare et AVIQ, calculs de la Fédération des CPAS, Jean-Marc Rombeaux, Union des villes et communes de Wallonie ASBL/Fédération des CPAS/Brulocalis *Les Maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable?*, juillet 2020, p. 7-8.

14 Données de 2019 : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ouderenzorg>.

15 *Ibidem*.

16 Chiffres contenus dans le courrier envoyé par Christie Morreale à Amnesty International, le 6/10/2020.

17 Dont 138 dépendent de la Cocom et 8 de la VAZG (Vlaams agentschap zorg en gezondheid), https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC_-_PROVINCIE_BHG.pdf Les chiffres varient toutefois très légèrement d'une source à l'autre, que ce soit pour la Flandre, la Wallonie ou Bruxelles. Voir : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID19_Weekly_NH%20Report_FR_20200703.pdf.

18 En Wallonie, une clé de répartition des places prévoit que « 29 % des lits au minimum sont réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur associatif et 50 % maximum peuvent être attribués au secteur privé commercial. » Article 346 du CWASS (Code wallon de l'action sociale et de la santé) <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/0/117/1.html>. À Bruxelles, 62,9 % des lits sont exploités par le privé commercial ; 23,2 % par le secteur public ; et 13,8 par l'associatif. En Flandre, 43,2 % des lits sont gérés par le secteur associatif, 26 % des lits par le privé commercial, et 30,8 % par le public. Données de 2018, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20180308_03398914.

19 Moyenne de trois ans en Wallonie et à Bruxelles : AVIQ, Rapport annuel 2017 et Socialistische ziekenfonds, *Cijfer van de maand profiel rusthuisbewoners*, 23/6/2020. Et un an et demi en Flandre : De Standaard, « Iedereen bevoegd, niemand verantwoordelijk: kan overheid ons wel veilig door crisis loodsen? », Jan-Frederik Abbeloos, 17/4/20, https://www.standaard.be/cnt/dmf20200417_04926051.

20 Voir : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>.

21 *Le guide social*, « Maisons de repos : après l'incendie, l'innovation ? », Jean-Marc Rombeaux, 15/5/20, <https://pro.guidesocial.be/articles/carte-blanche/article/maisons-de-repos-apres-l-incendie-l-innovation>.

3.4 CONFIGURATION INSTITUTIONNELLE DU SECTEUR

La Belgique est un État fédéral, composé de trois communautés (flamande, francophone, germanophone) et de trois régions (la Flandre, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale). Il n'y a pas de hiérarchie des normes entre l'État fédéral, les régions ou les communautés. Pour les compétences qui leur sont attribuées, les entités fédérées ont un pouvoir législatif entier et exclusif et les normes juridiques régionales/communautaires et fédérales ont, en droit, la même force²².

Différents aspects liés aux soins de santé et soins en MR/MRS pour les personnes âgées relèvent de la compétence des différents niveaux de pouvoir et sont divisés entre les autorités fédérales, communautaires et régionales.

Une part des compétences de l'autorité fédérale est la régulation des droits des patient-e-s ainsi que l'harmonisation des conditions de travail du personnel des soins de santé, l'autorité fédérale étant aussi en charge du financement des hôpitaux²³. Les soins de santé liés aux personnes âgées et la tutelle des MR/MRS, par contre, relèvent de la compétence des communautés depuis un transfert de compétences en 2014²⁴. Les compétences communautaires et régionales comprennent la prévention (mais pas la prévention en matière de pandémie) et la mise en place de cadres réglementaires pour les hôpitaux. Là où les territoires des régions et des communautés ne se juxtaposent pas (la partie germanophone faisant partie de la Wallonie et Bruxelles étant une région bicommunautaire), la configuration institutionnelle est particulièrement complexe. La Communauté française par exemple a transféré cette compétence à la Région wallonne, d'une part, et à la Commission communautaire française de la Région bruxelloise (COCOF), d'autre part. En conséquence de cette complexité institutionnelle, la Belgique a huit ministres de la Santé et un-e secrétaire d'État, chacun-e étant (en théorie) exclusivement responsable d'éléments partiels de la politique des soins de santé²⁵.

Lors de la crise de la COVID-19, toutefois, considérant que celle-ci nécessitait une coordination à l'échelon national, un arrêté du ministre de la Sécurité et de l'Intérieur a octroyé à l'autorité fédérale la gestion de la situation d'urgence²⁶. À partir du 13 mars et pendant les six mois qui ont suivi, le CNS est donc devenu l'organe de décision central. Durant la crise de la COVID-19, le CNS est composé du Premier/de la Première ministre, des Vices-Premiers et Vices-Premières ministres et des ministres-présidents des régions et des communautés²⁷. Le 26 mars, les député-e-s ont accordé au gouvernement fédéral les pouvoirs spéciaux pour une période de trois mois, mesure renouvelable une fois²⁸. Les décisions ont été prises suite aux avis des différents comités d'expert-e-s (Celeval, RAG, RMG)²⁹.

22 Pour plus d'informations, voir : *Document de base commun faisant partie intégrante des rapports des États parties, Belgique*, HRI/CORE/BEL/2018, <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=FhOD6sgggzAhFXD9F%2feKaFMm83LbFY75RhklF-Grig%2b4LdGP03wKgBX7IAIONaVyd8ySPkHhX9gyxnQqPo4ZzuM3ZF42PlsRPgmVWzyVb5%2fzLV0nyKRW%2ftIMtOf0q6XRO>.

23 *Loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État*, Art 6.7, 6/1/14, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?langua=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014010654.

24 *Ibidem*.

25 VRT, « Kafka in de zorg: wie zijn onze 9 ministers van Gezondheid en waarvoor zijn ze precies bevoegd? », Rik Arnoudt, 26/5/20, <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/05/26/kafka-in-de-gezondheidszorg-wie-zijn-de-9-ministers-en-waarvoor>.

26 Voir *Arrêté ministériel portant le déclenchement de la phase fédérale concernant la coordination et la gestion de la crise coronavirus COVID-19*, signé par le ministre de la Sécurité et de l'Intérieur, Pieter De Crem, le 13 mars 2020. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2020/03/13/2020030302/moniteurfin>.

27 Les membres permanent-e-s du CNS ne comprennent pas, par définition, de représentant-e des gouvernements régionaux et communautaires, mais pour la crise de la COVID-19, les ministres-présidents ont été invités à se joindre à eux. <https://www.health.belgium.be/fr/menaces-pour-la-sante-publique>.

28 https://www.dekamer.be/kvvcr/pdf_sections/news/0000012118/MAG_Edition_Speciale_06-2020_FR_BAT.pdf.

29 Les compétences de ces structures sont décrites [ici](#). Pour plus d'informations sur l'organisation des comités de la COVID-19, cliquez [ici](#).

Les conférences interministérielles, dont la CIM Santé publique³⁰ (où les ministres concerné-e-s des différents gouvernements se rencontrent et qui ont pour objet la concertation entre entités fédérales et fédérées), sont associées à la gestion de la crise³¹.

Le 6 octobre, le Comité de concertation (gouvernement fédéral et ministres-présidents des entités fédérées) a désigné un Commissaire COVID-19, Pedro Facon, chargé de coordonner la politique de santé des autorités fédérales et des entités fédérées³².

Un thème commun des témoignages d'expert-e-s aux parlements, a été la manière dont la structure fragmentée et complexe de l'État a débouché sur la mise en place de communications et de lignes directrices chaotiques et peu claires³³. Elle a également soulevé des questions de responsabilité, dans la mesure où l'expression « tou-te-s les ministres sont compétent-e-s, mais personne n'est responsable »³⁴ semble être la devise des structures de gouvernance des soins de santé. Pedro Facon a observé au sein du Parlement que chacun-e voulait et essayait de faire du bon travail, mais que « les structures de ce pays font que les individus, mais aussi les ministres, fonctionnent moins bien. Les ministres se sentent souvent impuissants au sein du système politique qu'ils ont eux-mêmes créé »³⁵.

Indépendamment de l'organisation interne de l'État belge, l'État reste responsable du respect des obligations en matière de droits humains au regard du droit international. Ces dernières seront précisées ultérieurement³⁶.

3.5 DIFFÉRENTS TYPES DE MR/MRS

Une maison de repos est un lieu de vie avec des soins³⁷. La différence entre une maison de repos (MR) et une maison de repos et de soins (MRS), c'est que la seconde est réservée aux personnes présentant un état de forte dépendance et ayant besoin d'une prise en charge plus importante³⁸. Les MRS bénéficient dès lors de ressources humaines et matérielles plus importantes : personnel plus nombreux, présence d'un-e médecin coordinateur-trice et d'ergothérapeutes, réception d'un forfait plus élevé, etc.³⁹.

Les MR et MRS se trouvent souvent sur un même site, voire dans le même bâtiment, où des places (lits) sont alors réservées aux un-e-s et aux autres selon leur état de dépendance.

Les MR/MRS sont réparties en trois secteurs : les institutions publiques, les maisons privées associatives (non lucratives) et les maisons privées commerciales.

30 <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/conference-interministerielle-sante-publique>.

31 Protocole d'accord établissant des structures générales pour la gestion sectorielle des crises de santé publique, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/protocolakkoord_tussen_de_belgische_gezondheidsautoriteiten.pdf.

32 https://www.belgium.be/fr/actualites/2020/le_comite_de_concertation_decide_de_mesures_plus_strictes_et_designe_un_commissaire.

33 Par exemple : Pedro Facon, Secrétaire de la Conférence interministérielle Santé publique, audition au Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1596010>.

34 De Standaard, « Iedereen bevoegd, niemand verantwoordelijk: kan overheid ons wel veilig door crisis loodsen? », Jan-Frederik Abbeloos, 17/4/20, <https://www.standaard.be/cnt/dmf20200417>.

35 Pedro Facon, *ibidem*.

36 « Le comportement de tout organe de l'Etat est considéré comme un fait de l'Etat d'après le droit international, que cet organe exerce des fonctions législative, exécutive, judiciaire ou autres, quelle que soit la position qu'il occupe dans l'organisation de l'Etat, et quelle que soit sa nature en tant qu'organe du gouvernement central ou d'une collectivité territoriale de l'Etat. » Commission du droit international, *Projet d'article sur la responsabilité de l'Etat pour fait internationalement illicite*, Art. 4.1, 2001, https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/french/draft_articles/9_6_2001.pdf.

37 En Région wallonne, la maison de repos est définie comme un établissement « destiné à l'hébergement d'âinés de septante ans au moins et à titre exceptionnel de personnes de moins de septante ans qui y ont leur résidence habituelle et qui y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux » (article 334 du CWASS, le Code wallon de l'action sociale et de la santé). En Flandre, on fait la distinction au niveau de la place et les maisons de repos sont toutes des *woonzorgcentra*. Les places RVT sont réservées pour des personnes âgées plus dépendantes et sont davantage financées que les places ROB. <https://www.vlaanderen.be/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>.

38 L'état de dépendance est évalué grâce à l'échelle de Katz ou à l'échelle MMSE.

39 Voir : https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-soins.aspx#Quels_soins_finance_l%e2%80%99assurance_soins_de_sant%c3%a9_dans_le_forfait. Cette matière est à présent régionalisée.

3.6 GOUVERNANCE ET CONTRÔLE DES MR/MRS

Pour les différentes régions de Belgique, différents mécanismes de contrôle et de mise en exercice de la responsabilité existent avec des champs d'application, des missions et des rôles qui varient.

En **Wallonie**, les autorités clés incluent le-la bourgmestre, l'AVIQ et Respect Seniors⁴⁰. Le **bourgmestre** « peut à tout moment visiter l'établissement pour aînés dans le but de contrôler les conditions d'hébergement et de bien être des personnes qui y sont hébergées »⁴¹. La **Direction Audit et Inspection** de l'AVIQ est l'organe compétent pour le contrôle des établissements pour personnes âgées. Si un-e résident-e ou sa famille souhaite déposer une plainte, cette direction ouvrira un dossier, entreprendra une conciliation entre les plaignant-e-s et le-la gestionnaire de l'établissement et, si elle l'estime nécessaire, effectuera une inspection qui pourra éventuellement déboucher sur une sanction. Le-la plaignant-e peut demander l'anonymat⁴². Si un-e résident-e s'estime victime de maltraitance, il-elle peut également contacter **Respect Seniors**, l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées⁴³.

Dans la **Région de Bruxelles-Capitale**, **Iriscare** est compétent pour l'assistance aux personnes âgées et les plaintes relatives aux institutions de soins sont à adresser à Iriscare, **Infor-Homes** ou **Home-info**⁴⁴. Infor-Homes, via Écoute Seniors, réceptionne toute plainte relative à la maltraitance des personnes âgées (non-respect de leur bien-être physique ou psychique, liberté de choix d'une personne âgée mise en cause, etc.)⁴⁵. En Région bruxelloise, l'homologue flamand de cette ASBL est Home-info⁴⁶.

En **Flandre**, le contrôle des MR/MRS est mené par la **Zorginspectie**, le service d'inspection de l'administration flamande et plus précisément du département protection sociale, santé publique et famille. Ce service surveille le respect des exigences, donne des conseils politiques et dresse un portrait général du secteur sur base de ses résultats⁴⁷. Les plaintes sont traitées par la **Woonzorglijn**, un service de l'administration flamande (VAZG)⁴⁸. La **Woonzorglijn** et la **Zorginspectie** travaillent indépendamment, bien qu'il y ait des contacts réguliers entre les deux services. La **Woonzorglijn** peut demander une inspection à la **Zorginspectie** sur la base d'une plainte⁴⁹.

Sur tout le territoire, si un-e résident-e ou sa famille désire porter plainte pour infraction pénale, il-elle peut la déposer auprès de la police. Le Procureur du Roi en sera averti et décidera s'il y a lieu de poursuivre les responsables ou pas⁵⁰.

UNIA, le centre interfédéral⁵¹ et indépendant pour l'égalité des chances, contrôle des matières liées aux discriminations selon une série de critères, dont l'âge. Si une personne se sent discriminée ou veut témoigner d'une discrimination, elle peut en faire part à UNIA. Les personnes qui déposent une plainte doivent alors recevoir des informations à propos de leurs droits et avoir accès à une médiation ou,

40 Pour plus de précisions, voir : *Déposer une plainte*, Senoah ASBL, <http://www.senoah.be/deposer-une-plainte/>.

41 Article 366 du CWASS, <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/0/117/1.html>.

42 info@aviq.be, <https://www.aviq.be/index.html>.

43 Numéro gratuit: 0800 30 330, www.respectseniors.be.

44 Adresse du service de plainte: plaintes@iriscare.brussels. Voir aussi: <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/maltraitance-pour-personnes-agees/>.

45 ecouteseniors@inforhomesasbl.be. Tél.: 02 223 13 43. inforhomes@misc.irisnet.be. Dépliant Écoute Seniors, Infor-homes Bruxelles, *La maltraitance parlons-en*, 6/2018.

46 Home-Info, 02 511 91 20. Brusselomb@misc.irisnet.be. www.home-info.be.

47 « La principale tâche de la *Zorginspectie* est la suivante : superviser le respect des exigences fixées. La *Zorginspectie* s'assure qu'un établissement s'acquitte correctement de ses tâches, conformément aux conditions liées à la subvention, à l'accréditation ou au permis ; fournit des conseils politiques concrets sur la base des résultats de l'inspection ; brosse un tableau de tout un secteur sur la base des résultats de l'inspection. » (traduction) <https://www.departementwvg.be/zorginspectie-wie-zijn-we>.

48 Woonzorglijn, <https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-wel-zijn-volksgezondheid-en-gezin/agentschap-zorg-en-gezondheid/afdeling-woonzorg/woonzorglijn>.

49 E-mail de Lennert Noppe, Woonzorglijn en Handhaving, Agentschap Zorg en Gezondheid, 1/10/20.

50 Senoah ASBL, *Déposer une plainte*, <http://www.senoah.be/deposer-une-plainte/>.

51 Cela signifie qu'il a été créé par un accord de coopération entre les niveaux fédéral et régional et qu'il peut (à l'heure actuelle) s'attaquer à la discrimination causée par des actions gouvernementales, que ce soit au niveau fédéral ou au niveau régional.

parfois, lancer (ou participer à) une poursuite judiciaire⁵². UNIA a informé Amnesty International que, bien qu'elle ait reçu de nombreuses plaintes pour discrimination fondée sur l'âge pendant la période de confinement, elle n'a guère reçu de plaintes concernant les maisons de repos.

Pour finir, un réseau complexe de services de médiation existe⁵³. En dehors des médiateurs-trices fédéraux et régionaux (Wallonie, Bruxelles, Flandre, Communauté germanophone) — qui rendent des comptes à leur parlement respectif — il existe aussi des médiateurs-trices sous-régionaux et locaux. Ces organes essaient de résoudre les plaintes liées aux services gouvernementaux ou à des compagnies/hôpitaux spécifiques. Généralement, ces services procurent des médiations et travaillent sur la base des plaintes, peuvent lancer des enquêtes et peuvent demander à être entendus.

3.7 DROIT INTERNATIONAL DES DROITS HUMAINS

La Belgique est un État partie à plusieurs traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains qui l'obligent à protéger et à garantir les droits humains adéquats pour les résident-e-s des MR/MRS. Ce rapport énonce des inquiétudes liées au droit à la vie, au droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, au droit à la non-discrimination — y compris en raison de l'âge, du handicap ou de l'état de santé —, au droit de ne pas être soumis à des traitements inhumains ou dégradants et au droit à la vie privée et familiale.

La plupart de ces droits sont énoncés dans la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) et ont un effet direct dans l'ordre juridique belge. Il s'agit notamment du droit à la vie (article 2 de la CEDH) ; du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements inhumains ou dégradants (article 3) ; du droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance (article 8) et du droit à la protection contre la discrimination en ce qui concerne ces droits et libertés (article 14). La Belgique n'a pas ratifié le Protocole n° 12 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui prévoit une interdiction générale de la discrimination. Toutefois, comme elle a ratifié plusieurs autres traités internationaux relatifs aux droits humains, notamment le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), l'État est tenu de garantir la non-discrimination.

Bien que la protection du droit à la santé ne soit pas spécifiquement mentionnée dans le texte de la CEDH, les obligations des États parties à la CEDH à cet égard ont été maintes fois affirmées dans la jurisprudence⁵⁴. En outre, la Belgique est tenue de protéger le droit à la santé tel qu'il est inscrit dans la Charte sociale européenne révisée (article 11) ainsi que dans les instruments internationaux relatifs aux droits humains qu'elle a ratifiés, notamment le PIDESC et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).

L'article 23 de la Charte sociale européenne (révisée) établit que « toute personne âgée a droit à une protection sociale » et précise ce que cela signifie, notamment de « garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution ». Malheureusement, l'article 23 de la Charte sociale européenne est l'une des sept dispositions que la Belgique n'a pas encore acceptées. Dans son dernier rapport sur les dispositions non acceptées, le Comité européen des droits sociaux a noté qu'il

52 <https://www.unia.be/fr/a-propos-dunia>.

53 <https://www.ombudsman.be/fr/ombudsman/domain/all>.

54 « The obligations the Contracting States assume under the Convention are of a negative as well as of a positive kind. Under the negative obligation, a Contracting State must not interfere with the health of an individual unless there is Convention-compliant justification for so doing. A Contracting State may also be required to take measures to safeguard the health of an individual under the so-called positive obligations ». Cour européenne des droits de l'homme, *Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights*, 2015. https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf.

ne devrait y avoir aucun obstacle à l'acceptation de cette disposition par la Belgique et a invité l'État à le faire⁵⁵. Le Comité a, dans une récente déclaration d'interprétation sur les droits à la protection de la santé (article 11 — que la Belgique a accepté), souligné que les personnes âgées doivent être protégées de manière adéquate par les mesures de soins de santé mises en place pendant une pandémie⁵⁶.

En vertu du PIDESC également, l'État a l'obligation de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé physique et mentale. Il doit notamment garantir l'accès des personnes âgées à des services de santé de bonne qualité, y compris « la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical »⁵⁷.

Rosa Kornfeld-Matte, l'ancienne experte indépendante des Nations unies chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme, a abordé la situation des personnes âgées au début de la pandémie, en exprimant sa crainte qu'elles soient victimes de discrimination dans l'accès aux soins médicaux. Elle a alerté sur « le fait que les décisions relatives à l'allocation de ressources médicales rares telles que les ventilateurs dans les unités de soins intensifs puissent être prises uniquement sur la base de l'âge, privant ainsi les personnes âgées de leur droit à la santé et à la vie sur un pied d'égalité avec les autres ». Elle a également demandé que des protocoles de triage soient élaborés et suivis « pour garantir que ces décisions soient prises sur la base des besoins médicaux, des meilleures preuves scientifiques disponibles et non selon des critères non médicaux tels que l'âge ou le handicap »⁵⁸.

Il convient de souligner que le fait que plus des deux tiers des résident-e-s des MR/MRS en Belgique se trouvent dans des établissements appartenant à des entités privées (à but lucratif et non lucratif) (voir les chiffres ci-dessus) ne diminue en rien l'obligation de la Belgique d'assurer la protection de ces personnes contre les violations de leurs droits. Cela inclut le devoir de protection contre les violations des droits humains par des tiers, y compris des entreprises commerciales. « Les États ont l'obligation de protéger lorsque des tiers, y compris des entreprises, portent atteinte aux droits de l'homme sur leur territoire et/ou sous leur juridiction. Cela exige l'adoption de mesures appropriées pour empêcher ces atteintes, et lorsqu'elles se produisent, enquêter à leur sujet, en punir les auteurs, et les réparer par le biais de politiques, de lois, de règles et de procédures judiciaires »⁵⁹.

55 Comité européen des droits sociaux, *Troisième rapport relatif aux dispositions non-acceptées de la Charte sociale européenne. Belgique - 2019*. Pour plus d'informations, voir également le premier et le deuxième rapport, ici : <https://www.coe.int/fr/web/european-social-charter/belgium-and-the-european-social-charter>.

56 Comité européen des droits sociaux, *Observation interprétative sur le droit à la protection de la santé en temps de pandémie*, 21 avril 2020. <https://rm.coe.int/observation-interpretative-sur-le-droit-a-la-protection-de-la-sante-en/16809e3641>.

57 Comité des droits sociaux, économiques et culturels (CESCR), *Observation générale n°14*, E/C.12/2000/4, 11/8/00, §25. Voir également l'*Observation générale n°6*, § 35.

58 ONU Info, « Covid-19 : une experte de l'ONU demande une meilleure protection des personnes âgées », ONU, 27/3/20, <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1065252>.

59 HCDH, *Mise en œuvre du cadre de référence « protéger, respecter et réparer » des Nations unies, Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme*, https://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_FR.pdf.

4. DÉFAILLANCES STRUCTURELLES

4.1 FINANCEMENT ET PERSONNEL INSUFFISANTS

« Les normes de personnel de soins financées par les pouvoirs publics ne permettent pas d'avoir des conditions de vie et de travail de qualité »

Jean-Marc Rombeaux, conseiller expert à la Fédération des CPAS⁶⁰

« On sait depuis des années qu'il y a un manque structurel de financement et de personnel dans les maisons de repos... C'est un problème structurel que la crise a mis en évidence, c'est une structure fragile. Il faut y remédier à la fois qualitativement et quantitativement ». - Bernadette Van Heuvel, Zorgnet-Icuro⁶¹

Bien avant la crise de la COVID-19, les principales demandes du secteur des soins comprenaient une augmentation du financement public, un plus grand nombre de membres du personnel de santé (plus de « mains au lit ») et une meilleure coordination et coopération⁶². Il semble y avoir un large consensus sur le fait que le secteur des MR/MRS en Belgique est structurellement sous-financé⁶³ et que les normes en matière de personnel subventionné sont trop faibles. « Les normes de personnel de soins financées par les pouvoirs publics ne permettent pas d'avoir des conditions de vie et de travail de qualité », souligne Jean-Marc Rombeaux, conseiller expert à la Fédération des CPAS⁶⁴. Bien que la plupart des MR/MRS cherchent à obtenir des financements supplémentaires pour renforcer leurs effectifs⁶⁵, le manque de personnel reste une préoccupation majeure des syndicats, qui soulignent

60 Interviewé, le 8/09/2020.

61 Bernadette Van Den Heuvel, Directrice Ouderenzorg, Zorgnet-Icuro, interview 8/9/20.

62 Voir par exemple : <https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/2019%20speerpunten%2010x240.pdf> ; <https://www.vlozo.be/img/uploads/mainTemplate/5/29072019%20-%20Vlozo%20memorandum%20def.pdf>.

63 Le ministre flamand Wouter Beke parle d'un « retard historique » ; voir aussi, par exemple : Vlaamse Ouderenraad, *Advies 2018/1*, sur la note de concept sur les soins résidentiels pour les personnes âgées. Une étude de 2014 a calculé que le sous-financement moyen d'une maison de repos était de 15,3 % : Pacolet J, Vanormelingen J. et De Coninck A., *Tempus fugit : Een aggiornamento van toekomstverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap*, HIVA - KU Leuven, 2014, <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/525473>.

64 Interviewé, le 8/09/20.

65 En Wallonie, il y a en moyenne 43 % de personnel supplémentaire par rapport aux normes dans le secteur public, 32 % dans l'associatif et 21 % dans le secteur privé commercial. À Bruxelles, on compte en moyenne 61 % de personnel supplémentaire dans le secteur public, 40 % dans l'associatif et 29 % dans le privé commercial. Sources : Iriscare et AVIQ, calculs Fédération des CPAS, Jean-Marc Rombeaux, Union des villes et communes de Wallonie ASBL/Fédération des CPAS/Brulocalis, *Les Maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?* étude, 7/2020, p. 27. En Flandre, « neuf maisons de repos sur dix indiquent qu'elles manquent d'argent pour organiser correctement les soins. Une majorité tout aussi importante pense également que les normes en personnel devraient être augmentées », selon une enquête du Nieuwsblad, Het Nieuwsblad, « Rusthuizen smeken om geld en personeel », Tom Le Bacq, 19/1/20, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20200118_04811459.

également les mesures d'austérité successives⁶⁶. Les enquêtes menées en 2015 et 2017 par l'ACV — le plus grand syndicat de Flandre pour les professions de soins — indiquent que 80 % des prestataires de soin ont déclaré ne pas avoir le temps d'assurer les soins et l'attention dont les résident-e-s ont besoin⁶⁷. Les expert-e-s expliquent que, bien que le budget ait augmenté⁶⁸, cela n'a pas été suffisant pour suivre l'augmentation des besoins de soins des résident-e-s⁶⁹.

Dans le même temps, les hôpitaux manquent également de personnel⁷⁰. Des études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), publiées en janvier 2020, montrent que le ratio patient-e-s/infirmier-e n'atteint pas le niveau des normes internationalement reconnues dans les hôpitaux⁷¹. En 2019, ils ont averti que « le nombre moyen de patient-e-s par infirmier-e professionnel-le dans les hôpitaux de soins aigus est l'un des plus élevés d'Europe, ce qui peut avoir des effets négatifs sur la qualité des soins »⁷².

L'adoption de mesures budgétaires appropriées en vue de la pleine réalisation du droit à la santé est une obligation de l'État en matière de droits humains⁷³. Le PIDESC reconnaît que la réalisation du droit à la santé sera progressive (par opposition à immédiate) et en fonction des ressources maximales disponibles de l'État concerné, mais il interdit toute discrimination de quelque nature que ce soit⁷⁴.

Les autorités belges ont augmenté les ressources et annoncé des financements supplémentaires destinés aux MR/MRS et à la santé publique pendant la crise de la COVID-19 et à plus long terme⁷⁵. La question de savoir si ces investissements suffisent à résoudre les problèmes mentionnés ci-dessus n'entre pas dans le cadre de ce rapport.

Mais, pour au moins la première phase de la réponse belge à la pandémie, tant le système hospitalier que les MR/MRS ont été contraints de fonctionner avec un personnel et un financement considérés comme inférieurs à l'optimum. Conjuguées à la fragmentation réglementaire et organisationnelle, ces lacunes structurelles sont des éléments essentiels pour expliquer certaines des préoccupations en matière de droits humains qui seront exposées dans les prochains chapitres⁷⁶.

66 Juste avant l'apparition de la pandémie en Belgique, le 5 mars, 8000 membres du personnel soignant flamand ont protesté contre les nouvelles réductions prévues.

67 Witte Woede, « 'Getuigenissenboek residentiële ouderenzorg' legt opnieuw tekorten in de sector bloot. ACV wil op korte termijn sociaal investeringspact. », Redactie, 3/7/20, <https://www.wittewoede.be/getuigenissenboek-residentiële-ouderenzorg'-legt-opnieuw-tekorten-de-sector-bloot-acv-wil-op-korte-termijn-sociaal-investeringspact>.

68 Carl Devos et al, KCE, *Performance du système de santé belge - RAPPORT 2019 (KCE Report 313C Health services research)*, p. 69.

69 Professeuse Anja Declercq, *Samenleving & Politiek*, Jaargang 27, 2020, n°6 (juin), pp. 4-5. <https://www.sampol.be/2020/06/het-woonzorgcentrum-van-de-toekomst> ; également dans une interview avec le professeur Declercq (directrice des soins gériatriques au centre de recherche LUCAS, KUL) le 12/6/2019. Dans une enquête du Nieuwsblad, neuf centres de soins flamands sur dix indiquent ne pas obtenir le financement public dont ils ont besoin pour fonctionner correctement. Het Nieuwsblad, 19/1/20. Voir aussi : Carl Devos et al, KCE, *Performance du système de santé belge - RAPPORT 2019 (KCE Report 313C Health services research)*, p. 69.

70 https://www.rtf.be/auvio/detail_investigation?id=2683654.

71 Il y a en moyenne 9,4 patient-e-s par infirmier-e en Belgique, alors que la norme internationale est de 8 patient-e-s par infirmier-e. <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>.

72 Carl Devos et al, *ibidem* (traduction).

73 CESCR, *op. cit.*, Art. 12, § 33.

74 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Art. 2.

75 Le gouvernement flamand a établi plusieurs compensations financières pour les coûts supplémentaires pendant la crise de la COVID-19, comme une subvention pour les matériaux et une compensation financière pour les lits vides, et prévoit de répondre à la charge accrue des soins en éliminant l'arriéré historique. À Bruxelles, le collège réuni a décidé de fournir aux maisons de repos une aide budgétaire pour compenser la perte de financement à laquelle elles sont confrontées, en raison de la baisse du nombre de résident-e-s. Il a également contribué à subsidier les coûts supplémentaires, dus à l'achat de matériel de protection et de désinfection ainsi qu'aux frais de personnel intérimaire. « Irisicare met en place de nouvelles mesures pour soutenir ses institutions », 17/09/20, et 11/06/20. En Wallonie, pour soutenir le secteur de l'hébergement pour aîné-e-s, le gouvernement a alloué deux aides budgétaires, l'une de 250 € par lit, le 18 mars, l'autre de 400 € par lit, le 22 avril. Courrier adressé à Amnesty le 6 octobre 2020 par la ministre de la Santé, Christie Morreale et « Nouvelles mesures pour la Wallonie : 285 millions en plus pour la crise coronavirus », Wallonie Santé, 22/4/20. Au niveau fédéral, alors que le gouvernement précédent avait réduit le budget de 900 millions d'euros pour les soins de santé, le nouveau gouvernement a annoncé un financement supplémentaire du secteur.

76 « Tout au long de cette crise, les points douloureux connus du secteur sont devenus plus aigus que jamais. En particulier, le sous-financement et l'insuffisance des effectifs ont rendu particulièrement difficiles une approche et une prestation de soins adéquates. », Aanpak corona-crisis in de (residentiële) ouderenzorg, Toelichting Vlaamse Ouderenraad (traduction), <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1586791>.

4.2 IMPRÉPARATION À UNE PANDÉMIE

Les expert-e-s affirment qu'un autre facteur important qui a contribué à l'impact de la première phase de la COVID-19 sur les MR/MRS était le manque de préparation à une pandémie, et attribuent cette lacune au faible niveau de priorité accordé aux MR/MRS dans les systèmes de santé nationaux⁷⁷.

Malgré les avertissements, les études et les tests pilotes, les MR/MRS en Belgique ont fait face à l'épidémie de COVID-19 de manière relativement peu préparée — ce qui contraste clairement avec les hôpitaux⁷⁸.

Avant la pandémie de COVID-19, les autorités étaient conscientes des mesures nécessaires que les MR/MRS devaient prendre pour se préparer aux maladies épidémiques. Les directeur-ice-s et les gestionnaires des MR/MRS ont également indiqué qu'ils-elles devaient prendre leurs dispositions pour faire face à la grippe et aux autres virus qui circulent généralement chez les personnes âgées.

Presque tou-te-s les directeur-ice-s et gestionnaires de MR/MRS interrogé-e-s par Amnesty International ont confirmé qu'ils-elles sont tenu-e-s de disposer de protocoles pour traiter les maladies infectieuses et qu'ils-elles les ont mis en place. Cependant, les plans d'intervention en cas d'épidémie n'étaient pas en place partout⁷⁹. De plus, pour faire face à une pandémie telle que la COVID-19, ces plans et protocoles n'étaient souvent pas suffisants, selon le Vlaamse Ouderenraad⁸⁰.

Un rapport de 2006, commandé par le gouvernement fédéral⁸¹, a détaillé comment les MR/MRS belges pourraient se préparer logistiquement et techniquement à contrôler les infections à l'avenir. Le rapport comprenait des éléments clés tels que la formation régulière du personnel en matière d'hygiène, un budget de réserve pour stocker des équipements de protection individuelle (EPI) tels que des blouses, des masques faciaux, des gants et du gel hydroalcoolique, ainsi que des protocoles de test⁸². Selon les expert-e-s participant au rapport, la mise en pratique du plan aurait permis une meilleure préparation et un personnel mieux formé⁸³. En 2010, le gouvernement fédéral a mis en place des tests pilotes, mais lorsque la réforme constitutionnelle a transféré la compétence des MR/MRS au niveau régional en 2014, l'attention pour le rapport et sa mise en œuvre a apparemment diminué. Le plan n'a jamais été entièrement mis en place, pour des raisons budgétaires, a déclaré à Amnesty International Jan De Lepeleire, médecin généraliste et professeur à la KUL⁸⁴.

Des éléments du plan ont été mis en place au niveau régional⁸⁵, tels que l'élaboration d'un manuel sur la prévention des infections⁸⁶ et l'organisation de formations (qui, selon les expert-e-s, n'ont pas été très suivies)⁸⁷. Jan De Lepeleire a déclaré que des éléments clés du rapport, tels que la fourniture de

77 Declercq A. et al, *Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19?* OSE Paper Series, Opinion Paper N° 23, juillet 2020, p. 13, http://www.ose.be/files/publication/OSERPaperSeries/Declercq_Et_Al_2020_OpinionPaper23.pdf.

78 « En Belgique, après la grippe H1N1 (aussi appelée grippe mexicaine ou grippe porcine), les hôpitaux ont élaboré un scénario de crise de 58 pages » (traduction), *ibidem*.

79 Jan De Lepeleire, médecin en MR/MRS, membre de l'Association belge de gérontologie et de gériatrie, audition au Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>. Nele Van Den Noortgate, professeur, secrétaire général de l'Association belge de gérontologie et de gériatrie, audition au Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>.

80 Vlaamse Ouderenraad, *op. cit.*

81 À l'époque, le gouvernement fédéral était l'autorité compétente.

82 Groupe de travail sur la lutte contre les infections associées aux soins dans le secteur des maladies chroniques, 2006, *Proposition d'initiative législative pour la lutte contre les infections associées aux soins dans les MR/MRS*, <https://adoc.tips/download/voorstel-voor-een-wetgevend-initiatief-voor-de-beheersing-va.html>.

83 Het Nieuwsblad, « Al 15 jaar gewaarschuwd en toch compleet onvoorbereid: de dag waarop de rusthuizen de deuren moeten sluiten », Arnout Gyssels et Koen Baumers, 18/6/20, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20200617_04993811?&articlehash=AA1A4841610E-2D58F41AD3128FA2E284C983CF441A652AF23F496E5F24430E73A59CFDD8BC104B3CB32A3C44A78D3A6745B-F448722A9C0C34DCAB41D47607F30.

84 Jan De Lepeleire, interview, 30/9/20.

85 Het Nieuwsblad, « Al 15 jaar gewaarschuwd en toch compleet onvoorbereid: de dag waarop de rusthuizen de deuren moeten sluiten », Arnout Gyssels et Koen Baumers, 18/6/20, https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20200617_04993811?&articlehash=AA1A4841610E-2D58F41AD3128FA2E284C983CF441A652AF23F496E5F24430E73A59CFDD8BC104B3CB32A3C44A78D3A6745B-F448722A9C0C34DCAB41D47607F30.

86 https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Werkinstrument%20Infectiepreventiebeleid%20Vlaamse%20woonzorgcentra_jan2020.pdf.

87 Jan De Lepeleire, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>. Centres de soins résidentiels et établissements de soins flamands, 20/4/20.



© Sien Verstraeten / Vlaamse Ouderenraad

matériel ou le fait d'avoir une personne de contact pour les situations de crise, n'ont pas été mis en œuvre au début de la pandémie de COVID-19⁸⁸. En conséquence, la réponse à la crise a peut-être été plus lente qu'elle aurait pu l'être. En Flandre, par exemple, le ministre n'a présenté un plan d'action pour les MR/MRS que le 8 avril, soit 64 jours après le premier cas de COVID-19 en Belgique⁸⁹.

Le droit à la santé comprend l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour « la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres ». Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, a énoncé en détail les devoirs des États découlant de ce droit, en soulignant que les « mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques » sont des « obligations (...) tout aussi prioritaires » que les obligations fondamentales du droit à la santé⁹⁰.

Si les MR/MRS n'étaient pas suffisamment préparées, la conséquence tragique, mais logique est que ce handicap a rendu les résident-e-s, déjà très vulnérables, encore plus à risque, et que cela a contribué structurellement à l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les MR/MRS belges et aux problèmes de droits humains qui seront examinés plus en détails dans la suite de ce document.

Il convient également d'examiner avec soin et publiquement si l'État a manqué à ses obligations en matière de droits humains, en ne veillant pas à ce que les MR/MRS soient correctement préparées à l'apparition de maladies infectieuses.

88 Jan De Lepelleire, interview, 30/9/20.

89 <http://www.wouterbeke.be/nieuws/10-puntenplan-voor-residentiele-voorzieningen/>.

De son côté, la Wallonie a mis en place, le 26 juin, un plan d'action en cas de rebond de la COVID-19 ou pour faire face à d'autres épidémies. Il s'articule autour de cinq axes, compte 13 mesures et prévoit notamment que chaque structure d'hébergement devra mettre sur pied son propre plan d'urgence, comprenant notamment des fiches réflexes pour le personnel, les modalités prévues pour faire face à l'absentéisme, etc. <https://morreale.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/la-wallonie-sort-son--plan-daction--en-cas-de-rebond-du-COVID-19-et-de-nouvelle-epidemie.publicationfull.html>.

Le gouvernement bruxellois annonce un plan contre une deuxième vague de COVID-19 le 10 juillet, comprenant l'organisation de formations, la reconstitution des stocks et des accords de collaboration avec les hôpitaux et les laboratoires. <https://www.iriscare.brussels/fr/2020/07/10/iriscare-detaille-les-mesures-pour-aider-les-maisons-de-repos-a-reagir-en-cas-de-2eme-vague/>.

90 CESCR, Observation générale n°14, *op. cit.*

5. DÉFAILLANCES DES GOUVERNEMENTS À L'ÉGARD DES RÉSIDENT·E·S DES MR/MRS

5.1 PAS LA PRIORITÉ

« Tout le monde a été frappé par les images des hôpitaux italiens et espagnols (...). [C]es situations ont beaucoup marqué nos décideurs fédéraux qui se sont dit dès le départ qu'il fallait absolument éviter que les soins intensifs ne soient débordés. Les maisons de repos ont été reléguées en deuxième ligne et les résidents, de même que le personnel, en ont été victimes »

Vincent Frédéricq, secrétaire général de la Femarbel⁹¹

Très tôt, les autorités ont semblé comprendre que les personnes âgées étaient particulièrement vulnérables à la COVID-19 et à ses conséquences. Le 28 janvier, la ministre fédérale de la Santé a déclaré au Parlement que « Les personnes âgées et les personnes souffrant de comorbidités s'exposent au risque le plus élevé »⁹². Le 5 mars, elle a répété que les personnes âgées devraient être protégées⁹³. En 2016, l'institut belge Sciensano avait déjà averti que les MR/MRS sont des lieux où les agents pathogènes peuvent être transmis, à haut risque d'épidémies⁹⁴.

91 « Tout le monde a été frappé par les images des hôpitaux italiens et espagnols, où on voyait des personnes dans les couloirs sur des essuies de bain, avec des bouteilles d'oxygène : ces situations ont beaucoup marqué nos décideurs fédéraux qui se sont dit dès le départ qu'il fallait absolument éviter que les soins intensifs ne soient débordés. Les maisons de repos ont été reléguées en deuxième ligne et les résidents, de même que le personnel en ont été victimes » - Interviewé le 28/8/20.

92 Maggie De Block, De Kamer, 28/1/20, <https://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/55/ic096.pdf>.

93 « Il nous incombe de protéger les personnes vulnérables comme les personnes âgées, les femmes enceintes et les malades chroniques. Semer la panique ne sert qu'à faire peur. (...) Nous devons garder notre sang-froid. », <https://www.dekamer.be/doc/PCRI/pdf/55/ip026.pdf>.

94 Emmanuel André, audition du Parlement flamand, 419, n°5, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1596010>.

Pourtant, malgré cette compréhension, et malgré des signes et des avertissements clairs, les actions du gouvernement pour préparer les MR/MRS et pour protéger leurs résident-e-s ont été lentes ou inadéquates. Le 11 mars, le jour où la première personne est décédée en Belgique des suites de la COVID-19⁹⁵, la phase fédérale de gestion de la crise a été mise en route. Le 13 mars, le plan d'urgence hospitalière a été activé, ce qui a entraîné l'annulation de consultations et de nombreux autres traitements et interventions médicales⁹⁶.

Ce n'est que deux semaines plus tard (le 25 mars) que la situation dans les MR/MRS a été spécifiquement soulevée dans le cadre d'une Conférence interministérielle Santé publique, une réunion rassemblant des ministres concerné-e-s des différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional et communautaire)⁹⁷. En Région wallonne, un dispositif d'urgence sanitaire, destiné à coordonner les actions des différent-e-s intervenant-e-s, a été mis en place le 1^{er} avril⁹⁸. Ce n'est que le 8 avril que les autorités flamandes ont mis sur pied un groupe de travail et un plan d'urgence pour les MR/MRS⁹⁹. Début avril, le nombre de décès dus à la COVID-19 dépassait largement le millier en Belgique¹⁰⁰ et, lorsque ce mécanisme est devenu opérationnel, « le pire de la crise était passé et les conseils [que ces mécanismes offraient] arrivaient trop tard »¹⁰¹.

Beaucoup ont noté le contraste frappant entre la manière dont les hôpitaux ont pu faire face à la crise et la situation dans les MR/MRS. Bien que certain-e-s scientifiques aient critiqué le manque de rapidité avec laquelle le gouvernement a réagi et demandé des initiatives plus ambitieuses dès le début¹⁰², il existe un consensus sur le fait que les hôpitaux belges ont été capables de gérer la première phase de la crise de manière professionnelle et généralement adéquate, principalement grâce aux plans d'urgence, au personnel ayant un meilleur niveau de formation et à une bonne coordination¹⁰³.

Le personnel et les directeur·rice·s des MR/MRS se sont cependant senti-e-s abandonné-e-s¹⁰⁴. De nombreux·ses directeur·rice·s de MR/MRS interrogé-e-s par Amnesty International, ainsi que des représentant-e-s des organisations faïtières et de MSF (qui a soutenu 135 MR/MRS belges pendant la crise COVID)¹⁰⁵, se sont fait l'écho de ce sentiment.

Bien que clairement informé des risques spécifiques que la COVID-19 présentait pour les MR/MRS, le gouvernement belge n'a pas mis en place de mesures rapides et suffisantes pour protéger les résident-e-s et le personnel des MR/MRS.

La sauvegarde de la capacité hospitalière semble avoir été l'objectif central des politiques initiales de la Belgique en matière de réponse à la COVID-19. Bien qu'il s'agisse d'un objectif nécessaire et légitime en soi, ce but ne dispense pas l'État de ses obligations en matière de droits humains envers les résident-e-s des MR/MRS, ni ne justifie l'ignorance de risques spécifiques dans d'autres segments du système de soins de santé.

95 GazetVanAntwerpen, «90-jarigemaniseerstecoronadodeinBelgië», BELGA, 11/3/20, https://www.gva.be/cnt/dmf20200311_04885269.

96 De Standaard, « De Block: 'Alle niet-dringende ingrepen uitgesteld' », WLE, 13/3/20, https://www.standaard.be/cnt/dmf20200313_04889048.

97 https://5199.f2w.fedict.be/sites/default/files/documents/20200325_imvg_pv_nl.pdf.

98 Courrier de la ministre de la Santé, Christie Morreale, adressé à Amnesty International, le 6/10/20.

99 Taskforce Zorg, <https://www.departementwvg.be/taskforceNoodplan> : <http://www.wouterbeke.be/nieuws/10-puntenplan-voor-residentiele-voorzieningen/>.

100 <https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/QTSKB>.

101 Kurt Stabel, vice-président de la VLOZO, audition du Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfi-le?id=1596010> (traduction).

102 Lors d'une réunion du comité scientifique avec le groupe de gestion des risques, les propositions sur les EPI, les stratégies de test, la définition d'une infection potentielle, etc. sont mises de côté comme étant irréalistes. De Standaard, « Het komt wel goed », Matthias Verbeet, Nikolas Vanhecke et Simon Andries, 20/6/20, https://www.standaard.be/cnt/dmf20200619_04996292.

103 Interview de Pedro Facon, « Il y aura un renouveau des soins de santé », 30/4/2020, https://zorgwijzermagazine.be/algemene_ziekenhuizen/er-komt-een-revival-van-de-volksgezondheid/.

104 Vlaamse Ombudsdienst, *Stemmen uit de stilte*, 2020, p. 10, http://www.vlaamseombudsdienst.be/ombs/nl/nieuws/pdf/20200702_stemmen_uit_de_stilte.pdf.

105 MSF, *op. cit.*, p.3, https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf.

Afin de libérer autant de capacité hospitalière que possible, les MR/MRS devaient fournir des soins normalement dispensés par les hôpitaux et les médecins généralistes, mais tou-te-s les directeur-ric-e-s de MR/MRS et les organisations faïtières interrogé-e-s ont déclaré à Amnesty International que les qualifications du personnel et les niveaux d'effectifs n'étaient pas adaptés à ce type de soins : « Nous ne pouvons pas nous organiser comme un hôpital. Nous n'avons pas les spécialisations nécessaires et, en cas de crise aiguë, les médecins généralistes n'étaient même pas autorisés à venir dans les MR/MRS... nous n'avions ni les ressources, ni le personnel, ni l'infrastructure »¹⁰⁶.

Il y a également eu une pression des hôpitaux sur les MR/MRS afin qu'elles reprennent leurs résident-e-s, alors même que ceux-celles-ci pouvaient être contaminant-e-s. « On nous a obligés à reprendre des COVID positifs », témoigne le Dr Jean-François Moreau, Président de l'AFRAMECO et médecin coordinateur dans plusieurs MRS. « La veille du week-end de Pâques, on nous a renvoyé deux résidents en nous disant qu'ils étaient stabilisés et qu'ils n'avaient plus besoin d'oxygène. Je peux les comprendre, ils voulaient faire de la place, mais ils n'avaient aucune notion des moyens dont nous disposions. Eux avaient les moyens de protection et de testing dont nous ne disposions pas. Personne ne peut se rendre compte de ce que nous avons vécu en maisons de repos ! »¹⁰⁷

Des patient-e-s ont ainsi été renvoyé-e-s de l'hôpital dans des conditions qui pouvaient porter atteinte à la santé des autres résident-e-s et du personnel qu'ils-elles risquaient de contaminer, vu l'absence de matériel de protection (voir également ci-dessous). Deux médecins coordinateurs-rices ont dit à Amnesty International qu'ils-elles n'avaient pas eu de cas de COVID-19 dans leur maison de repos avant d'avoir accueilli un résident de retour de l'hôpital¹⁰⁸. Si ces transferts ont réduit la pression sur les hôpitaux, ils ont augmenté celle sur les MR/MRS, qui étaient déjà beaucoup moins bien équipées pour prévenir toute nouvelle contamination (voir ci-dessous sur la capacité de dépistage) et pour fournir des soins adéquats aux résident-e-s.

La réalisation du droit à la santé, tel que protégé par le PIDESC exige que les installations, biens et services de soins de santé soient disponibles en quantité suffisante ; accessibles à tou-te-s sans discrimination, ce qui inclut l'accessibilité physique, le caractère abordable et l'accessibilité à l'information ; acceptables pour tou-te-s, c'est-à-dire respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés ; et de bonne qualité¹⁰⁹.

En concevant les réponses à une pandémie comme celle de la COVID-19, les États doivent être conscients de l'impact particulier du virus sur des groupes spécifiques de personnes et s'assurer que leurs besoins et leurs expériences soient pleinement pris en compte dans les plans et les stratégies. En vertu du PIDESC, l'État a l'obligation de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé physique et mentale. Il doit notamment garantir leur accès à des services de soins de santé de bonne qualité, y compris « la prévention, les soins et la réadaptation en matière de traitement médical »¹¹⁰.

Comme le détaillent les paragraphes suivants, les décisions et les processus décisionnels aux niveaux national et régional en réponse à la pandémie de COVID-19, n'ont pas respecté les droits humains.

106 Geert Polfliet, directeur de *woonzorgkoepel*, Gandanet, Interview, 4/9/20 (traduction).

107 Interviewé le 01/10/20.

108 Interviewé-e-s le 27/9/20 et le 1/10/20.

109 CESCR, *op. cit.*

110 CESCR, *ibidem*. Voir également l'*Observation générale* 6, § 2. 35.

5.2 UN ACCÈS RÉDUIT AUX HÔPITAUX

« On a refusé d'hospitaliser de nombreux résidents qui auraient dû l'être »

Vincent Frédéricq, le secrétaire général de la FEMARBEL¹¹¹

Amnesty International a reçu plusieurs témoignages selon lesquels des résident-e-s de maisons de repos se sont vu refuser l'accès à l'hôpital¹¹². L'organisation est préoccupée par le fait que, si cela était établi, cela équivaldrait à une violation du droit des résident-e-s à la santé, à la non-discrimination et à la vie.

Un directeur de maison de repos a ainsi confirmé qu'il avait reçu de l'hôpital local le message selon lequel ce dernier n'allait pas accueillir de résident-e-s de maisons de repos, afin de garder des lits disponibles¹¹³. « On a refusé d'hospitaliser de nombreux résidents qui auraient dû l'être », confirme pour sa part Vincent Frédéricq, le secrétaire général de la FEMARBEL¹¹⁴, un constat partagé par le Dr Jean-François Moreau, président de l'AFRAMECO¹¹⁵. D'après l'organisation faitière Zorgnet-Icuro, par contre, le refus de transfert vers l'hôpital a été très exceptionnel¹¹⁶. Selon MSF, on a assisté à « une diminution des possibilités de référer les cas graves vers les hôpitaux, passées de 86 % [des patients, avant la crise sanitaire] à 57 % [durant celle-ci] »¹¹⁷. Entre mars et juin, 16 % seulement des patient-e-s hospitalisé-e-s pour COVID-19 provenaient de MR/MRS. MSF rapporte en outre que dans les maisons de repos où ses équipes se sont rendues :

*« [À] peine plus de 70 % des structures rapportent avoir reçu une réponse adéquate à tous leurs appels vers les services d'urgence (numéro 112). Les critères d'acceptation ou de déni de transfert par ces services étaient souvent obscurs. Certains résident-e-s en état d'urgence (et qui désiraient vivre et être référés) ne purent en bénéficier, alors que d'autres furent pris en charge. Certains gestionnaires de maisons de repos nous ont rapporté s'être retrouvés dans des situations où les ambulanciers ont demandé une fois arrivés à leur porte : "Vous avez de l'oxygène ? Si oui, on ne prend pas le résident. Et donnez-leur plus de morphine." Dans d'autres cas, les ambulanciers avaient reçu des consignes de leur hôpital de référence de ne pas prendre les patients de plus d'un certain âge, souvent 75 ans, mais descendant jusqu'à 65 ans parfois. »*¹¹⁸

Les ministres concerné-e-s, dont la ministre fédérale De Block¹¹⁹, le ministre-président wallon Di Rupo¹²⁰ et la ministre wallonne de la Santé Morreale¹²¹ nient catégoriquement que des instructions gouvernementales aient été données aux hôpitaux de ne pas accepter les résident-e-s des MR/MRS. Lors de la Conférence interministérielle (CIM) du 12 août 2020, le ministre bruxellois de la Santé, Alain Maron s'est inquiété de ces allégations selon lesquelles certains hôpitaux auraient refusé d'accueillir des résident-e-s d'établissement d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

111 Interview réalisée le 28/8/20.

112 De nombreux journaux en ont également fait état, du *New York Times* à *Moustique*: « When COVID-19 hit, many elderly were left to die », By Matina Stevis-Gridneff, Matt Apuzzo and Monika Pronczuk, *The New York Times* et: "Nos aînés sacrifiés. Maisons de repos. L'enquête", Katty Langelez-Stevens et Véronique Pipers, *Moustique*, le 9/9/2020.

113 Anonyme, interview, 4/9/20.

114 Interview, 28/8/20.

115 Interview, 1/10/20.

116 Bernadette Van Den Heuvel, interview, 8/9/20.

117 MSF, *op. cit.*, p. 21.

118 MSF, *Ibidem*, pp. 21 et 22.

119 Conférence interministérielle Santé publique, 12/8/20. https://5199.f2w.fedict.be/sites/default/files/documents/20200812_cimsp_pv_fr.pdf.

120 *Séance publique de commission, Commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la covid-19 par la Wallonie*, 31/8/20 CRAC n°162 (2019-2020).

121 Compte rendu intégral, Séance publique de commission, Commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19 par la Wallonie, 11/9/20, http://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2020_2021/CRIC/cric2.pdf.

La CIM a dès lors décidé de charger le Comité de Bioéthique et le Risk management group (RMG) d'analyser cette problématique¹²². Cette analyse devra faire l'objet d'un examen minutieux et public. En effet, même s'il n'existait pas de directives gouvernementales pour mettre fin à l'admission des résident-e-s des MR/MRS dans les hôpitaux, il ressort des témoignages susmentionnés qu'ils-elles n'ont pas eu un accès égal aux meilleurs soins de santé possibles. Cette situation a porté atteinte à leurs droits et doit être justifié.

Un élément qui a peut-être joué un rôle en la matière est le fait que les gouvernements et les organismes scientifiques et éthiques ont largement communiqué sur la sauvegarde des capacités hospitalières — un objectif compréhensible de la politique de réponse à la COVID-19. Cependant, dans les premiers mois de la pandémie, ils n'ont pas suffisamment insisté sur le fait que les transferts à l'hôpital devaient rester possibles s'ils étaient conformes à l'intérêt et aux souhaits du ou de la patient-e.

Ainsi, une lettre envoyée à tous les hôpitaux le 17 mars par le président du RMG (et d'autres conseiller-e-s scientifiques clés) exhorte les hôpitaux à libérer un nombre maximum de lits¹²³. Il faudra attendre le 27 juillet — bien après la fin de la première phase de la pandémie — pour qu'une circulaire similaire précise explicitement que les résidents de MR/MR « quel que soit leur âge devraient toujours avoir accès à un transport médical urgent ou à une hospitalisation »¹²⁴. Les directives flamandes relatives aux MR/MRS, qui précisent que les transferts à l'hôpital doivent toujours être possibles après consultation du/de la résident-e, du/de la médecin généraliste, du/de la médecin de la MR/MRS et de l'équipe de soins, constituent une exception notable¹²⁵.

Par ailleurs, le 17 mars, la circulaire envoyée par Iriscare aux MR/MRS agréées et subventionnées par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM), précise que « (l')établissement ne doit envoyer l'un de ses résidents à l'hôpital qu'en cas de stricte nécessité (...) Il est important de participer à chaque niveau au désengorgement des hôpitaux afin que les patients dans un état critique puissent bénéficier du suivi et des soins adaptés »¹²⁶.

À peu près à la même époque, les protocoles de triage indicatifs et les principes éthiques ont provoqué des bouleversements. À la demande du Service public fédéral (SPF) Santé publique, la Société belge de médecine intensive a élaboré un texte de principes éthiques à destination des hôpitaux¹²⁷. Ces principes étaient destinés à fournir des conseils éthiques aux hôpitaux au cas où la capacité de traitement des patient-e-s ne serait plus suffisante.

Le 19 mars, un deuxième type d'orientation, plus opérationnel, a été envoyé aux médecins généralistes, aux gériatres et aux médecins coordinateurs et conseillers (MCC), par la Société belge de gérontologie et de gériatrie (SBGG), les services de gériatrie de l'UZ Leuven et de l'UZ Gent ainsi que le Centre académique de médecine générale de l'UCLouvain et Crataegus. La lettre d'accompagnement demandait d'« évaluer de manière pro-active les patients des maisons de repos, à l'aide d'une

122 Conférence interministérielle Santé publique, 12/8/20. https://5199.f2w.fedict.be/sites/default/files/documents/20200812_cimsp_pv_fr.pdf

123 Cette lettre, qui figure sur le site de l'AVIQ, est cosignée par trois autres personnes : Pedro Facon (pour le Comité Hospital & Transport Surge Capacity) ; le Dr Erika Vlieghe (pour le Comité scientifique) et le Dr Geert Meyfroidt (président de l'association belge des soins intensifs). <https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/Courrier%20aux%20h%C3%B4pitaux%20-%20soins%20intensifs%20foyers%20d%C3%A9pid%C3%A9mie%20retour%20en%20institution.pdf>.

124 SPF Santé publique, Circulaire, COVID-19. Soutien au secteur des soins aux personnes âgées, 29/7/2020. https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/Circulaire_Surge%20Capacity_FR_200728%20-%20collaborations%20h%C3%B4pitaux%20-%20MR-MRS-collectivit%C3%A9s.pdf.

125 Lignes directrices VAZG, 10/4/20. Voir : le 24/3, le ministre a également communiqué sur son site Internet que les directives de la SBGG ne visent pas à libérer des capacités dans les hôpitaux et qu'elles ne peuvent pas être utilisées par les hôpitaux pour refuser des résident-e-s de MR/MRS. Communication Wouter Beke, 24/3/20, <http://www.wouterbeke.be/nieuws/richtlijn-rond-levenseinde-in-woon-zorgcentra/>.

126 Cette circulaire ne figure plus sur le site d'Iriscare, mais Amnesty International en possède une copie. Une autre circulaire d'Iriscare, datée du 27/3/2020, reprend et confirme ce même paragraphe. On peut la trouver sur : https://gibbis.be/images/20200327_circulaire_di-riscare_aux_MR.PDF.

127 Principes éthiques concernant la proportionnalité des soins intensifs lors de la pandémie COVID-19 en Belgique en 2020 : avis de la Société belge de médecine intensive - mise à jour le 26/03/2020. http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf.

échelle clinique de fragilité afin que le bon choix puisse être fait en cas d'urgence » et présentait un organigramme pour aider à faire une analyse risques/bénéfices¹²⁸.

Ces consignes ont peut-être été mal interprétées, comme un avis signifiant qu'il n'y aurait pas de transfert des résident·e·s affaibli·e·s des MR/MRS vers les hôpitaux. Rétrospectivement, le président de la SBGG a reconnu que l'organigramme présentait des lacunes et qu'il ne fournissait pas suffisamment d'indications sur le document et que les auteur·e·s n'avaient pas accordé suffisamment d'attention à la manière dont les indications seraient présentées dans les médias et dont le grand public les comprendraient¹²⁹.

En l'absence de conseils sans équivoque, les médecins et les administrateur·rices·s d'hôpitaux et de MR/MRS ont fondé leur conduite et leurs décisions de renvoi sur les protocoles indicatifs susmentionnés, sur leur expérience et sur leur compréhension liée à la couverture médiatique¹³⁰. Alors que ces « recommandations éthiques » étaient prévues en cas de saturation des hôpitaux et donc de nécessité de tri, elles ont été appliquées préventivement, pour ne pas engorger ceux-ci. « On a refusé d'hospitaliser des patients âgés, alors même que les soins intensifs n'ont jamais été saturés », a confirmé à Amnesty International Bertrand Draguez, le président de MSF¹³¹.

« En ce qui concerne la coopération avec les hôpitaux, le sentiment a été créé qu'il fallait éviter autant que possible d'amener des personnes des centres de soins résidentiels vers les hôpitaux », souligne Geert Uytterschaut, directeur du VLOZO¹³². Le directeur d'une maison de repos en Flandre a expliqué à Amnesty International : « Jusqu'à la fin mars, il ne nous est même pas venu à l'esprit d'envoyer des gens à l'hôpital parce que tout le monde (médecins, médias, hôpital) disait que cela n'aidait pas et qu'ils ne pouvaient pas faire beaucoup plus que ce que nous faisons dans la maison de repos. Le médecin ne venait plus, nous devons donc décider nous-mêmes si quelqu'un devait aller à l'hôpital ou non... Je crois que le gouvernement fédéral avait peur que les hôpitaux soient inondés. (...)»¹³³.

Comme les MR/MRS ont estimé qu'elles devaient éviter de transférer les résident·e·s malades vers les hôpitaux pour tenter d'empêcher qu'ils soient débordés, il y a également eu des malentendus sur ce qui était médicalement possible et utile pour les patient·e·s atteint·e·s de la COVID-19. L'impact potentiel sur la qualité et l'intensité des soins est inquiétant. Comme l'a déclaré un directeur de maison de repos à Amnesty International : « Après le 5 avril, (...) nous avons envoyé trois personnes à l'hôpital, deux d'entre elles se sont rétablies. Quand j'entends dire après coup que ces gens ont été soignés, qu'ils ont reçu des antibiotiques massifs, de la cortisone et du plaquenil [à l'hôpital], alors qu'ici ils n'ont reçu que du Dafalgan [paracétamol]. Et de la morphine lorsqu'ils prenaient le mauvais chemin »¹³⁴.

L'État est responsable de garantir l'accès aux soins de santé sans discrimination¹³⁵. Surtout au cours des premiers mois de la réponse à la pandémie, en raison des conseils qui visaient à éviter de surcharger les hôpitaux et du manque de consignes claires pour les MR/MRS, les gestionnaires, les médecins et le personnel des MR/MRS se sont senti·e·s obligé·e·s d'éviter de transférer les personnes âgées malades à l'hôpital. Une analyse plus approfondie et un examen public devraient permettre de clarifier d'où venait cette pression perçue et qui aurait dû y faire face.

128 « Veuillez évaluer de manière proactive les patients dans les centres de soins résidentiels à l'aide de l'échelle de fragilité clinique afin de pouvoir faire le bon choix en cas d'urgence » <https://geriatrie.be/fr/>.

129 Nele Van Den Noortgate, professeur, secrétaire générale de l'Association belge de gérontologie et de gériatrie, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>.

130 Kurt Stabel, interview, 4/9/20.

131 Interviewé le 10/9/20.

132 Audition du Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1596010> (traduction).

133 Interviewé le 8/9/20.

134 Interviewé le 8/9/20.

135 Interviewé le 8/9/20.

Quoi qu'il en soit, il est clair que de nombreux-ses résident-e-s de MR/MRS n'ont pas eu accès aux soins de santé adéquats et que certaines personnes âgées sont probablement décédées prématurément de ce fait. Amnesty International est préoccupée par le fait que l'État n'a pas pris toutes les mesures nécessaires et opportunes pour protéger de manière adéquate les personnes les plus susceptibles de tomber gravement malades si elles contractent la COVID-19, ce qui fait que les résident-e-s des MR/MRS représentent un pourcentage disproportionnellement élevé des décès liés à cette maladie. Rappelons que 61,3 % des personnes décédées de la COVID-19 entre le 11 mars 2020 et le 23 octobre 2020 étaient des résident-e-s de MR/MRS.¹³⁶

5.3 DES SOINS MÉDICAUX LIMITÉS DANS LES MR/MRS

La pandémie et les mesures prises pour la contrer ont également eu un impact sur les soins médicaux dont les résident-e-s ont pu bénéficier dans les MR/MRS.

Il est évident que certaines personnes âgées étaient trop fragiles pour être hospitalisé-e-s en soins intensifs. Un grand nombre d'entre elles ne désiraient d'ailleurs pas l'être. Le projet thérapeutique, discuté en dehors de toute situation d'urgence, permet de connaître leurs volontés¹³⁷.

Or, plusieurs médecins et membres du personnel des maisons de repos interrogé-e-s ont témoigné que les projets thérapeutiques des résident-e-s ont trop rarement été pris en compte et les patient-e-s ou leur famille étaient peu souvent consulté-e-s. Le *Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* (Conseil flamand pour le bien-être, la santé publique et la famille) a également constaté que la participation des résident-e-s et de leurs proches aux soins palliatifs et de fin de vie n'était pas toujours garantie¹³⁸. Le droit au consentement éclairé fait pourtant partie intégrante de la loi sur les droits du patient¹³⁹ et la liberté de choix est un droit essentiel qui ne peut s'émousser avec l'âge.

La situation était d'autant plus compliquée à gérer que les visites de routine des médecins généralistes ont été suspendues du 15 mars (23 mars en Flandre¹⁴⁰) au 18 juin¹⁴¹. Cette décision a été justifiée par le fait que les médecins ne disposaient ni des tests ni du matériel de protection nécessaire (voir ci-dessous). Dès lors, seules les visites demandées par le personnel de la maison de repos étaient autorisées, les autres consultations se passant par téléphone¹⁴².

Certain-e-s médecins généralistes ont dit à Amnesty International qu'ils-elles ne voulaient ou n'osaient pas entrer dans les MR/MRS, même lorsqu'ils-elles y étaient autorisé-es. En Flandre, très vite, les MCC (médecins coordinateur-ice-s et conseiller-e-s) se sont organisé-e-s pour regrouper les consultations dans le but de limiter le nombre de contacts. Ainsi, les résident-e-s pouvaient voir un-e généraliste, même si ce n'était pas leur médecin traitant habituel.

136 https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID-19_Weekly_Pub_NH_NL_2020_10_21.pdf.

137 Lors de l'élaboration du projet thérapeutique, on demande à la personne âgée (ou à sa famille) quelles sont ses volontés : dans telle ou telle situation précise, souhaite-t-elle être hospitalisée, réanimée, opérée ? Ou préfère-t-elle finir ses jours dans la maison de repos ?

138 Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *Lessen trekken uit de coronacrisis. Aan de slag met hindernissen en opportuniteiten in het beleidsdomein WVG*, 9/7/20, https://www.vlaamseraadwvg.be/sites/default/files/documenten/Vlaamse%20Raad%20WVG_IK_20200709_Coronacrisis_ADV_DEF.pdf.

139 Loi du 22/8/2002 relative aux droits du patient, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245.

140 Agence pour les soins et la santé, lignes directrices, 23/3/20.

141 « Sur recommandations de l'AFRAMECO (Association des médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos), les visites de routine des médecins traitants sont supprimées, seules les visites demandées par le personnel soignant interne à l'établissement sont permises. Ces instructions sont en lien avec celles de l'INAMI: visites non essentielles supprimées », écrit Christie Morreale, la ministre wallonne de la Santé, dans un courrier adressé à Amnesty International le 6/10/20.

142 Mesures exceptionnelles de l'INAMI dans la crise du Covid-19 : Important pour les médecins.

La priorité détaillée ci-dessus accordée à la gestion de la crise dans les hôpitaux a encore limité la disponibilité des médecins généralistes¹⁴³. Un directeur de maison de repos précise :

*« À l'époque, même les médecins généralistes étaient obligés de soutenir les hôpitaux, alors que nous avions besoin d'un soutien ici. Ils ont été emmenés loin d'ici ».*¹⁴⁴

Le fait d'avoir moins de contacts avec leur médecin traitant(e) a été préjudiciable pour les résident-e-s. D'une part, parce que les visites régulières permettent de détecter la détérioration de l'état d'un-e patient-e et parfois de le-la sauver et d'autre part, parce que les médecins traitant-e-s sont à même de contribuer à assurer aux aîné-e-s une fin de vie plus sereine, comme l'explique la Dr Anne Gillet, médecin généraliste : « Pour permettre aux aînés de mourir dans le confort et la dignité, nous avons des protocoles de détresse ; s'ils s'asphyxient, nous disposons d'injections apaisantes. Hors crise du COVID, on garde les résidents en maisons de repos et on organise des soins supportifs et palliatifs. Et ça, nous n'avons pas pu le faire, c'est ça le drame ! La situation nous a empêchés de mettre notre science à leur service »¹⁴⁵.

La loi belge sur les droits du patient précise en effet que : « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite »¹⁴⁶.

Dans son Observation générale n° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels précise que les soins doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Amnesty International craint que le manque d'accès adéquat aux médecins généralistes et aux soins palliatifs ait pu porter atteinte aux droits à la santé des résident-e-s des MR/MRS.

5.4 DES EXIGENCES TROP IMPORTANTES POUR LE PERSONNEL DES MR/MRS

Les MR/MRS se concentrent généralement sur la qualité de vie et le bien-être de leurs résident-e-s et tentent de leur offrir une fin de vie digne et confortable. Il s'agit d'une réorientation du modèle de soins aux personnes âgées qui était auparavant davantage axé sur la médecine¹⁴⁷. Naturellement, en raison de la fragilité de nombreux résident-e-s des MR/MRS, la fourniture de soins médicaux reste un aspect crucial du rôle des MR/MRS.

Cependant, pendant la première phase de la pandémie, les MR/MRS ont fourni des soins à des résident-e-s qu'en d'autres circonstances, elles auraient transféré-e-s à l'hôpital. L'expertise du personnel, en particulier des aides-soignant-e-s, en matière de sécurité et d'hygiène n'était pas toujours suffisante, selon des responsables des MR/MRS interrogé-e-s et un gestionnaire de crise¹⁴⁸. Pendant l'épidémie, ils ont dû rattraper leur retard¹⁴⁹, souvent avec l'aide des directeurs-riche-s, de

143 <https://www.domusmedica.be/actueel/triageposten-operationeel-vlaanderen-en-brussel>.

144 Kurt Stabel, directeur du WZC Buitenhof, Brasschaat, Interview 4/9/20 (traduction).

145 Interviewée le 27/9/20.

146 Loi du 22/8/2002 relative aux droits du patient, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245.

147 Cf. les entretiens avec toutes les organisations faitières et certain-e-s directeurs-riche-s de MR/MRS, qui confirment et soutiennent cette réorientation.

148 Stef Bossaerts, gestionnaire de crise des MR/MRS, audition du Parlement flamand, 419, n° 2, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1587382>.

149 Fin 2019, la VAZG a organisé plusieurs formations à travers la Flandre sur la prévention des infections, ainsi qu'un manuel en janvier 2020, mais ces formations n'ont pas été bien suivies. Jan De Lepeleire, médecin de MR/MRS, membre de l'Association belge de gériatrie et de gériatrie, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>.

Médecins sans frontières¹⁵⁰, d'autres ASBL¹⁵¹ ou de collègues des hôpitaux¹⁵² — bien que toutes les MR/MRS n'aient pas bénéficié d'un tel soutien. Dans une enquête de la FEBEZO d'avril 2020, par exemple, 73,99 % des prestataires de soin ont déclaré ne pas avoir reçu de soutien du personnel hospitalier¹⁵³.

Fin avril, puis en juin¹⁵⁴, plus de la moitié des prestataires de soin des MR/MRS ont encore indiqué qu'ils-elles n'avaient pas reçu de formation sur l'utilisation correcte des EPI et qu'ils-elles n'étaient pas bien informé-e-s. Certain-e-s n'avaient pas mis en pratique les mesures de prévention des infections depuis leurs études ou leur stage¹⁵⁵.

Plusieurs directeur-ice-s de MR/MRS ont déclaré à Amnesty International que tant les prestataires de soin que les infirmier-e-s avaient du mal à suivre les directives sur la prévention des infections. Certain-e-s ont souligné que l'évolution constante des directives gouvernementales (décrites ci-dessous) était source d'incertitudes supplémentaires pour le personnel¹⁵⁶.

Deux directeur-ice-s de MR/MRS, qui fournissaient des soins médicaux aux personnes âgées atteintes de COVID-19, ont spécifiquement déploré le manque de gériatres dans les établissements pendant la crise¹⁵⁷, même si certain-e-s ont pu compter sur le soutien bénévole de médecins généralistes¹⁵⁸ et de médecins et infirmier-e-s hospitalier-e-s qui sont allé-e-s aider dans les maisons de repos, tout comme les infirmier-e-s à domicile¹⁵⁹.

Bien que le gouvernement flamand ait annoncé une aide gériatrique pour les MR/MRS en avril¹⁶⁰, dans la pratique, il n'y avait pas suffisamment d'expert-e-s en gériatrie pour les conseiller. Selon le directeur d'une maison de repos, cela aurait pu éviter de nombreux problèmes¹⁶¹.

Certaines MR/MRS n'avaient pas une capacité de gestion suffisante¹⁶². MSF a déclaré que celles qui disposaient d'infirmier-e-s en chef et/ou d'une cellule de crise étaient généralement mieux équipées pour faire face aux défis organisationnels liés à la crise¹⁶³. La nomination d'un-e infirmier-e en chef et d'un comité sur les questions de prévention des infections était l'une des recommandations de l'étude de 2006 sur la préparation aux flambées infectieuses¹⁶⁴.

150 Stef Bossaerts, *ibidem*.

151 La Belgische Federatie voor Zorgkundigen (FEBEZO) a développé une plateforme d'e-learning en collaboration avec l'université HOWEST. Paul Cappelier, président de la Belgische Federatie voor Zorgkundigen, audition du Parlement flamand, 419, n° 4, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1591569>.

152 Philippe Schollaert, directeur du WZC De Zilverberg, Motena, Roulers, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>.

153 FEBEZO, Situation actuelle COVID-19 Centres de soins résidentiels et établissements de soins flamands, 26/4/20, https://www.befezo.be/sites/default/files/blog/publieke_bestanden/resultaten_versie_6_200420.pdf.

154 Dans une enquête de la FEBEZO d'avril 2020, 66,04 % des prestataires de soin déclarent ne pas avoir reçu de formation sur l'utilisation des EPI et ne pas savoir s'en servir correctement. FEBEZO, *Huidige situatie COVID-19 Woonzorgcentra en Vlaamse zorgvoorzieningen*, 26/4/20, https://www.befezo.be/sites/default/files/blog/publieke_bestanden/resultaten_versie_6_200420.pdf. Dans une autre enquête de juin 2020, 57,72 % des prestataires de soin déclarent ne pas avoir reçu de formation sur la manière d'utiliser correctement les EPI, et 59,99 % indiquent qu'ils-elles ne sont pas suffisamment bien informé-e-s. 76,5 % des personnes interrogées ont exprimé le besoin d'une formation complémentaire sur la COVID-19. FEBEZO, *Grote bevraging rond COVID-19 voor zorgkundigen*, 12/6/20, https://www.befezo.be/sites/default/files/blog/publieke_bestanden/resultatenbevraging_kort_200612.pdf. La Fédération belge des *zorgkundigen* a elle-même développé un e-learning. Paul Cappelier, président de la Belgische Federatie voor Zorgkundigen, audition du Parlement flamand, 419, n° 4, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1591569>.

155 Vlaamse Ombudsdienst, *op. cit.*, p. 12.

156 Naiké Costa, interview, 4/9/20 ; Geert Polfliet, interview, 4/9/20.

157 *Ibidem*.

158 Naiké Costa, interview 4/9/20.

159 Declercq A. et al, *Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19 ?* OSE Paper Series, Opinion Paper No.23, 7/2020, 13 p.

160 Voir : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Update%20maatregelen%20WZC%2029-05-2020%20ifv%20doorstart%20DEF.pdf>.

161 Guy Claeys, directeur du WZC Sint-Bernardus, Bassevelde, audition du Parlement flamand, 419, n° 2, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1587382>.

162 Jan De Lepeleire, audition du Parlement flamand, 419, n°3, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1588561>.

163 MSF, *op. cit.*, p. 18.

164 Groupe de travail sur la lutte contre les infections associées aux soins dans le secteur des maladies chroniques, *Voorstel voor een wetgevend initiatief voor de beheersing van zorginfecties in Woon- en Zorgcentra (WZC)*, 2006, <https://adoc.tips/download/voorstel-voor-een-wetgevend-initiatief-voor-de-beheersing-va.html>.

Les gouvernements belges ont pris des mesures pour combler les lacunes en matière de capacités¹⁶⁵ et de formation¹⁶⁶. Le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible souligne que les États devraient « allouer davantage de ressources pour assurer la prestation de soins gériatriques et faire en sorte que tous les membres du personnel médical, indépendamment de leur domaine de spécialisation ou de leur profession, reçoivent une formation appropriée pour être à même de traiter les questions de santé spécifiquement associées au vieillissement »¹⁶⁷.

Comme l'a déclaré le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, il est essentiel de veiller à ce que les établissements de soins disposent « d'un nombre suffisant de personnel qualifié, d'une formation régulière et appropriée et d'une surveillance rigoureuse pour assurer un environnement sûr aux personnes âgées »¹⁶⁸.

Dans le chapitre sur les lacunes structurelles, nous avons mentionné qu'il y a un consensus en Belgique sur le fait que le personnel des MR/MRS était insuffisant au départ et que les structures n'avaient pas de plan pour faire face à une épidémie. Partant de là, les tâches et les attentes supplémentaires à l'égard du personnel des MR/MRS étaient tout simplement trop importantes : les MR/MRS étaient censées s'occuper de personnes qui, autrement, auraient été traitées à l'hôpital (voir ci-dessus), mais avec des visites moins fréquentes des médecins (voir ci-dessus), avec moins d'assistance informelle (bénévoles et parent-e-s) de l'extérieur, tandis qu'un plus grand nombre de soignant-e-s s'absentaient pour cause de maladie ou d'isolement. « À un certain moment, le personnel pleurait dans les couloirs », a déclaré à Amnesty International le directeur d'une maison de repos : « Au plus fort de l'épidémie, il était difficile de fournir ne serait-ce que des soins de base à nos résidents »¹⁶⁹.

5.5 UNE FAIBLE CAPACITÉ DE TEST

« [Vous] devez tester et isoler. Vous ne pouvez pas combattre un incendie les yeux bandés. Nous avons un message simple pour tous les pays : testez, testez, testez ».

Le Dr Tedros Ghebreyesus, directeur général de l'OMS¹⁷⁰

L'OMS a toujours soutenu que les tests constituent l'épine dorsale de la réponse à la pandémie de COVID-19. Le dépistage des résident-e-s et du personnel des MR/MRS est considéré comme une

165 À partir du 5 avril, les MR/MRS flamandes pouvaient demander une aide financière pour engager un gestionnaire de crise. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/managementondersteuning-voor-voorzieningen-in-nood-door-corona>. Selon la réponse du ministre à Amnesty International, 20 MR/MRS avaient demandé cette aide. Lettre du ministre Wouter Beke à Amnesty International, 8/10/20.

166 Bien que MSF ait insisté sur l'importance des équipes mobiles pour soutenir et former le personnel des maisons de soins depuis avril, le gouvernement flamand n'a introduit cette mesure que le 12 juin. MSF, *op. cit.*, et <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-vlaanderen-installeert-verdedigingslinie-tegen-nieuwe-uitbraken>. En Wallonie, le programme de formation des directeur-ices-s de maisons de repos comportera désormais un module sur la gestion de crise et l'hygiène. Quant aux formations des prestataires de soins, elles seront également adaptées, comme le prévoit le Plan d'action en cas de rebond de la COVID-19 ou de nouvelle épidémie, lancé le 26 juin, par la ministre de la Santé, Christie Morreale. <https://morreale.wallonie.be/home/presse-actualites/publications/la-wallonie-sort-son-plan-daction-en-cas-de-rebond-du-covid-19-et-de-nouvelle-epidemie.publicationfull.html>.

167 Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, *Monographie sur la réalisation du droit à la santé des personnes âgées*, A/HRC/18/37, § 18, <https://undocs.org/fr/A/HRC/18/37>.

168 Rapport du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe Thomas Hammarberg, suite à sa visite en Irlande du 1^{er} au 2 juin 2011, CommDH (2011) 27, § 28, (traduction), <https://rm.coe.int/16806db892>.

169 Directeur anonyme d'une maison de repos, interview, 4/9/20.

170 Discours d'ouverture du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur COVID-19, 16/3/20, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>.

mesure cruciale, mais ces établissements ont eu un accès très inégal au dépistage, surtout pendant la première phase, ce qui a eu des conséquences inquiétantes.

Le 17 mars, les fédérations de maisons de repos (Fédérations CPAS wallonne et bruxelloise, VVSG, Femarbel, Unessa et Santhea) envoient à Maggie De Block, la ministre fédérale de la Santé, un courrier lui demandant notamment du matériel de dépistage¹⁷¹.

Fin mars, la situation se dégrade dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Les décès y sont de plus en plus nombreux, et ce dans les trois régions du pays.

Comme décrit ci-dessus, les résident-e-s des MR/MRS qui avaient été hospitalisé-e-s, mais qui étaient stables, ont été ramené-e-s dans leur établissement. Christie Morreale, ministre de la Santé de la Région wallonne, a déclaré à Amnesty International qu'elle avait imposé que seules les personnes dont le test était négatif puissent entrer ou être renvoyées dans les MR/MRS. Certains hôpitaux ont cependant refusé de tester les patient-e-s asymptomatiques en raison des directives du gouvernement fédéral qui, à l'époque, n'autorisait le test que pour les patient-e-s symptomatiques¹⁷².

En raison de la grande vulnérabilité des résident-e-s, la nécessité de tester dans les MR/MRS se fait de plus en plus pressante. Le secrétaire général de la FEMARBEL, Vincent Frédéricq, alerte sur la nécessité de dépister tout le personnel : « c'est vital. Le personnel a peur, il y a de l'absentéisme et si on ne peut le rassurer, on va arriver à une situation où il n'y aura plus assez d'encadrement pour assurer une qualité de soins »¹⁷³.

Le 4 avril, la décision est enfin prise de lancer une première phase de dépistage dans les MR/MRS et 20 000 tests leur sont réservés : la Flandre en recevra 11 243, la Wallonie 6 597, la Région de Bruxelles-Capitale 2 054 et la Communauté germanophone 1 061¹⁷⁴. Chaque autorité choisit d'organiser le testing comme elle l'entend, car la quantité de kits disponibles ne représente qu'une goutte d'eau par rapport aux besoins. La totalité des employé-e-s des MR/MRS (118 750) ne peut donc être testée à ce stade — et de loin. Du 15 avril au 3 mai a lieu une deuxième phase de dépistage visant à tester l'ensemble du personnel et des résident-e-s dans toutes les maisons de repos du pays¹⁷⁵.

Sans capacité de dépistage généralisé dans les MR/MRS avant, au plus tôt, la mi-avril, il n'a pas été possible d'écarter à temps les soignant-e-s et le personnel d'entretien contaminé-e-s. Les membres du personnel asymptomatiques porteurs-euses du virus sans le savoir ont donc continué à travailler et à contaminer les résident-e-s.

Cette situation a suscité la peur chez certaines personnes âgées. Elle a aussi provoqué une grande inquiétude parmi les soignant-e-s qui craignaient d'être porteur-euse-s asymptomatiques du virus et de contaminer les résident-e-s et leurs collègues.

171 COVID-19. *Matériel de protection et de détection. Priorité du personnel des établissements d'accueil de personnes âgées et des services à domicile*, lettre à Maggie De Block, le 17/3/2020.

172 « Le 29 mars, face au constat que les MR/MRS comptaient un nombre croissant de retours d'hospitalisation de résidents sans que ceux-ci ne soient testés, j'ai imposé un certificat de non-contagion dans l'ensemble des maisons de repos wallonnes (...) Concrètement, ce certificat a été demandé pour toute entrée ou tout retour - après une hospitalisation - de résidents dans une MR-MRS. », Courrier adressé à Amnesty International par Christie Morreale, 6/10/20.

173 Rtb.be, « Coronavirus en Belgique : "Le sacrifice a ses limites", le personnel soignant à bout de souffle », 2 avril 20. https://www.rtb.be/info/societe/detail_coronavirus-en-belgique-le-sacrifice-a-ses-limites-le-personnel-soignant-a-bout-de-souffle?id=1047410.

174 <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/la-capacite-de-test-depasse-les-10-000-par-jour-en-belgique.html>.

175 La Wallonie reçoit 67 000 tests, la Région de Bruxelles-Capitale 20 000 et la Flandre 121 000. Voir [medi-sphere.be](https://www.medi-sphere.be), "Une personne sur six positive au coronavirus dans une maison de repos est asymptomatique", 15/4/20, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/une-personne-sur-six-positive-au-coronavirus-dans-une-maison-de-repos-est-asymptotique.html>. Voir aussi : Deuxième phase de dépistage fédérale dans les institutions d'hébergement pour personnes âgées agréées par l'AViQ, lettre de la ministre de la Santé, Christie Morreale aux directions de MR/MRS, le 14/4/20, http://www.aframeco.be/system/files/Circulaire_Despiage_MR_MRS_phase_II_14_04_20.pdf#overlay-context=node/466.

« Parmi le personnel, le sentiment d'impuissance et de désespoir, l'anxiété, la panique, la tristesse, la culpabilité et la colère ont été les symptômes liés à la crise les plus observés »¹⁷⁶.

Sans tests précoces, il n'a pas non plus été possible d'isoler ou de regrouper les résident-e-s infecté-e-s.

Enfin, faute de pouvoir être testé-e-s dès l'apparition de symptômes ressemblant à ceux de la COVID-19, de nombreux-ses membres du personnel ont contacté leur médecin traitant-e qui, par précaution, les a écarté-e-s en leur délivrant un certificat médical. Dans certaines maisons de repos, la main d'œuvre a cruellement manqué de la troisième semaine de mars à la fin avril environ menaçant, voire mettant parfois à mal, la continuité des soins¹⁷⁷. Si des tests avaient pu être réalisés à temps, ce personnel n'aurait pas été écarté et des soins de plus grande qualité auraient pu être apportés aux résident-e-s. « Dès que nous avons eu les résultats des tests, nous avons rapidement retrouvé la maîtrise de la situation », confirme Vincent Frédéricq.

Une politique tardive et inadéquate de testing a contribué à répandre la COVID-19 dans de nombreuses MR/MRS, où on a enregistré un nombre élevé de décès. La capacité générale de test était faible, mais compte tenu de la vulnérabilité des résident-e-s et du caractère essentiel du personnel des maisons de repos, le gouvernement aurait dû leur donner accès à des tests au même titre qu'aux travailleur-euse-s de la santé.

Dès le 16 mars, l'OMS recommandait de « tester, tester, tester »¹⁷⁸. Ce n'est pourtant qu'un mois plus tard qu'un dépistage généralisé débutera dans les maisons de repos en Belgique. « On ne peut pas combattre un incendie les yeux bandés », a déclaré le directeur général de l'OMS. C'est pourtant dans cette situation que les autorités fédérales ont placé les MR/MRS.

Les tests réguliers pour le personnel des maisons de repos — qui avaient été demandés de manière urgente par le secteur depuis mars et qui sont considérés par les expert-e-s comme la mesure de protection la plus cruciale contre la transmission en général, et contre la transmission dans les maisons de repos en particulier — n'ont été annoncés qu'en août 2020¹⁷⁹, avec un maximum d'un test par mois pour le personnel, et non pour les résident-e-s¹⁸⁰. Le 19 octobre, la Conférence interministérielle a décidé de suspendre à nouveau le dépistage préventif dans les MR/MRS (sauf pour les nouveaux-elles résident-e-s et les personnes hospitalisées)¹⁸¹.

Le fait que le gouvernement n'a pas veillé à ce que les maisons de repos, accueillant certaines des personnes les plus exposées aux risques liés à la COVID-19, aient accès à un dépistage régulier pour les résident-e-s et le personnel constitue une violation de son obligation de protéger le droit à la vie et le droit à la santé du personnel et des résident-e-s, sans discrimination.

176 MSF, *op. cit.*, p. 4.

177 MSF, *op. cit.*, p. 19 et témoignage de directeurs de MR/MRS à Amnesty International.

178 Discours d'ouverture du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur COVID-19 - 16/3/20, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>.

179 Le 5 août, en Conférence interministérielle (CIM), les différent-e-s ministres de la Santé publique du pays s'accordent sur la stratégie et les priorités de dépistage. Lorsqu'une commune atteindra un taux d'incidence dépassant les 50 cas de COVID-19 confirmés/100 000 habitant-e-s sur 14 jours (zone épidémique), l'ensemble du personnel des MR/MRS (soignant-e-s, non soignant-e-s, indépendant-e-s, jobistes, étudiant-e-s, bénévoles, volontaires) sera testé préventivement. Covid-19 – Testing préventif des membres du personnel des collectivités résidentielles pour aînés (Maisons de Repos et Maisons de repos et de soins) dont l'établissement est situé en zone épidémique, lettre de Christie Morreale aux directeurs de maisons de repos, 28/8/20, <https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/20200828155703750.pdf>.

180 Avec un maximum d'une fois par mois et lorsqu'un certain seuil est franchi dans la commune, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-woonzorgcentra-voorbereid-op-het-najaar>.

181 Conférence interministérielle santé publique, Communiqué de presse, 19/10/20, https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/20201019_IMCVG_perscommuniqu%C3%A9_FR.pdf.

5.6 DES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE INSUFFISANTS

« Chaque fois qu'une soignante entrait dans ma chambre pour m'aider à faire ma toilette, j'avais peur. Je me demandais si le COVID n'entrait pas avec elle »,

Henriette (nom d'emprunt), 87 ans

« On doit avoir l'honnêteté de dire que nous avons abordé la crise tout nus. Il n'y avait pas de plan d'urgence dans les maisons de repos. Nous avons dû le créer de toutes pièces. Cela a engendré un effet de retard dramatique. Il n'y avait pas non plus de stock stratégique au niveau de l'État fédéral. Nous sommes donc arrivés tout nus sans procédures et sans matériel. » - Alain Maron, ministre bruxellois de la Santé¹⁸²

En 2019, la ministre fédérale belge de la Santé a décidé de détruire un lot de millions de masques FFP2. Ce stock stratégique avait été reconstitué pour la dernière fois en 2009, en réponse à l'épidémie de grippe A/H1N1. Les masques avaient atteint leur date de péremption et n'avaient pas été remplacés, bien que les expert-e-s disent avoir conseillé de le faire¹⁸³. Les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été réapprovisionnés sont liées à des préoccupations budgétaires¹⁸⁴.

Ce dangereux manque de préparation et l'énorme demande internationale de masques faciaux ont été le point de départ d'une pénurie qui allait prendre des mois à se résorber et — exacerbée en outre par des informations sur des offres frauduleuses et sur de lots de qualité inférieure — ont provoqué des inquiétudes et des situations dangereuses. La pénurie générale de masques et autres EPI et la priorité accordée à la protection du personnel hospitalier sont dès lors rapidement devenues des préoccupations centrales pour le personnel soignant et les résident-e-s des maisons de repos.

Le 17 mars, les fédérations de maisons de repos, soit les Fédérations CPAS (flamande, wallonne et bruxelloise), VVSG, Femarbel, Unessa et Santhea) envoient à la ministre fédérale de la Santé un courrier, lui demandant du matériel de protection et de dépistage. « Nous demandons instamment que non seulement les hôpitaux et les services d'urgence soient fournis, mais aussi certainement tous les travailleurs d'établissement d'accueil pour personnes âgées et de services domicile. » La réponse de la ministre, le 26 mars, est que la pénurie de masques est un problème mondial et qu'il est nécessaire de « rationaliser leur distribution et leur usage lorsque nous aurons des stocks disponibles. (...) Afin de dispatcher les masques de manière efficace, les autorités ont désigné les groupes cibles suivants comme prioritaires : les hôpitaux, les ambulances, les centres de tri, les professionnels de la santé en général, le personnel des laboratoires et les cas suspects/confirmés en collectivités résidentielles »¹⁸⁵. En d'autres termes, garantir l'accès aux masques faciaux dans les MR/MRS où il n'y avait pas (encore) de cas de COVID-19 n'était pas une priorité.

Pendant ce temps, l'épidémie ne cessait de s'étendre dans les maisons de repos. Le personnel y travaillait sans matériel de protection : ni masques, ni visières, ni blouses, ni gants, ni charlottes, ni

182 RTBF, « Crise du coronavirus dans les maisons de repos : "C'était de l'euthanasie passive" », I.L. avec S. Mergen, 15/5/20, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_crise-du-coronavirus-dans-les-maisons-de-repos-c-etait-de-l-euthanasie-passive?id=10502740.

183 RTBF, « Coronavirus: la Belgique victime d'une fraude? Les masques attendus dimanche soir n'arriveront pas », Aubry Touriel, 15/3/20, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_coronavirus-ce-n-est-pas-sur-que-les-commandes-de-masques-arrivent-en-belgique?id=10458280.

184 *Le vif.be*, « Quand Maggie De Block faisait détruire six millions de masques contre le coronavirus... sans les remplacer », Nicolas De Decker, le 23/03/20, <https://www.levif.be/actualite/belgique/quand-maggie-de-block-faisait-detruire-six-millions-de-masques-contre-le-coronavirus-sans-les-remplacer/article-normal-1268215.html>.

185 Courriel du SPF Santé publique, le 26/3/20.

surchaussions ni même gel, parfois¹⁸⁶. « Pour de nombreux employés, il était douloureux de voir le matériel dont ils devaient se contenter, alors que le personnel hospitalier était enveloppé dans des EPI pour entrer dans les chambres “covid”. Il n’y avait pas de masques FFP2, ils se mettaient en danger pour fournir les soins dont les résidents avaient besoin », a déclaré Iris Demol, de l’organisation faïtière VVSG, à Amnesty International¹⁸⁷.

« Nous avons peur de ramener le COVID à la maison et de contaminer nos familles, mais aussi d’être nous-mêmes des facteurs de transmission de la maladie aux résidents », se souvient Lauriane, infirmière dans une maison de repos¹⁸⁸. Cette angoisse était bien présente aussi chez certain-e-s résident-e-s : « Chaque fois qu’une soignante entrait dans ma chambre pour m’aider à faire ma toilette, j’avais peur. Je me demandais si le Covid n’entrait pas avec elle », témoigne Henriette, 87 ans¹⁸⁹.

Dans les maisons de repos, la débrouille règne¹⁹⁰ : des directeur-ric-e-s et médecins coordinateur-trice-s vont acheter des masques FFP3¹⁹¹ et des blouses de peinture dans des magasins de bricolage¹⁹², d’autres utilisent des sacs-poubelle comme surblouse ou font appel à de bonnes volontés pour leur coudre des protections en tissu¹⁹³. Certaines MR/MRS disposaient toutefois de leur propre stock, destiné à la gestion des épidémies habituelles, « mais pas de quoi mettre un masque par jour et par personne pendant des semaines », comme en a témoigné un directeur de maison de repos à Amnesty International¹⁹⁴. D’autres encore ont pu obtenir des masques de protection par le biais de réseaux privés¹⁹⁵ ou grâce aux économies d’échelle offerts par les maisons de repos appartenant à de grands groupes privés¹⁹⁶.

Cet esprit d’initiative a sans aucun doute sauvé de nombreuses vies, mais a également conduit à un stress supplémentaire et à des situations dangereuses : « Vers la mi-mars, nous avions un tablier dans le service, deux écrans par service, un masque buccal ordinaire, mais quand on entrait dans une chambre, il fallait mettre le même masque que la personne précédente »¹⁹⁷.

Les premières livraisons de masques dans les maisons de repos arriveront au compte-gouttes à partir du 23 mars, certaines fournies par le gouvernement fédéral, d’autres par les entités fédérées. De nombreuses institutions d’hébergement pour ainé-e-s tenteront de passer commande de leur côté. Toutefois, le manque de matériel de protection subsistera jusqu’à la mi-mai et parfois au-delà¹⁹⁸. Plusieurs lots reçus se révéleront non conformes, mettant la vie des soignant-e-s en péril¹⁹⁹.

186 *Le Soir.be*, « 10 mars -10 juin: trois mois de cauchemar au sein des maisons de repos », Sandra Durieux, 7/6/2020. <https://plus.lesoir.be/305584/article/2020-06-07/10-mars-10-juin-trois-mois-de-cauchemar-au-sein-des-maisons-de-repos>.

187 Iris De Mol, Association des villes et communes flamandes (VVSG), interview 11/9/20; Johan Poel, audition au Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1596010>.

188 Interviewée le 07/9/20.

189 Nom d’emprunt, interviewée le 07/9/20.

190 *Le Soir.be*, « 10 mars -10 juin: trois mois de cauchemar au sein des maisons de repos », Sandra Durieux, 7/6/2020. <https://plus.lesoir.be/305584/article/2020-06-07/10-mars-10-juin-trois-mois-de-cauchemar-au-sein-des-maisons-de-repos>.

191 Masque anti-poussière, utilisé pour le bricolage et sur les chantiers de construction.

192 Jean-François Moreau, président de l’AFRAMECO, Association francophone des médecins coordinateurs et conseillers, interviewé le 1/10/ 2020

193 MSF, *op. cit.*

194 Interviewé le 7/9/20.

195 « Il se trouve que je connaissais quelqu’un qui pouvait livrer des masques par l’intermédiaire de sa société en Chine. » (traduction), Naiké Costa, directrice du WZC Sint-Jozef Assenede, interview; 4/9/20.

196 Grâce au groupe plus important auquel appartient De Zilverberg, la maison de repos a reçu un soutien important pour l’achat des équipements nécessaires. Motena a même fourni des équipements de protection à la ville. Laurent Hostekint, directeur Care, Motena, Roeselare audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>.

197 Eva (nom d’emprunt), coordinatrice qualité d’une MR/MRS, interview, le 4/9/20.

198 Nouvelle distribution massive de masques en Wallonie : 1,7 million pour les professionnel-le-s qui travaillent dans les maisons de repos, les secteurs santé et social, communiqué de presse, cabinet de la ministre Christle Morreale, 19/5/20, <https://morreale.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/nouvelle-distribution-massive-de-masques-en-wallonie---17-million-pour-les-professionnels-qui-travaillent-dans-les-maisons-de-repos-les-secteurs-sante-et-social.publicationfull.html>.

199 Valéry Goblet, directeur général de la maison de repos « La Maison de Mariemont asbl », interviewé le 7/9/20.

Au moment où Amnesty International a interviewé les directeurs·rices de maison de repos, ils·elles disaient qu'ils disposaient de suffisamment de matériel, même si ce n'était pas toujours évident d'en estimer la qualité²⁰⁰.

« À un moment donné, nous avons dû décider qui avait accès à l'oxygène. » - Un directeur de maison de repos

Les maisons de repos manquaient également d'oxyconcentrateurs, nécessaires pour administrer l'oxygène aux patient·e·s COVID au sein des établissements d'hébergement pour les personnes âgées²⁰¹. Cette situation a été communiquée aux autorités, dès le début du mois de mars 2020, par l'organisation faîtière Zorgnet-Icuro²⁰² et par les maisons de repos individuelles²⁰³. Dans certaines MR/MRS, cela a conduit à des situations dans lesquelles les concentrateurs ont dû être échangés d'une personne à l'autre²⁰⁴. Un directeur raconte : « À un moment donné, nous avons également dû décider qui recevrait l'oxygène, j'étais tellement en colère à cause de ça. Avant la crise du corona, je travaillais sur le bien-être du personnel, et maintenant mon personnel a dû prendre de telles décisions »²⁰⁵. Ce n'est que fin mars que le ministre fédéral compétent s'est penché sur cette question et le problème était plus ou moins résolu au 10 avril²⁰⁶.

En mai, l'OMS a lancé un rappel à l'ordre général, précisant que : « Les États membres devront envisager de faire en sorte que les orientations les plus récentes soient dispensées et que l'équipement médical, les médicaments et les équipements de protection individuelle (EPI) soient fournis rapidement tant aux maisons de repos qu'aux services de soins à domicile »²⁰⁷.

À l'heure actuelle, les autorités ont assuré un stock de matériel de protection individuelle de trois mois²⁰⁸.

Le manque d'équipements de protection individuelle a eu un impact majeur sur la gravité de l'épidémie dans les maisons de repos et sur la façon dont la crise a été gérée. La professeure Nele Van Den Noortgate, secrétaire générale de l'Association belge de gérontologie et de gériatrie, a déclaré au Parlement flamand que de nombreuses épidémies dans les MR/MRS étaient causées par un personnel asymptomatique, qui prodigue souvent des soins sur plusieurs étages d'une MR/MRS. Et même le personnel malade a continué à travailler, sans équipement de protection suffisant²⁰⁹. Les professionnel·le·s de la santé ont déclaré à Amnesty International qu'ils·elles étaient convaincu·e·s

200 « Nous sommes harcelés par les fournisseurs, nous recevons des e-mails tous les jours, ils disent tous que les certificats sont en règle, mais nous ne sommes pas des spécialistes. Je sais que ce n'est pas le cas. C'est toujours un problème. Les surblouses sont meilleurs maintenant, il est encore difficile d'évaluer la qualité. » (traduction) Kurt Stabel, interview, 4/9/20.

201 Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *op. cit.*, p. 23.

202 Margot Cloet, directrice du management de Zorgnet-Icuro, audition du Parlement flamand, 419, n° 4, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1591569>.

203 Stefan Walgraeve, président du conseil d'administration de l'entreprise de soins Sakura, audition du Parlement flamand, 419, n° 1, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1587361>.

204 *Ibidem*.

205 Naiké Costa, interview, 4/9/20.

206 Margot Cloet, audition du Parlement flamand, 419, n° 4, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1591569>. Le ministre flamand a nié en juin qu'il y ait jamais eu de problème, mais selon Zorgnet-Icuro, cela pourrait s'expliquer par le fait que l'enquête a été réalisée tardivement par l'administration, <https://www.demorgen.be/nieuws/rusthuisbewoners-kregen-te-weinig-zuurstof-sommigen-moesten-na-een-uur-van-apparaat-gehaald-worden-b9507eed/>.

207 « Les États membres devront envisager de faire en sorte que les orientations les plus récentes soient fournies et que l'équipement médical, les médicaments et les équipements de protection individuelle (EPI) soient fournis rapidement, tant pour les maisons de repos que pour les services de soins à domicile » (traduction) OMS EURO (2020) « Strengthening the health system response to Covid-19 preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region », 21/05/20, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/technical-guidance-and-check-lists/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6-21-may-2020-produced-by-the-who-european-region>.

208 Wallonie : <https://morreale.wallonie.be/home/presse-actualites/publications/la-wallonie-sort-son-plan-daction-en-cas-de-rebond-du-covid-19-et-de-nouvelle-epidemie-publicationfull.html>; L'Echo, « Une unité de production de 30 millions de masques en Wallonie », François-Xavier Lefèvre et Laurent Fabri, 31/3/20, <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/Une-unite-de-production-de-30-millions-de-masques-en-Wallonie/10218017>; Bruxelles : <https://www.iriscare.brussels/fr/2020/09/29/iriscare-distribue-895-000-masques-aux-maisons-de-repos-bruxelloises/>; Flanders : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-woonzorgcentra-voorbereid-op-het-najaar>. Communauté germanophone : E-mail du cabinet du ministre de la Santé de la Communauté germanophone à Amnesty International, 11/10/20.

209 Nele Van Den Noortgate, professeure, secrétaire générale de l'Association belge de gérontologie et de gériatrie, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>.



© Rudy Peire / Vlaamse Ouderenraad

qu'avec de meilleurs EPI, les mesures de confinement auraient pu être moins restrictives²¹⁰ (voir aussi ci-dessous) et que les visites des médecins traitant-e-s en MR/MRS auraient pu se poursuivre²¹¹.

Le manque d'accès à du matériel de protection individuel adéquat a indubitablement mis la vie du personnel de soins — et des résident-e-s — en danger. Le gouvernement a ainsi failli à son obligation de protéger les droits à la vie et à la santé des résident-e-s et du personnel.

210 Selon Valéry Goblet, directeur général de la maison de repos « La Maison de Mariemont asbl », interview, 7/9/20.

211 « Le retard de tests a été délétaire, mais on n'y peut rien. Par contre, le manque de matériel de protection individuel est une faute politique magistrale. Si nous avions eu du matériel de protection, nous aurions pu continuer à visiter nos patients en maisons de repos », analyse le Dr Anne Gillet, médecin généraliste, interview, 27/9/20.

5.7 DES LIGNES DIRECTRICES PEU CLAIRES

« Vous receviez d'abord un message d'encouragement du [service public de radiodiffusion]... et ensuite seulement [les lignes directrices]... Un journaliste appelle pour me demander ce que je pense des nouvelles lignes directrices, alors que je n'en sais encore rien. [Le journaliste] me les envoie ensuite pour que je les commente. »

Naiké Costa, directrice WZC ²¹²

« S'il n'était pas prouvé que [les résident-e-s] avaient la COVID, nous n'étions pas autorisés à utiliser [l'équipement de protection]. Mais nous ne pouvions pas le prouver, car nous ne pouvions pas faire de test ». -
Geert Polfliet, directeur woonzorgkoepel Gandanet²¹³

Depuis le début de la pandémie, des inquiétudes ont été soulevées à plusieurs reprises quant à l'opportunité, la clarté, l'adéquation et la légalité des directives gouvernementales sur la COVID-19 dans les MR/MRS.

Tout d'abord, plusieurs directeur-ric-e-s de MR/MRS ont déclaré que, surtout en mars et en avril, les conseils leur parvenaient après qu'ils ont compris ce qu'il fallait faire²¹⁴. Un autre problème est que très souvent, les directives pour la semaine suivante étaient diffusées le vendredi soir, ce qui compliquait la tâche des directeur-ric-e-s de MR/MRS déjà surchargé-e-s de travail²¹⁵. En outre, la presse étant informée avant les MR/MRS, celles-ci ne pouvaient pas préparer une communication précise avec les familles et répondre à leurs questions²¹⁶.

Deuxièmement, les lignes directrices n'ont pas toujours été claires. Les directeur-ric-e-s étaient submergé-e-s par les directives qui changeaient rapidement et constamment. Les directives de la VAZG, par exemple, ont changé 11 fois entre le 28 février et le 28 avril, et le nombre de pages est passé de deux à 48²¹⁷, sans indication de ce qui a changé (jusqu'à la mi-mai)²¹⁸. En outre, les conseils n'étaient souvent pas directement applicables en pratique et des solutions supplémentaires devaient être trouvées pour y parvenir. Cette situation a entraîné une confusion et une complication de plus pour les directeur-ric-e-s de MR/MRS²¹⁹. L'imprécision des lignes directrices a été particulièrement problématique lorsqu'elle a eu pour conséquence que les résident-e-s des MR/MRS n'ont pas été transféré-e-s à l'hôpital quand ils-elles auraient dû l'être (voir ci-dessus), lorsqu'elle a conduit les directeurs-rices à limiter les visites plus que nécessaire dans les MR/MRS et lorsqu'elle a entraîné une mauvaise utilisation des EPI.

²¹² Naiké Costa, interview, 4/9/20 (traduction).

²¹³ Geert Polfliet, interview, 4/9/20 (traduction).

²¹⁴ Kurt Stabel, interview, 4/9/20.

²¹⁵ Philippe Schollaert, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>. Selon Iris De Mol de l'organisation faïtière VVSG, les directives-cadres de septembre ont mis fin à cette dynamique. Iris De Mol, interview, 11/9/20.

²¹⁶ Naiké Costa, *ibidem*.

²¹⁷ Anja Declercq, *Society & Politics*, Year 27, 2020, n° 6 (juin), pp. 4 et 5, <https://www.sampol.be/2020/06/het-woonzorgcentrum-van-de-toekomst>.

²¹⁸ Stef Bossaerts, *ibidem*.

²¹⁹ Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *op. cit.*, p. 23,

Troisièmement, les lignes directrices étaient parfois inadéquates, comme l'a dit ce directeur : « S'il n'était pas prouvé que [les résident-e-s] avaient la COVID, nous n'étions pas autorisés à utiliser [l'équipement de protection]. Mais nous ne pouvions pas le prouver parce que nous ne pouvions pas faire de tests »²²⁰. Elles étaient parfois également en contradiction avec les recommandations des expert-e-s scientifiques, comme l'explique un directeur de l'organisation faïtière VLOZO : « Le personnel portait des masques chirurgicaux, comme l'indiquait l'agence. Souvent, les virologues, d'autres médecins et prestataires de soins de santé, ainsi que les hôpitaux ont déclaré que les masques FFP2 étaient meilleurs »²²¹.

Naturellement, les lignes directrices ont changé au fil du temps, mais ces changements, et la façon dont ils ont été communiqués ont suscité l'incertitude et la confusion au sein du personnel. Par exemple, alors que les lignes directrices (flamandes) du 6 mars ne recommandaient le port du masque facial que pour les contacts présentant un risque de « sécrétions respiratoires » (dernière référence dans les lignes directrices du 10 avril), les lignes directrices du 22 juin (mises à jour le 9 juillet) ordonnent à toute personne entrant dans la maison de repos de porter un masque facial chirurgical en permanence. De même, alors que le personnel qui n'est pas en contact avec les résident-e-s est « interdit de port de masque » (dernière référence dans les lignes directrices du 10 avril), les lignes directrices du 22 juin (mises à jour le 9 juillet) imposent le port d'un masque, mais permettent aux personnes qui n'ont pas de contact avec les résident-e-s de porter des masques en textile. En outre, les lignes directrices semblent souvent être basées sur la disponibilité du matériel, plutôt que sur ce qui est le plus efficace²²². Par exemple, le groupe d'évaluation des risques a autorisé l'utilisation de masques chirurgicaux pendant huit heures, alors qu'ils doivent normalement être changés entre chaque patient-e²²³.

Enfin, le statut juridique des mesures et directives gouvernementales pour les MR/MRS n'est pas toujours clair. Les constitutionnalistes ont critiqué l'utilisation de décrets ministériels comme base juridique pour les mesures de restriction des droits²²⁴. Les décrets ministériels, les circulaires et les ordres de police ont été utilisés au niveau régional et local pour aider à interpréter et à appliquer les mesures. En Wallonie notamment, l'utilisation des circulaires a été critiquée par Jean-Marc Rombeaux, expert à la fédération du CPAS²²⁵. Certaines collectivités locales, dont Arlon et la province de Liège, ont également eu recours à des arrêtés de police²²⁶.

En particulier, un directeur de MR/MRS et une organisation faïtière interrogés par Amnesty International ont trouvé peu claire la question de l'applicabilité juridique des directives aux MR/MRS. Ils ont déclaré que le manque de clarté du statut rendait les maisons de repos plus prudentes que nécessaire²²⁷. Les mesures sont imposées « en plus des critères d'accréditation en vigueur »²²⁸.

220 Geert Polfliet, interview, 4/9/20.

221 Johan Poel, audition du Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1596010>.

222 Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *ibidem*, https://www.vlaamseraadwvg.be/sites/default/files/documenten/Vlaamse%20Raad%20WVG_IK_20200709_Coronacrisis_ADV_DEF.pdf. Le service de médiation flamand (*Vlaamse Ombudsdienst*) a également recueilli des témoignages de personnes qui craignaient que les directives en matière d'EPI ne soient inspirées par la disponibilité des matériaux plutôt que par des preuves scientifiques. Vlaamse Ombudsdienst, *ibidem*, http://www.vlaamseombudsdienst.be/ombs/nl/nieuws/pdf/20200702_stemmen_uit_de_stilte.pdf.

223 COVID-19 — Communication sur l'avis 9577 du Haut Conseil de la Santé des Pays-Bas du 16 mars 2020 et les recommandations du Groupe d'évaluation des risques sur l'utilisation des masques buccaux. 21/3/20, https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/generaal/200321%20COVID-19_RMGBrief_MondMaskers_NL.cleaned_0.pdf.

224 De Standaard, « Opinion | Haal het parlement uit quarantaine en maak een coronawet », Red, 2/11/20, https://www.standaard.be/cnt/dmf20201102_93300225.

225 « À Bruxelles, on a pris un arrêté de police pour la limitation des visites en maisons de repos, ce qui donnait une base juridique solide. En Wallonie, on a travaillé sur base de circulaires. C'est un peu interpellant : on a limité la liberté de mouvement qui est une liberté essentielle sur base d'une simple circulaire. Dans un État de droit, c'est assez particulier. S'il y a des contentieux, je serais curieux de voir comment le jugement va être rendu. » Interviewé le 8/9/20.

226 http://www.uvcw.be/espaces/cpas/actions/33,80,38,38,4841.htm?utm_source=Newsletters&utm_medium=e-mail&utm_campaign=Newsletter-Covid-2020-10-28.

227 Klaartje Theunis, chargée de mission pour les soins aux personnes âgées, Zorgnet-Icuro, interview, 8/9/20 et Geert Polfliet, interview, 4/9/20.

228 https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Update%20tijdelijke%20maatregelen_20200820_na%20TF_kaderichtlijnen%20bezoekregeling.pdf.

Le ministre flamand a précisé à Amnesty International que les directives ne sont pas juridiquement contraignantes, pas plus que les conseils de Sciensano, mais qu'il s'agit de conseils pour interpréter la réglementation générale existante en matière de prévention des infections. Toutefois, si une MR/MRS ne suit pas les lignes directrices, mettant ainsi en danger la sécurité et la santé des résident-e-s, la VAZG ou la *Zorginspectie* peuvent intervenir en prenant des sanctions, comme le retrait de l'agrément²²⁹.

Il est essentiel de disposer en temps utile de lignes directrices claires et adéquates sur l'utilisation des EPI et d'autres mesures visant à prévenir la propagation du virus pour protéger le droit à la vie et le droit à la santé des personnes âgées et du personnel des MR/MRS.

5.8 LES EFFETS DES DÉFAILLANCES DES GOUVERNEMENTS SUR LES RÉSIDENT-E-S ET LE PERSONNEL

Comme indiqué ci-dessus, les autorités belges étaient conscientes des risques spécifiques d'une pandémie pour les résident-e-s des MR/MRS, mais n'ont pas pris de mesures appropriées dans les premiers stades de la pandémie. L'État n'a pas assuré un accès adéquat aux soins de santé, y compris préventifs, aux résident-e-s des MR/MRS. La Belgique a manqué à ses obligations en matière de droits humains. Selon MSF, le manque d'attention spécifique aux risques dans ces établissements au cours des premières phases a sans aucun doute conduit à des décès qui auraient pu être évités. Cela signifie également que les résident-e-s des MR/MRS se sont vu refuser un accès adéquat aux soins de santé. Nombre d'entre eux-elles ont subi des conséquences désastreuses et beaucoup n'ont pas reçu les soins de qualité auquel ils-elles auraient dû avoir droit et auxquels ils-elles auraient probablement eu accès s'ils-elles n'avaient pas vécu dans des MR/MRS.

Certaines de ces lacunes semblent être dues en partie au manque d'attention prioritaire accordée aux résident-e-s des MR/MRS. Il s'agit notamment de ne pas garantir un accès adéquat aux soins de santé et de ne pas assurer la disponibilité d'un nombre suffisant d'EPI et de tests.

Ici, les effets directs de ces défaillances gouvernementales sur le personnel des MR/MRS et sur les résident-e-s sont examinés plus en détail. Durant la crise de la COVID-19, le manque de personnel a eu un impact très négatif sur la qualité des soins fournis aux résident-e-s des maisons de repos et n'a pas permis au personnel de faire adéquatement face à l'épidémie. Le droit à la santé et même à la vie des personnes âgées a été bafoué, puisque certain-e-s résident-e-s n'ont pas reçu tous les soins requis (manque de nourriture, hydratation insuffisante, etc.).

Comme indiqué ci-dessus, les MR/MRS belges manquent structurellement et historiquement de personnel. Durant la pandémie, le taux d'absentéisme parmi le personnel en raison de maladies, d'isolement ou par crainte a été très variable d'une institution à l'autre²³⁰. Si, dans certaines, il n'a quasiment pas augmenté²³¹, dans d'autres, il a explosé de la mi-mars à la mi-avril, avec des pics de 40, 60 et même 70 % de personnel absent²³². Un directeur de MR/MRS a déclaré à Amnesty International que, parfois, la quasi-totalité du personnel était remplacée par du personnel intérimaire²³³.

229 Lettre du ministre Wouter Beke à Amnesty International, 8/10/20.

230 Voir présentation statistique dans MSF, *op. cit.*

231 Comme en ont témoigné Valéry Goblet, directeur général de "La Maison de Mariemont asbl", à Morlanwelz, et Valérie Delens, directrice des Trois Pommiers, à Bruxelles.

232 RTBF, « Coronavirus en Belgique : "Le sacrifice a ses limites", le personnel soignant à bout de souffle », J.B., 2/4/20, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_coronavirus-en-belgique-le-sacrifice-a-ses-limites-le-personnel-soignant-a-bout-de-souffle?id=10474108 et Moustique, « Nos aînés sacrifiés ». Maisons de repos. L'enquête, Katty Langelez-Stevens et Véronique Pipers, le 9/9/20.

233 Geert Polfliet, interview, 4/9/20.

D'après Vincent Frédéricq, le secrétaire général de la Femarbel, cette situation est en partie due au manque d'EPI : « À un moment, envoyer le personnel soignant travailler sans matériel de protection, cela revenait à envoyer quelqu'un éteindre l'incendie en slashes et en bermuda »²³⁴.

Par peur d'attraper le coronavirus, de contaminer leur famille ou d'être eux-mêmes touché-e-s par la maladie, beaucoup se sont absenté-e-s, ce qui a encore accru la pression sur les présent-e-s²³⁵. D'autant qu'avec le confinement, le nombre de tâches à effectuer par le personnel a augmenté : vérifier que chaque résident-e reste en chambre ou respecte les mesures de distanciation sociale ; tenter de rassurer les un-e-s et les autres ; fournir aux personnes âgées une assistance pour communiquer avec leur famille, par Whatsapp ou tablette ; porter les plateaux-repas dans chaque chambre ; être capable de repérer et de décrire par téléphone au médecin traitant les symptômes inquiétants présentés par certaines personnes âgées. Par ailleurs, des proches de personnes âgées et des membres du personnel ont dit à Amnesty International que quand les visites ont à nouveau été autorisées, cela a également demandé un effort considérable au personnel.

Au début du mois d'avril, certaines maisons de repos se sont retrouvées avec si peu de personnel présent qu'elles ont dû faire appel, dans l'urgence, à des bénévoles, à MSF, ou à l'armée²³⁶.

S'ajoutant au travail supplémentaire provoqué par la mise en place des mesures sanitaires destinées à gérer la pandémie, le manque de personnel a été rapporté comme conduisant au délaissement des personnes âgées²³⁷. Plusieurs parent-e-s ont raconté à Amnesty que, lorsqu'ils-elles ont vu leurs proches par la fenêtre pendant la fermeture ou lorsqu'ils-elles ont été autorisé-e-s à leur rendre visite à nouveau, ils-elles ont découvert qu'ils-elles n'avaient pas été lavé-e-s, n'avaient pas reçu les bons médicaments, avaient des blessures non soignées ou qu'ils-elles se trouvaient dans une pièce sale. Les parent-e-s ont expliqué cela par le fait que le personnel n'avait pas le temps de s'occuper des résident-e-s et que personne ne remarquait que la situation n'était pas bonne. Comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, les organismes de contrôle ont suspendu les inspections de routine et, de ce fait, n'ont peut-être pas non plus tenu compte de ces signes.

Un autre facteur important est que les parent-e-s, le personnel de soin et les bénévoles qui viennent habituellement en visite ont normalement des fonctions de signalement importantes et, très souvent, aident de manière informelle. En raison de la suspension des visites et en plus de l'impact psychosocial que cette mesure a entraîné (voir ci-dessous), ce suivi a soudain cessé.

En outre, les membres des familles étaient moins informé-e-s de la situation de leur parent-e²³⁸. La fermeture des MR/MRS aux visites extérieures et la restriction des mouvements à l'intérieur, ainsi que les exigences supplémentaires imposées au personnel, ont entraîné un isolement accru et ont peut-être conduit à la négligence des résident-e-s.

Certaines personnes âgées n'ont pas reçu tous les soins requis et sont restées en pyjama pendant plusieurs jours, sans recevoir l'aide nécessaire pour s'habiller ou faire leur toilette. Plus grave encore, d'autres n'ont pas été nourries ni hydratées suffisamment. Amnesty International a été informée de deux cas particulièrement inquiétants, pour lesquels cette négligence a pu être un facteur de décès.

« Mon mari avait 85 ans », témoigne une dame de 79 ans, dont l'époux résidait en maison de repos²³⁹. « Lorsque je n'ai plus pu le visiter, nous sommes restés en contact par Whatsapp, deux fois

234 Interviewé par téléphone le 28/8/20.

235 *Le Soir.be*, « 10 mars -10 juin: trois mois de cauchemar au sein des maisons de repos », Sandra Durieux, 7/6/2020.

<https://plus.lesoir.be/305584/article/2020-06-07/10-mars-10-juin-trois-mois-de-cauchemar-au-sein-des-maisons-de-repos>.

236 RTBF, « Coronavirus : l'armée belge intervient dans deux maisons de repos à Jette et Lustin », Karim Fadoul, 8/4/20, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_coronavirus-l-armee-belge-intervient-dans-deux-maisons-de-repos-a-jette-et-lustin?id=10478125.

237 *Le Soir.be*, « Préserver l'humanité et la dignité dans nos maisons de repos », Pierre Brihaye, 14/7/20, <https://plus.lesoir.be/313163/article/2020-07-14/preserver-l-humanite-et-la-dignite-dans-nos-maisons-de-repos>. Le Vlaamse Ombudsdienst a recueilli des témoignages de membres du personnel affirmant qu'ils-elles ne pouvaient pas respecter les normes de qualité. Vlaamse Ombudsdienst, *ibidem*.

238 Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *op. cit.*, p. 23.

239 Interviewée par téléphone le 31/8/20.

par semaine, grâce à un assistant social. Je voyais qu'il n'avait pas sa prothèse dentaire supérieure et qu'on ne lui mettait pas ses lunettes. Plusieurs fois, il avait son pull sur son pyjama et il n'était pas rasé. Mon mari n'arrivait plus que très difficilement à manger seul. Au fil du temps, il maigrissait. Je le voyais vraiment dépérir. Quand je m'en suis inquiétée auprès du personnel, une soignante m'a répondu : "il nous est impossible de donner à manger à tout le monde tous les jours". Quand je proposais de venir le nourrir, on continuait à me refuser toute visite, pourtant, il n'était pas atteint de la COVID. »

Le 23 mai, elle reçoit un coup de téléphone de la maison de repos : son mari est dans le coma. Il est mort six jours plus tard, sans avoir repris connaissance.

Un homme a raconté à Amnesty International comment sa belle-mère de 83 ans est morte après un court séjour dans une MR/MRS : « J'ai appelé la maison de repos trois fois par jour, on m'a raconté ce qui s'était passé ce jour-là... Tout ce qu'ils m'ont dit était positif. Son taux de sucre n'était pas bon, il montait toujours... mais tous les jours j'entendais ces messages : elle est dans sa chambre, elle a bien mangé, elle est calme, que des bonnes nouvelles. Je me sentais bien à ce sujet ». ²⁴⁰

Lorsque les visites sont à nouveau autorisées, il va rendre visite à sa belle-mère : « J'arrive dans cette pièce et ma belle-mère était allongée là, à moitié morte, émaciée. Je voulais lui faire boire un peu et la redresser, sa colonne vertébrale dépassait de deux centimètres... J'ai immédiatement appelé un médecin... il a vu que quelque chose n'allait pas : "Elle est complètement déshydratée, elle n'a pas eu d'eau depuis une semaine et demie, elle n'a pas bu et sa teneur en sel est très élevée". (...) L'infirmière du premier étage est passée et a dit : "Ma collègue est malade et je suis ici seule pour 20 personnes". Elle a rapidement pris l'ambulance pour aller à l'hôpital. Il s'est avéré que ses deux jambes étaient en train de mourir, elle avait une phlébite dans les deux jambes, elles étaient obstruées par un caillot et elles étaient mortes. C'est très douloureux... Ils nous avaient dit qu'elle se promenait. Ce n'est pas possible, elle devait être au lit depuis trois jours. »

Il est vite apparu que la chirurgie n'était plus possible, car la phlébite avait trop progressé. La personne est morte deux jours plus tard.

« Au début du mois d'avril, c'est devenu l'enfer dans notre maison de repos », se souvient Samira, aide-soignante dans une maison de repos de Bruxelles ²⁴¹. « Dans l'équipe, nous étions plusieurs à éprouver un sentiment de honte de ne pas pouvoir soigner les résidents comme il le fallait. Même leur donner à boire régulièrement était devenu difficile, vu le nombre élevé d'absents parmi le personnel soignant ».

Dans une lettre ouverte adressée à la Première ministre et au ministre bruxellois de la Santé, le Dr Pierre Brihaye raconte avoir été appelé, le 14 avril, pour dire « un dernier au revoir » à son beau-père mourant, d'après le personnel, d'un « COVID-19 sans symptômes ». « Il était au lit, en position fœtale, apathique et en déshydratation majeure... Beaucoup de verres d'eau et quelques jours plus tard, il marchait! (...) Un grand nombre de décès déclarés "COVID-19" ou « suspects » ont eu lieu par glissement ou manque de soins. Il ne faut plus s'en cacher », note encore le Dr Brihaye ²⁴².

Les différentes autorités ont tenté de trouver des solutions à cette dramatique pénurie de personnel. Profitant de sa double compétence de ministre wallonne de la Santé et de l'Emploi, Christie Morreale entreprend, par exemple, dès le 31 mars, différentes démarches en ce sens ²⁴³. La

240. Interview (traduction).

241. Nom d'emprunt, interviewée par téléphone le 17/9/2020.

242. *Le Soir.be*, « Préserver l'humanité et la dignité dans nos maisons de repos », Pierre Brihaye, 14/7/20, <https://plus.lesoir.be/313163/article/2020-07-14/preserver-lhumanite-et-la-dignite-dans-nos-maisons-de-repos>.

243. Compte rendu intégral, Séance publique de commission, Commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la COVID-19 par la Wallonie, 11/9/20, p. 5, http://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2020_2021/CRIC/cric2.pdf.

communauté germanophone autorise, de son côté, les différentes institutions à engager du personnel supplémentaire²⁴⁴.

Le 3 mai, la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé, Maggie De Block, prend une disposition temporaire pour permettre aux MR/MRS privées de faire appel à des volontaires²⁴⁵.

En Flandre, le ministre de la Santé Beke annonce la plateforme *Help de helpers* en mars, pour mettre des volontaires en contact avec les institutions de soins²⁴⁶. Cependant, ces informations n'étaient pas toujours à jour et les bénévoles n'étaient pas toujours disponibles, comme l'a déclaré un membre du personnel à l'Ombudsdienst²⁴⁷. En outre, le gouvernement flamand a mis un budget à disposition des maisons de repos pour du support opérationnel²⁴⁸. En juin, une augmentation du budget de 20,5 millions d'euros pour le personnel des maisons de repos est annoncée, ce qui se traduirait par 340 personnes de plus en Flandre²⁴⁹, après une économie de sept millions d'euros annoncée auparavant²⁵⁰.

Et le 26 juin, le plan d'action du gouvernement wallon en cas de retour de la COVID-19 ou autre épidémie prévoit d'anticiper les besoins en personnel, grâce au renforcement de la collaboration entre l'AVIQ et le FOREM (l'Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi) et à la constitution d'une réserve de volontaires activables à tout moment²⁵¹.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a établi qu'un nombre suffisant de soignant-e-s est nécessaire pour qu'un État « puisse remplir son obligation de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé pour [les personnes âgées] »²⁵². De même, le Commissaire aux droits humains du Conseil de l'Europe a souligné qu'« un nombre suffisant de personnel qualifié (...) est essentiel pour assurer un environnement sûr aux personnes âgées »²⁵³.

244 E-mail du cabinet du ministre de la Santé de la Communauté germanophone à Amnesty International, 11/10/2020.

245 <https://bit.ly/3n9mKfV>.

246 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-oproep-voor-een-medische-reserve>. Début avril, il y avait déjà 3 500 volontaires.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/help-de-helpers-helpt-zorginstellingen-in-hun-zoektocht-naar-vrijwilligers>.

247 Vlaamse Ombudsdienst, *op. cit.*, p.10, http://www.vlaamseombudsdienst.be/ombs/nl/nieuws/pdf/20200702_stemmen_uit_de_stilte.pdf.

248 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/managementondersteuning-voor-voorzieningen-in-nood-door-corona>.

249 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/340-extra-zorgverleners-in-woonzorgcentra>.

250 VRT, « Bericht dat besparingen in woonzorgcentra in coronacrisis doorgaan, zet kwaad bloed », Denny Baert, 31/7/20,

<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/07/31/besparingen-woonzorgcentra/>

251 <https://morreale.wallonie.be/home/presse-actualites/publications/la-wallonie-sort-son-plan-daction-en-cas-de-rebond-du-COVID-19-et-de-nouvelle-epidemie.publicationfull.html>.

252 « Le Comité est préoccupé par les informations selon lesquelles de nombreuses personnes âgées se voient refuser l'accès à des soins appropriés, notamment dans les maisons de retraite médicalisées, en raison du nombre insuffisant de soignants, du manque de personnel suffisamment formé et de l'absence de loi générale sur les soins de santé gériatriques (art. 12 et 2, § 2). Le Comité demande instamment à l'État partie d'accorder la priorité à l'amélioration du système de soins de santé pour les personnes âgées, afin de s'acquitter de son obligation de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé qui leur sont destinés ». CESCR, Observations finales, Royaume des Pays-Bas, § 29, <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW6IE23xM8tpu%-2fownn553mA8PaTVq2hcdRG1FLnEOK1aa14auTpYlp6JvOQGGehyR0tjxNZ%2f5bfAZOjSQUNESz3RM3XZ3H1bLCOUbgzaNhh5>.

253 Rapport du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, Thomas Hammarberg, suite à sa visite en Irlande du 1^{er} au 2 juin 2011, CommDH (2011) 27, § 28, <https://rm.coe.int/16806db892> (traduction).

6. L'IMPACT DE L'ISOLEMENT

6.1 « COUPÉE DE LA SOCIÉTÉ, TRAITÉE AVEC CONDESCENDANCE ET DISCRIMINÉE »²⁵⁴

« La liberté n'est plus accessible qu'aux plus jeunes.... (...) Les seules personnes que je suis autorisé à voir, de loin à la cafétéria, sont celles de ma bulle de cinq. Alors que j'ai six enfants. »

Roger Lybaert, 89 ans, résident d'une maison de repos²⁵⁵

« Malgré les bons soins dont bénéficie ma mère dans la maison de retraite, elle se sent comme dans une "prison" coupée de la société, traitée avec condescendance, discriminée en raison de son âge. Elle dit qu'elle ne s'est jamais sentie aussi malheureuse de toute sa vie, y compris pendant la guerre. » - Fernanda, fille d'Emma, résidente en maison de repos.

En plus des mesures générales de confinement imposées par les gouvernements pour lutter contre la pandémie de COVID-19, de mars à avril ou mai — selon la région²⁵⁶ — les visites des parent·e·s et ami·e·s des résident·e·s dans les MR/MRS ont été suspendues. Dans les mois qui ont suivi, chaque MR/MRS a pris ses propres mesures, variables de l'une à l'autre, mais très souvent restrictives.

Ces mesures ont eu un impact important sur le bien-être des résident·e·s des MR/MRS et ont limité leurs contacts avec la société. Certaines mesures ont empêché ou limité les contacts significatifs entre les résident·e·s des MR/MRS et leurs familles et ami·e·s, allant parfois au-delà du strict nécessaire. Les mesures générales qui ne tiennent pas compte des circonstances individuelles ou qui ne sont pas fondées sur des évaluations individuelles des risques peuvent être discriminatoires.

Tout comme en dehors des MR/MRS, les mesures limitant la liberté de circulation des résident·e·s des MR/MRS doivent être conformes aux obligations internationales en matière de droits humains. Si (d'autres) restrictions sont nécessaires, y compris des systèmes d'isolement obligatoire,

²⁵⁴ Fernanda, fille d'Emma (noms d'emprunt), e-mail de suivi le 1/9/20 à Amnesty International (traduction).

²⁵⁵ Roger Lybaert, résident d'une maison de soins, 89 ans, à Knack, <https://bit.ly/2GRAhJK>. (traduction).

²⁵⁶ Le 12 mars en Flandre : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgcentra-sluiten-standaard-de-deuren> ; le 11 mars en Wallonie : <https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/Circulaire-Coronavirus-MR-MRS.pdf> ; Les MR/MRS rouvrent à Bruxelles le 23 avril, en Wallonie le 28 avril et en Flandre le 18 mai : <https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/Circulaire-modalite-de-visite-en-MRS.pdf> ; Visites dans les maisons de repos possibles à partir du 18 mai : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bezoek-in-de-woonzorgcentra-mogelijk-vanaf-18-mei>.

le gouvernement a l'obligation de les prévoir et de les appliquer conformément aux normes internationales des droits humains pertinentes, en particulier pour garantir des conditions humaines et non discriminatoires aux personnes soumises à ces mesures, et pour mettre en place un système efficace de contrôle et de révision.

Le gouvernement devrait également rechercher des mesures — y compris par des tests et la fourniture d'EPI adéquats — qui pourraient permettre de mettre en place des mesures moins restrictives pour garantir certains contacts sociaux en toute sécurité. Dans la mesure du possible, les résident-e-s des MR/MRS devraient pouvoir participer de manière significative à la prise de décisions. Même lorsqu'il était possible d'interpréter les directives, les résident-e-s n'étaient pas souvent impliqués dans l'organisation des visites²⁵⁷, comme le dit Isabelle, une bénévole : « Les résidents n'étaient pas pris comme point de départ. Tout est scellé dans des règles venant de plus haut »²⁵⁸.

6.2 LES TENTATIVES DE COMPENSER LES CONSÉQUENCES DES RESTRICTIONS

« J'étais assis là, rugissant comme un lion, et même là, Maman me comprenait à peine. À cause de la réflexion sur le plexiglas, elle ne s'est pas vraiment rendu compte que j'étais là. C'était déchirant que ce ne soit que lorsque je suis parti qu'elle ait compris que j'étais là, pour elle et pour moi c'était très douloureux. »

Alex, fils de Lydia (nom d'emprunt), 90 ans ²⁵⁹

Quoique les visites ne soient pas autorisées, de nombreuses MR/MRS se sont efforcées d'organiser le contact entre les résident-e-s et leurs proches, par exemple par des appels téléphoniques et vidéo, des visites aux fenêtres ou des visites dans des espaces de rencontres sécurisés, sortes de “boîtes de discussion” en plexiglas. L'organisation de ces moments de contact a nécessité un effort accru de la part du personnel des MR/MRS, déjà débordé²⁶⁰. Malheureusement, la plupart des familles interrogées par Amnesty International ont déclaré que les communications à distance n'étaient pas satisfaisantes.

Les familles ont également déclaré à Amnesty International que les appels étaient peu fréquents, car, dans de nombreux cas, ils nécessitaient le soutien d'un personnel surchargé. La disponibilité de ces “boîtes de discussion”, par exemple, était limitée. Un parent a déclaré à Amnesty International qu'il n'y avait la possibilité de recevoir que 15 visites par jour pour 150 résident-e-s²⁶¹.

257 Début avril, Amnesty International a demandé aux autorités de garantir la participation des personnes âgées et de veiller à ce que les droits des résident-e-s des MR/MRS soient garantis, https://www.amnesty-international.be/sites/default/files/bijlagen/longread_1_maand_lockdown_0.pdf. Le manque de participation a également été dénoncé par le Vlaamse Ouderenraad en septembre : https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/inline-files/Advies%202020-1_Garanties%20voor%20ouderen%20in%20coronatie%20tijden_1.pdf

258 Isabelle, bénévole dans une maison de retraite, interview 20/9/20 (traduction). Ceci est réitéré par : Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *ibidem*.

259 Alex, fils de Lydia (nom d'emprunt), 90 ans, interview 9/9/20 (traduction).

260 Annick Schepens, collaboratrice de la MR/MRS Sint-Bernardus, Bassevelde, Audition du Parlement flamand, 419, n° 2, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1587382>.

261 Un parent a donné l'exemple de 15 lieux de visite à raison d'une heure par jour pour 150 résident-e-s. Mathilde, petite-fille de Linda, 84 ans (noms d'emprunt), interview 10/9/20. Un autre a dit qu'il n'y en avait qu'un pour 150 résident-e-s. Alex, fils de Lydia (nom d'emprunt), 90 ans, interview du 9/9/20.

Ces formes de communication sont particulièrement difficiles pour les résident-e-s de MR/MRS atteint-e-s de démence²⁶². Tou-te-s les proches ont décrit le fait que les difficultés d'audition auraient pour effet que toutes les personnes dans les boîtes crient²⁶³. Cela a donc également soulevé des problèmes de respect de la vie privée, par exemple lorsque Mathilde a appris le montant de la pension du résident voisin²⁶⁴, ou lorsque Justine a dû annoncer à sa mère que son mari était décédé²⁶⁵.

Cependant, toutes les MR/MRS n'ont pas fait ces efforts. Plusieurs familles ont déclaré à Amnesty International qu'au plus fort de la pandémie, leurs proches et/ou les autres résident-e-s des MR/MRS étaient confiné-e-s dans leur chambre pendant de longues périodes — pendant des semaines parfois²⁶⁶ : « [Ma mère] se sentait très seule », a déclaré Lisa. « Nous ne sommes pas autorisés à quitter la chambre, je ne suis pas autorisée à voir qui que ce soit, quand pouvons-nous nous retrouver? Je disais toujours “bientôt”, mais “bientôt” n'est pas arrivé. »²⁶⁷

6.3 LES EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LA SANTÉ

« Les médecins ont dit que [le déclin cognitif de ma mère] était spectaculaire et tout à fait inhabituel. Ils soupçonnent eux-mêmes que cela a quelque chose à voir avec ce confinement. »

Sandra, fille de Josette, 81 ans ²⁶⁸

« J'ai vu ma mère pleurer davantage ces cinq derniers mois qu'au cours des 50 dernières années. Elle a dit des choses comme : “Tu m'as mise ici, tu veux te débarrasser de moi, je veux mourir, pourquoi tu ne viens pas me voir...” » - Justine, fille de Georgette (95 ans) (noms d'emprunts)²⁶⁹

Chacun-e des membres de la famille et du personnel des MR/MRS interrogé-e par Amnesty International s'est dit préoccupé-e par le fait que l'isolement social prolongé des résident-e-s des MR/MRS avait des conséquences dévastatrices sur la santé physique et mentale et le bien-être des résident-e-s²⁷⁰. Beaucoup soupçonnent que le manque de stimulation et de contacts sociaux a entraîné une détérioration significative de la santé physique et mentale et du bien-être des résident-e-s. Des proches ont déclaré à Amnesty International que les résident-e-s souffraient d'une perte de mouvement, d'une réduction de leurs fonctions cognitives et d'une perte de motivation pour engager une conversation et d'autres activités qu'ils pratiquaient avant le confinement.

262 Annick Schepens, *ibidem*.

263 Alex, fils de Lydia (90 ans) (nom d'emprunt), interview, 9/9/20.

264 Mathilde, petite-fille de Linda (84 ans) (noms d'emprunt), interview, 10/9/20.

265 Justine, fille de Georgette (95 ans) (noms d'emprunt), interview, 10/9/20.

266 Neuf parent-e-s le confirment.

267 Lisa, fille de Leonore (noms d'emprunt), interview, 9/9/20 (traduction).

268 Sandra, fille de Josette (81 ans), interview, 2/9/20 (traduction).

269 Justine, fille de Georgette (95 ans) (noms d'emprunts), interview, 10/9/20 (traduction).

270 Les autorités étaient bien conscientes de cet impact de l'isolement. Les autorités flamandes ont déclaré dans un communiqué de presse une semaine avant le début du confinement : « De plus, une fermeture signifie que les résidents ne peuvent plus maintenir des contacts sociaux avec leur famille et leurs amis, ce qui a également un impact majeur sur leur bien-être » (traduction). <https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-waarom-sluiten-we-in-vlaanderen-geen-woonzorgcentra>. Dans le courrier que Christie Morreale a adressé à Amnesty International, le 06/10/2020, elle écrit ceci « Le Gouvernement wallon a toujours été conscient du fait que le confinement des aînés en maisons de repos et maisons de repos et de soins, associé à l'absence de visites de proches a pu entraîner dans certains cas une privation relationnelle et affective auquel il a souhaité répondre à travers le déconfinement progressif et encadré des établissements ». Le Vlaamse Ombudsdienst a recueilli des témoignages similaires. Vlaamse Ombudsdienst, *ibidem*, p. 21.

L'impact préjudiciable de la solitude et de l'isolement sur les personnes âgées, en particulier celles qui souffrent de démence, a été bien documenté²⁷¹. Alors que les résident-e-s se débattent avec des questions existentielles²⁷², ils-elles manquent de soutien psychologique²⁷³.

Mathieu Vandenbulcke, professeur de psychiatrie gériatrique, souligne l'importance de cet impact sur la santé : « L'isolement entraîne un sentiment de solitude (...) Cela augmente le risque d'anxiété, de dépression et d'expériences psychotiques. Ces conditions psychiatriques sont également menaçantes. Une dépression grave à un âge plus avancé peut mettre la vie en danger »²⁷⁴.

6.4 DES MODALITÉS DE VISITE VARIABLES

« La marge d'interprétation... nous fait ressentir une grande culpabilité... On ne peut pas reprocher aux maisons de repos de ne pas autoriser les visiteurs, car on ne sait pas du tout qui est responsable. »

Geert Polfliet, directeur woonzorgkoepel Gandanet ²⁷⁵

Dès la levée du confinement, les directives ont laissé une grande marge de manœuvre aux MR/MRS, ce qui a entraîné une pléthore de visites²⁷⁶. Permettre aux MR/MRS de prendre des décisions en fonction des circonstances et des besoins individuels est louable en principe, mais cette grande marge de manœuvre a pu entraîner des approches trop prudentes.

Des responsables de MR/MRS ont déclaré à Amnesty International qu'ils-elles craignaient que le virus ne pénètre à nouveau dans la maison, ce qu'ils-elles veulent absolument éviter²⁷⁷. Comme l'illustre la citation ci-dessus, certaines MR/MRS estiment que l'absence de lignes directrices claires (comme décrit ci-dessus) a contribué à renforcer la prudence. D'autres directeur-ice-s de MR/MRS ont utilisé leur pouvoir discrétionnaire pour favoriser le bien-être psychologique des résident-e-s²⁷⁸. Comme l'a dit cette directrice : « Que devrions-nous faire, enfermer nos résidents pour le reste de leur vie? Ce ne sont pas non plus de bons soins »²⁷⁹.

271 « Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic », mai 2020. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30373-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30373-X/fulltext), et *Mental health of people living with dementia in care homes during COVID-19 pandemic*, International Psychogeriatric Association 2020. Voir également Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg et Gideon James Rubin, *The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence*, The Lancet, février 2020, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

272 Nils Vandenweghe, directeur du Vlaamse Ouderenraad, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>.

273 Stef Bossaerts, *ibidem*; Bart D'hanis, directeur général de WZC Lokeren, audition du Parlement flamand, 419, n° 1, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1587361>, Vlaamse Ombudsdienst, *ibidem*, p. 17 ; Conseil flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille, Tirer les leçons de la crise de la couronne. Getting to grips with obstacles and opportunities in the WVG policy area, 9/7/20, https://www.vlaamseraadwvg.be/sites/default/files/documenten/Vlaamse%20Raad%20WVG_IK_20200709_Coronacrisis_ADV_DEF.pdf; Nils Vandenweghe, audition du Parlement flamand, 419, n° 3, <http://docs.vlaamsparlament.be/pfile?id=1588561>.

274 VRT, « Ouderenzorg in coronatijden in België: "Door gebrek aan centrale sturing zitten rusthuizen in race om strafste te zijn" », Rik Arnoudt, 26/8/20, <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2020/08/26/ouderenzorg-in-coronatijden-in-belgie-door-gebrek-aan-centrale/>.

275 Geert Polfliet, interview, 4/9/20 (traduction).

276 « Il y a autant d'arrangements de visites que de MR/MRS » déclare Bernadette Van Den Heuvel de Zorgnet-Icuro (traduction).

277 Eva (nom d'emprunt), coordinatrice de la qualité dans une MR/MRS, interview 4/9/20.

278 Jos Aben, directeur d'une WZC, a appelé d'autres directeur-ices à autoriser les visites pour assurer le bien-être psychosocial Zorg Net Icuro, « "Hemelse dagen in een woonzorgcentrum? Ja, dat kan." », Jos Aben, 26/8/20, <https://zorgwijzermagazine.be/ouderenzorg/hemelse-dagen-in-een-woonzorgcentrum-ja-dat-kan/>; Griet Robberechts, directrice de WZC, a par exemple autorisé les câlins et les fêtes d'anniversaire pendant l'été. 19/8/20, Zorg Net Icuro, « Een pleidooi voor nuance en dialoog », Griet Robberechts, 19/8/20, <https://zorgwijzermagazine.be/ouderenzorg/pleidooi-voor-nuance-en-dialoog/>.

279 Naiké Costa, interview, 4/9/20.

Si la population en général était — à un moment donné — autorisée à avoir un contact étroit avec cinq ou quinze personnes (une « bulle »), ce n'était pas toujours le cas pour les résident-e-s des MR/MRS, ce qui pouvait être légitime compte tenu du cadre communautaire et du risque accru pour les personnes âgées.

Certains directeurs ont déclaré à Amnesty International qu'ils demandaient aux visiteur-se-s de prendre les précautions nécessaires. D'autres ont réduit le nombre de personnes de la bulle ou n'ont tout simplement pas permis de contacts étroits²⁸⁰. Bien que dans les situations palliatives, les directives autorisent les visites familiales, Amnesty International a connaissance de cas où cela n'a pas été autorisé.

Si certain-e-s parent-e-s interrogé-e-s par Amnesty International craignent que le fait d'autoriser les visites augmente le risque de laisser le virus entrer et infecter, voire tuer, leur proche, d'autres estiment que certaines restrictions aux visites — une personne par résident-e et aucune possibilité de se tenir la main — sont excessives et n'ont guère de sens²⁸¹. Ils-elles soulignent que le personnel des MR/MRS, et dans certains cas même les bénévoles²⁸², peuvent interagir normalement au sein de la communauté et ne sont testé-e-s qu'une fois par mois au maximum, tout en ayant un contact physique proche et régulier avec les résident-e-s.

Étant donné les risques accrus pour les personnes âgées et le contexte des MR/MRS, certaines restrictions pourraient être justifiées. Toutefois, les souhaits des personnes âgées elles-mêmes devraient être pris en compte et les restrictions devraient toujours être proportionnées et tenir compte des circonstances et des besoins de chaque personne.

Pour permettre des visites plus fréquentes et de meilleure qualité, il faut inévitablement davantage de ressources matérielles et humaines, ce qui peut entraîner des coûts plus élevés. Il est compréhensible que les prestataires de soins à domicile s'inquiètent des conséquences d'une nouvelle épidémie de COVID-19 dans leur MR/MRS, surtout si celle-ci entraîne de nouveaux décès. Toutefois, il convient de tenir dûment compte de l'impact des restrictions de visite sur la santé physique et mentale des résident-e-s, sur leur liberté de mouvement et sur leur droit à la vie privée et familiale.

6.5 TROUVER L'ÉQUILIBRE

Certaines restrictions imposées aux visites en MR/MRS réduisent ou entravent les contacts réels entre les résident-e-s des MR/MRS et leurs familles et ami-e-s et empêchent les résident-e-s de quitter les établissements (même seulement pour aller se promener dans un parc, à la campagne ou dans un autre lieu isolé). Lorsqu'elles ne sont pas fondées sur une évaluation individuelle des risques, ces restrictions peuvent être disproportionnées et discriminatoires. En tant que telles, ces restrictions peuvent violer le droit des résident-e-s des MR/MRS à la vie privée et familiale (article 8 de la CEDH) et à la non-discrimination. Lorsque ces restrictions ont entraîné une détérioration des capacités cognitives et de la santé mentale des résident-e-s, elles peuvent également violer le droit à la santé des résident-e-s.

280 Deux MR/MRS et trois parent-e-s le confirment.

281 Le groupe Facebook « Als ze niet sterven, is het geen nieuws » a offert une plateforme pour les témoignages de restrictions excessives et autres abus. À ce jour, il compte 4 900 membres. <https://www.facebook.com/groups/AlsZeNietStervenIsHetGeenNieuws>. Côté francophone, un groupe Facebook « Les maisons de repos ne sont pas des prisons » a aussi été créé récemment. <https://www.facebook.com/groups/409180623381189/>.

282 Vlaamse Ombudsdienst, *op. cit.*, p. 14.



© Sien Verstraeten / Vlaamse Ouderenraad

Il est sans aucun doute difficile de trouver le juste équilibre entre l'accès des résident-e-s des MR/MRS à un contact réel avec leur famille et la gestion du risque d'infection. Il peut être nécessaire d'ajuster périodiquement l'équilibre en fonction du niveau de transmission dans la communauté et de la situation individuelle des résident-e-s et de la MR/MRS spécifique.

Il n'existe pas de solution à risque zéro, car même en l'absence de visites familiales, les résident-e-s sont en contact quotidien étroit avec le personnel des MR/MRS qui vivent également à l'extérieur de leur établissement, et n'ont pas accès actuellement à des tests réguliers. Les résident-e-s des MR/MRS ne devraient pas être soumis-es à des restrictions générales de leur vie privée et familiale, à l'exception de celles qui sont appropriées à leur situation spécifique sur la base d'évaluations de risque individualisées. Toutes les options limitant le moins possible les droits — y compris les tests réguliers et fréquents pour le personnel et les visiteur-se-s des MR/MRS — devraient être explorées dans le cadre d'un processus de consultation réelle des résident-e-s, des familles et du personnel afin de garantir que les restrictions soient proportionnées.

7. ISOLEMENT ET CONTENTION

« Quand je vais le voir le soir, je vois qu’il s’est effondré, et que le mucus sort de sa bouche, c’est dire à quel point il est engourdi, à cause des médicaments. »

Maria, épouse de Robert, 70 ans (noms d'emprunt)²⁸³

L'isolement des personnes souffrant de problèmes cognitifs tels que la démence est une question qui a nécessité une attention particulière pendant la période de confinement²⁸⁴. Alors que certaines MR/MRS ont choisi de traiter l'aile où vivent les personnes atteintes de démence comme une seule unité sans autres restrictions de mouvement, dans un effort pour éviter autant que possible la contrainte²⁸⁵, d'autres ont choisi d'isoler les personnes dans leur chambre²⁸⁶, parfois avec la porte verrouillée²⁸⁷.

Selon le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), l'isolement (c'est-à-dire le placement contre son gré d'un-e patient-e seul-e dans une pièce fermée à clé) est un type de contention. Les autres formes sont mécaniques (application d'instruments de contention, tels que des sangles, pour immobiliser un-e patient-e) ou chimiques (administration forcée de médicaments dans le but de contrôler le comportement d'un-e patient-e)²⁸⁸.

Plusieurs membres de familles de personnes âgées ont déclaré à Amnesty International que la MRS avait recours à des moyens de contention mécaniques²⁸⁹ ou chimiques²⁹⁰ pour maintenir la personne dans sa chambre. Le *Vlaamse Ombudsdienst* a également noté une augmentation du recours à la contention, notamment par le biais de témoignages de personnes qui ont vu leur proche attaché-e à un fauteuil roulant pendant plusieurs jours ou être mis-e sous sédatif pour faire face à ses peurs ou à sa désorientation²⁹¹.

283 Maria, épouse de Robert, 70 ans (noms d'emprunt), interview, 21/9/20 (traduction).

284 Bernadette Van Den Heuvel, interview, 8/9/20.

285 Iris De Mol, interview, 11/9/20.

286 Huit des parent-e-s interrogé-e-s par Amnesty International le confirment. *Vlaamse Ombudsdienst*, *ibidem*, p. 10.

287 Quatre parent-e-s interrogé-e-s par Amnesty International le confirment.

288 CPT, 2017, Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (normes révisées du CPT), p. 2, <https://rm.coe.int/16807001c4>.

289 Trois parent-e-s interrogé-e-s par Amnesty International le confirment.

290 *Ibidem*.

291 « Plusieurs témoignages montrent que chez les personnes atteintes de démence, l'attachement a été utilisé beaucoup plus rapidement que la normale. » ; contrainte mécanique : « Il y a des témoins qui établissent que leur parent passe les journées attaché dans un fauteuil roulant » ; contrainte chimique : [« Plusieurs témoins professionnels affirment que les résidents souffrant d'anxiété ou de désorientation étaient parfois sous sédatifs, ce qui était très difficile pour le personnel »], *Vlaamse Ombudsdienst*, *ibidem*, pp. 18 et 21 (traductions).

Parfois, le personnel de la maison de repos a demandé la permission des membres de la famille et/ou du/de la résident-e²⁹². Cependant, cela n'a pas toujours été le cas²⁹³, et certaines familles ont déclaré à Amnesty International qu'elles avaient donné leur consentement sans être pleinement informées.

La contention, tant mécanique que chimique, peut avoir des effets graves sur la santé de tout un chacun, et en particulier, des personnes âgées. Le rapporteur spécial des Nations unies sur la torture, dans un rapport sur la situation des personnes handicapées, note que « l'utilisation prolongée de moyens de contention peut entraîner une atrophie musculaire, des malformations potentiellement mortelles, voire l'insuffisance fonctionnelle d'un organe, et aggraver les troubles psychologiques » et déclare qu'« il ne saurait y avoir de justification thérapeutique de l'utilisation prolongée des moyens de contention qui peut constituer un acte de torture ou un mauvais traitement »²⁹⁴. Les parents des résident-e-s des MR/MRS qui ont subi des contraintes ont témoigné de la diminution consécutive de la mobilité et des capacités cognitives de leurs proches.

Le recours à la contention doit être exceptionnel et toute utilisation doit être consignée ; les personnes contraintes doivent être maintenues sous étroite surveillance et les représentant-e-s concerné-e-s doivent être informé-e-s²⁹⁵. En cas de recours à de telles mesures, le consentement éclairé est un mécanisme important pour garantir la cohérence avec l'interdiction de la torture et d'autres mauvais traitements dans les établissements de santé²⁹⁶. Pour les personnes handicapées mentales, même une contention de courte durée peut constituer de la torture ou d'autres mauvais traitements²⁹⁷. Comme l'a indiqué le CPT, un personnel suffisant pourrait entraîner une réduction de l'utilisation de médicaments et d'autres formes de contrainte²⁹⁸. Une étude a établi que l'utilisation de la contention physique « n'est ni sûre ni efficace » — et que dans six pays européens, l'utilisation était déterminée par la pratique du pays plutôt que par les caractéristiques de la personne — l'Italie puis la Belgique étant ceux où la pratique de la contention est la plus courante. La même étude recommande « une politique nationale qui décourage explicitement l'utilisation de la contention physique dans les soins infirmiers et suggère que des pratiques alternatives peuvent être une composante importante des stratégies visant à prévenir leur utilisation »²⁹⁹.

292 Trois parent-e-s interrogé-e-s par Amnesty International le confirment.

293 *Ibidem*.

294 Rapport d'activité du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak, 2008, A/63/175, §55, <https://undocs.org/fr/A/63/175>.

295 Voir également les principes des Nations unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, résolution 46/119 (1991) de l'Assemblée générale des Nations unies, principe 11 (11), <https://undocs.org/fr/A/RES/46/119>.

296 « e) Préserver le droit au consentement libre et éclairé de tous les individus sans exception, sur un pied d'égalité, grâce à un cadre juridique et à des mécanismes judiciaires et administratifs, notamment des politiques et pratiques de protection contre les abus. Toutes les dispositions législatives contraires à ce principe, comme celles qui autorisent l'isolement ou le traitement forcé dans les établissements de santé mentale, y compris par le biais de la tutelle et autres régimes de prise de décisions au nom d'autrui, doivent être modifiées. Adopter des politiques et protocoles qui respectent l'autonomie, l'autodétermination et la dignité humaine. Veiller à ce que les informations relatives à la santé soient véritablement disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité et qu'elles soient communiquées et comprises grâce à des initiatives d'accompagnement et de protection, notamment un large éventail de services communautaires (A/64/272, § 93). L'administration d'un traitement sans le consentement éclairé du patient devrait donner lieu à une enquête et la victime devrait recevoir réparation ; ». Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, §85(e), <https://undocs.org/fr/A/HRC/22/53>.

297 Le rapporteur spécial des Nations unies estime qu'il est « essentiel que l'interdiction absolue de toutes les mesures coercitives et imposées, notamment le recours aux moyens de contention et à l'isolement pour des personnes souffrant d'un handicap psychologique ou intellectuel, soit appliquée dans tous les lieux de privation de liberté, y compris les institutions psychiatriques et les centres de soins sociaux ». Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, §63, https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

298 « Selon la direction médicale, le manque de personnel infirmier et aide-soignant constituait le plus grand problème, étant donné que la plupart des patients nécessitaient une assistance continue. L'augmentation des effectifs permettrait de proposer davantage d'activités ainsi qu'un meilleur encadrement des résidents, engendrant une meilleure gestion des états anxieux et une réduction du recours aux médicaments et aux moyens de contention, de même qu'aux couches. La délégation a noté avec satisfaction qu'une augmentation du ratio personnel de santé/résidents était prévue dans le cadre du projet du nouveau bâtiment (voir paragraphe 169). Le CPT souhaite être tenu informé de tout développement en la matière. » CPT, France : Visite 2015, CPT/Inf (2017) 7, § 172, <http://hudoc.cpt.coe.int/eng?i=p-fra-20151115-fr-33>.

299 Pivodic et al, *Physical restraining of nursing home residents in the last week of life : an epidemiological study in six European countries*, International Journal of Nursing Studies, Volume 104, 4/2020, 103511 (traductions), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919303189>.



© Sien Verstraeten / Vlaamse Ouderenraad

Aucune circonstance, quelle qu'elle soit, y compris les insuffisances du système ou le manque de ressources ou de services, ne peut justifier un mauvais traitement³⁰⁰. En outre, le recours à la contrainte doit être contrôlé par les autorités³⁰¹, au moyen d'un mécanisme d'inspection efficace³⁰², en particulier en période de crise. Comme on le verra plus loin, la Belgique ne dispose pas de mécanisme approprié en matière de droits humains ou autres.

300 Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, §83, <https://undocs.org/fr/A/HRC/22/53>.

301 Il existe un système de contrôle de l'utilisation de la contention (mécanique) dans les trois communautés. Les données concernant la période de confinement ne sont pas disponibles.

302 CESCR, *op. cit.*, § 29. « (b) Renforcer la redevabilité pour les actes de torture et les mauvais traitements commis dans les établissements de soins en recensant les lois, politiques et pratiques propices aux abus; habiliter les mécanismes nationaux de prévention à exercer une surveillance systématique, à recevoir des plaintes et à intenter des actions en justice ; » Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, § 85(b), <https://undocs.org/fr/A/HRC/22/53>.

8. SURVEILLANCE DES DROITS HUMAINS DANS LES MR/MRS

Comme indiqué dans le chapitre « Contexte », il existe différents mécanismes qui peuvent jouer un rôle dans le contrôle du respect des droits humains des personnes âgées dans les MR/MRS. Les plus directement chargés des tâches d'inspection et de la garantie de la qualité des soins et des services sont l'AVIQ, Iriscare et la *Zorginspectie*. Le *Vlaamse Ombudsdienst* a publié un rapport basé sur des entretiens approfondis entre le 23 et le 29 juin³⁰³.

L'AVIQ³⁰⁴ et la *Zorginspectie*³⁰⁵ ont toutes deux suspendu leurs inspections de routine dans les MR/MRS au début de la pandémie, afin d'éviter de propager davantage le virus. L'AVIQ a toutefois poursuivi des interventions ciblées basées sur des plaintes ou sur la surveillance des données relatives aux infections³⁰⁶. La *Zorginspectie* a conseillé et aidé les MR/MRS à se conformer aux directives, par téléphone ou lors des visites³⁰⁷. Deux organisations faitières de maisons de repos ont déclaré à Amnesty International qu'elles saluaient cette approche³⁰⁸.

Tant dans les interviews d'Amnesty International que lors de l'audition parlementaire flamande, les directeurs-rices des MR/MRS ont qualifié ces visites de « peu utiles », car elles n'apportaient pas de nouvelle information³⁰⁹. Un autre directeur, cependant, s'est dit satisfait de cette approche, quoi qu'il y ait eu un certain retard dans la réponse aux demandes³¹⁰.

À partir de juillet, après la première phase, la *Zorginspectie* a commencé des « visites de prévention » inopinées afin de faire le point et de préparer les maisons de soins à de futures infections³¹¹. Depuis le déconfinement, 469 établissements ont reçu la visite d'un-e agent-e de l'inspection de l'AVIQ³¹².

L'absence de visites officielles s'est produite en même temps que l'interdiction d'autres visites — de la famille et des ami-e-s, ainsi que des médecins traitants. Les parents ont fait part à Amnesty International de leur inquiétude quant à l'absence de contrôle, en particulier en combinaison avec

303 Vlaamse Ombudsdienst, *ibidem*, p. 10.

304 Du 13 mars au 8 juin, l'accès aux établissements a été suspendu en Wallonie. E-mail du directeur Audit et inspection de l'AVIQ, Simon Baude, à Amnesty International, 2/10/20.

305 Cette décision a été prise par un haut fonctionnaire de l'administration. E-mail de la cheffe d'équipe de la *Zorginspectie*, Leen Goossens, Département Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, à Amnesty International, 6/10/20.

306 Trente-et-une institutions d'hébergement ont, malgré tout, fait l'objet de visites sur place pendant cette période, en fonction du contenu des plaintes enregistrées. E-mail du directeur Audit et inspection de l'AVIQ, Simon Baude, à Amnesty International, 2/10/20.

307 Cinquante-quatre fois du 1^{er} au 23 avril. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-over-ondersteuning-in-uitbraakbeheersing-door-zorg-en-gezondheid-en-zorginspectie>.

308 Iris De Mol, interview, 11/9/20 et Bernadette Van Den Heuvel, Directrice Ouderenzorg, Zorgnet-Icuro, interview 8/9/20.

309 Stefan Walgraeve, audition du Parlement flamand, 419, n° 1, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1587361> ; Geert Polfliet, interview, 4/9/20.

310 Kurt Stabel, vice-président de la VLOZO, audition du Parlement flamand, 419, n° 5, <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1596010>.

311 E-mail de Leen Goossens à Amnesty International, 6/10/20. Voir également : <https://www.departementwvg.be/nieuws/zorginspectie-volgt-op-hoe-woonzorgcentra-zich-verder-wapenen-tegen-een-volgende-uitbraak>. Au moment où le ministre Beke a écrit à Amnesty International, la *Zorginspectie* n'avait pas encore effectué d'inspections régulières, mais elle avait procédé à des inspections pour donner suite aux plaintes. Lettre du ministre Wouter Beke à Amnesty International, 8/10/20.

312 130 de ces visites ont porté sur des conseils pointus en matière d'organisation des procédures d'hygiène et 339 sur des missions « post confinement » aux thématiques plus larges. « Ces visites poursuivent un triple objectif : (1) État des lieux sur les événements vécus et sur les besoins spécifiques ; (2) Recommandations, de points de vigilance et de mise en conformité ; (3) Identifier les bonnes pratiques développées. » E-mail de Simon Baude à Amnesty International, 2/10/20.

l'interdiction des visites : « Le pire, je pense, c'est qu'il n'y a aucune forme de contrôle (...). Je connais mon mari et je ne pourrais pas le suivre. (...) Si vous ne pouvez pas y aller, vous ne pouvez pas vraiment faire un suivi »³¹³.

De nombreuses familles, confrontées au délaissement de certain-e-s aîné-e-s en institutions d'hébergement se sont senties démunies, impuissantes et en colère. Pendant la crise de la COVID-19, les mécanismes de plainte ont reçu beaucoup plus de signalements au sujet des maisons de soins, qu'en temps ordinaire³¹⁴. Les plaintes portaient principalement sur les visites et le respect des mesures d'hygiène, mais aussi sur les tests, les restrictions de mouvement, la qualité de vie et les soins, et la récupération des effets personnels des résident-e-s décédé-e-s pendant la crise de la COVID-19. Ce n'est que dans les situations critiques que les plaintes ont été suivies d'une visite.

Les parents ont eu des difficultés à trouver un moyen d'exprimer leurs doléances, notamment en ce qui concerne les modalités de visite. Certaines familles n'osent pas se plaindre à la maison de repos, par crainte des représailles pour leur proche. D'autres ont pris contact avec la direction de la MR/MRS et, selon les organisations faitières des MR/MRS, ce dialogue a généralement permis de mieux comprendre ou de trouver une solution. Toutefois, les proches qu'Amnesty International a interrogé-e-s n'ont pas obtenu de solution satisfaisante. Certain-e-s ont essayé de contacter le *Woonzorglijn*, par exemple, mais dans sa réponse à la plainte, ce dernier n'a fait que partager les directives existantes relatives aux visites et a encouragé les plaignant-e-s à engager un dialogue constructif avec la direction de l'établissement. L'AVIQ suit également un processus qui favorise la conciliation : en cas de plainte des familles, la direction des MR/MRS est contactée afin de rechercher une solution. Par ailleurs, certain-e-s proches n'ont pas fait confiance au mécanisme officiel de plainte, car les lignes directrices sont élaborées par une partie de l'administration.

Compte tenu de l'augmentation du volume d'appels à une époque où les familles n'étaient pas autorisées à se rendre dans les établissements, la suspension des inspections de l'AVIQ et de la *Zorginspectie* semble avoir été une erreur. Du point de vue des droits humains, il est clairement établi que le contrôle par des organismes indépendants est une garantie essentielle pour assurer le respect des droits humains, y compris la protection contre les maltraitances. Les autorités doivent également s'assurer que les organismes de contrôle disposent des moyens nécessaires pour mener à bien leur mission. Ainsi, avec 46 inspecteur-ric-es et auditeur-ric-es pour l'ensemble de la Wallonie³¹⁵, l'AVIQ pourrait ne pas disposer des ressources humaines suffisantes pour effectuer ses inspections.

Dès le 20 mars 2020, le CPT a appelé les États à garantir l'accès des organes de contrôle à tous les lieux de détention, y compris les lieux où des personnes sont maintenues en isolement³¹⁶. Cela s'applique également aux établissements pour personnes âgées. La Belgique n'a pas refusé l'accès aux organes de contrôle, mais ces derniers ont pris la décision de ne pas visiter les établissements belges. En effet, le CPT a également souligné que les organes de contrôle doivent respecter le principe

313 Maria, épouse de Robert, interview, 21/9/20 (traduction).

314 Entre le 1^{er} mars et le 30 septembre, le Woonzorglijn a reçu 1 402 appels, dont 395 plaintes. En 2019, les chiffres étaient respectivement de 671 et 92, en 2018 de 572 et 114. E-mail de Lennert Noppe, Woonzorglijn en Handhaving, Agentschap Zorg en Gezondheid, 1/10/20. AVIQ : « À titre illustratif, alors que nous recevons annuellement moins de 300 plaintes, 235 interpellations ont été adressées à la Direction Audit et Inspection entre avril et fin septembre et ce chiffre ne tient pas compte des très nombreux appels adressés directement par téléphone aux inspecteurs par les familles ou les résidents et ce, essentiellement au niveau des Maisons de repos ». E-mail de Simon Baude, directeur du service Audit et Inspection de l'AVIQ, à Amnesty International, 2/10/2020. Ecoute Seniors: du 17 mars au 31 août 2020, la ligne d'écoute d'Infor-Homes Bruxelles a enregistré 157 plaintes concernant des allégations de maltraitances en MR/MRS, contre 120 durant la même période en 2019. 84 de ces plaintes concernaient des maltraitances institutionnelles et, parmi celles-ci, 62 portaient sur les restrictions de visites, de sorties et le confinement en chambre. E-mail d'Infor-Homes Bruxelles à Amnesty International, le 05/10/2020 et 28/10/2020. De même, le service juridique de l'ASBL Senoah (anciennement Infor-Homes Wallonie) et du *Vlaamse Ouderenraad* ont recueilli des dizaines de témoignages de familles désireuses de porter plainte. ASBL Senoah, service juridique, Tél. : 081.22.85.98. <http://www.senoah.be/> Email de Justine Rooze, beleidsmedewerker Ouderenzorg, Vlaamse Ouderenraad, à Amnesty International, 2/9/20.

315 Chiffre communiqué par la direction Audit et inspection de l'AVIQ, le 2/10/20 dans un e-mail adressé à Amnesty.

316 Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), 20/3/2020, Déclaration de principes relative au traitement des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), point 10, <https://rm.coe.int/16809cfa4b>.

de « ne pas nuire ». Cependant, Amnesty International considère que la décision générale de mettre fin aux visites était une erreur. Compte tenu de l'augmentation du volume d'appels à un moment où les familles n'étaient pas autorisées à se rendre dans les MR/MRS, la suspension des inspections de l'AVIQ et de la *Zorginspectie* est intervenue à un moment où le contrôle était essentiel.

En outre, l'État n'a pas veillé à ce que des mécanismes plus généraux de protection des droits humains soient mis en place. Du point de vue des droits humains, il est clairement établi que le contrôle par des organismes indépendants est une garantie essentielle pour assurer le respect des droits. En particulier, malgré les nombreuses recommandations de divers organes de traités³¹⁷, d'organisations de la société civile et les engagements pris par des membres du gouvernement, l'État belge n'a pas réussi, ces dernières années, à renforcer de manière appropriée l'architecture essentielle des droits humains.

Un organisme de surveillance qui aurait pu jouer un rôle crucial dans la prévention, la surveillance et le traitement des conséquences sur les droits humains des mesures de confinement dans les MR/MRS en particulier, est un mécanisme national de prévention (MNP) tel que prescrit par le protocole facultatif à la Convention contre la torture (OPCAT). La Belgique n'a pas désigné de tel mécanisme de prévention et n'a pas ratifié l'OPCAT³¹⁸. Comme l'a également suggéré le *Vlaamse Ombudsdienst*³¹⁹, un MNP efficace aurait pu permettre de mettre en évidence certaines des lacunes et d'y remédier plus rapidement.

De même, la Belgique ne dispose pas d'une institution nationale des droits humains qui soit pleinement conforme aux principes de Paris³²⁰. En 2020, l'Institut fédéral des droits humains a tenu sa réunion inaugurale, mais son mandat est limité aux compétences fédérales. Outre un mécanisme de prévention, une institution nationale des droits humains pleinement opérationnelle aurait pu jouer un rôle dans la résolution des problèmes liés aux droits humains par le biais d'un suivi, de visites, de mécanismes de plainte et de conseils politiques.

317 Pour plus d'informations, voir : Amnesty International, Belgium: Submission to the United Nations Human Rights Committee, 13/9/19, EUR 14/1041/2019, <https://www.amnesty.be/IMG/pdf/eur1410412019english.pdf>. Les recommandations des organes de traités sur l'architecture des droits humains en Belgique, en particulier celles qui demandent à l'État de créer une institution nationale des droits humains, comprennent : le Comité contre la torture (CAT/C/BEL/CO/2), 19/1/09, § 12 ; Comité contre la torture (CAT/C/BEL/CO/3), 3/1/14, § 9 ; Comité des droits de l'homme (CCPR/C/BEL/CO/5), 16/11/10, § 8 ; Comité des disparitions forcées (CED/C/BEL/CO/1), 15/10/14, § 10 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW/C/BEL/CO/6), 7 novembre 2008, § 34 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW/C/BEL/CO/7), 14/11/14, § 12-13 ; Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD/C/BEL/CO/15), 7/3/08, § 10 ; Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD/C/BEL/CO/16-19), 14/3/14, § 7 ; CESC (E/C.12/BEL/CO/3), 4/1/08, § 26 ; CESC (E/C.12/BEL/CO/4), 23/12/13, § 8 ; Comité des droits des personnes handicapées (CRPD/C/BEL/CO/1), 28/10/14, § 48-49. Aussi : UN/A/HRC/18/3 et A/HRC/32/8.

318 Amnesty International, Belgium : Submission to the United Nations Human Rights Committee, 13/9/19, EUR 14/1041/2019, <https://www.amnesty.be/IMG/pdf/eur1410412019english.pdf> et Amnesty International, Belgium: Submission to the United Nations Committee Against Torture: 51st Session of the United Nations Committee Against Torture, 11/10/13, <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR14/002/2013/en/>.

319 Vlaamse Ombudsdienst, *op. cit.*, p. 10.

320 <https://nhri.ohchr.org/EN/AboutUs/Pages/ParisPrinciples.aspx>.

9. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Lors de la première phase de l'épidémie de COVID-19 en Belgique, les droits des résident-e-s des MR/MRS ont été violés.

Deux tiers de toutes les personnes décédées de la COVID-19 en Belgique étaient des résident-e-s de MR/MRS, la plupart d'entre eux-elles étant mort-e-s en maison de repos et non à l'hôpital. En raison des échecs des gouvernements, beaucoup de ces personnes et d'autres qui sont mortes d'autres causes que la COVID-19 au cours de la même période ont pu être privées d'une fin de vie digne. Pour d'autres, leur décès était prématuré et aurait peut-être pu être évité grâce à de meilleurs soins.

L'incapacité de l'État à remédier aux défaillances structurelles et de longue date dans le secteur des soins a contribué à la gravité de l'épidémie et à l'impact sur les droits humains des résident-e-s des MR/MRS. Parmi ces manquements, on peut citer le fait de ne pas garantir la présence d'un nombre suffisant de soignant-e-s, suffisamment formé-e-s, dans les maisons de repos et les hôpitaux.

La structure fragmentée et complexe de l'État a également contribué à la mise en place de communications et de lignes directrices chaotiques et peu claires. Elle soulève également des questions sur la responsabilité dans la mesure où l'expression « tou-te-s les ministres sont compétent-e-s, mais personne n'est responsable » semble être une caractéristique essentielle des structures de gouvernance des soins de santé.

Bien que la sauvegarde de la capacité des hôpitaux soit un objectif politique légitime, la "dépriorisation" *de facto* des soins de santé et du bien-être des résident-e-s des MR/MRS est discriminatoire et entraîne des souffrances supplémentaires et inutiles, en raison d'un accès réduit aux hôpitaux et aux soins médicaux, d'un manque de tests et d'EPI, et de mauvaises directives. En conséquence, les résident-e-s des MR/MRS se voyaient refuser l'accès au meilleur état de santé possible.

Les recherches d'Amnesty International suggèrent que les mesures de confinement ont eu un impact physique et psychosocial dévastateur sur les résident-e-s des MR/MRS, notamment en exacerbant les conséquences de la surcharge de travail du personnel ; que les résident-e-s des MR/MRS n'ont pas été consulté-e-s au sujet des restrictions supplémentaires ; et que leur liberté et leur capacité d'action n'ont généralement pas été dûment prises en compte.

Enfin, comme les décisions et les échecs du gouvernement ont mis les résident-e-s des MR/MRS dans des positions plus vulnérables, l'incapacité de l'État à assurer un suivi, y compris par des mécanismes de droits humains, a sans aucun doute maintenu de nombreuses situations problématiques dans l'ombre, en particulier lorsque les visites n'étaient pas autorisées.

Il est important de tirer au plus vite les leçons de la manière dont chaque niveau de pouvoir a fait face à la crise pour que les erreurs commises ne se reproduisent plus. Des enquêtes parlementaires sur la conduite des gouvernements respectifs durant la première phase de la pandémie de COVID-19

ont été mises en place aux différents niveaux de pouvoir. Des commissions spéciales ou *ad hoc* ont été créées au sein des parlements fédéral³²¹, bruxellois³²², wallon³²³ et flamand³²⁴. Actuellement, ces commissions ne sont pas des commissions d'enquête parlementaires qui auraient des pouvoirs d'investigation similaires à ceux d'un juge d'instruction, y compris la possibilité de convoquer des témoins et de les entendre sous serment, les commissions actuelles ne pouvant que les inviter. Toute enquête publique doit s'inscrire dans le cadre des droits humains et se référer en particulier aux obligations des gouvernements de respecter les droits de tou-te-s, en vertu des législations nationales et des conventions internationales auxquelles ils ont souscrit.

Il est urgent que les différents gouvernements prennent toutes les dispositions nécessaires pour que les violations des droits des personnes âgées qui ont eu lieu pendant la première phase ne se reproduisent plus. Amnesty International demande dès lors que des décisions proactives et des mesures appropriées soient prises pour garantir les droits des personnes âgées et assurer sans délai :

- le respect et la réalisation du droit des résident-e-s des MR/MRS au meilleur niveau de soins possible, notamment en garantissant :
 - que des tests réguliers et fréquents et des EPI en quantité et en qualité suffisantes soient fournis de manière prioritaire aux résident-e-s et au personnel des MR/MRS, accompagnés de directives claires et d'une formation concernant leur utilisation adéquate ;
 - que les décisions d'hospitaliser les personnes âgées soient prises uniquement sur la base de critères médicaux individualisés tenant compte des besoins de chacun-e et des meilleures connaissances scientifiques disponibles ;
 - que les projets thérapeutiques, discutés avec les personnes âgées en dehors de toute situation d'urgence, et précisant leur volonté ou non d'être hospitalisé-e-s, soient respectés ;
 - que les résident-e-s des MR/MRS aient un accès complet et égal aux soins hospitaliers ;
 - qu'au sein des MR/MRS, des soins supportifs et palliatifs de qualité soient garantis aux personnes âgées les plus vulnérables, dont le transfert à l'hôpital n'est pas envisageable ;
 - que toute personne âgée revenant d'un séjour à l'hôpital ou entrant en MR/MRS puisse systématiquement être testée, pour éviter de contaminer les autres résident-e-s ;
 - que les directives fournies au personnel des MR/MRS soient basées sur des données scientifiques solides et non pas dictées par la pénurie d'équipement de protection ;
- que les directives relatives aux visites dans les MR/MRS mettent l'intérêt des résident-e-s au premier plan, en tenant compte des différentes sources de risques ainsi que des éventuelles mesures d'atténuation de ceux-ci— telles que des tests plus fréquents pour le personnel soignant, les résident-e-s et les visiteurs-euses, des protocoles de travail et la fourniture d'EPI de qualité adéquate pour minimiser le risque d'infection ;
- que les MR/MRS soient habilitées à élaborer des politiques de visite qui respectent et rendent effectifs les droits humains des résident-e-s, qui donnent la parole et la capacité d'agir à ces dernier-e-s de même qu'à leurs familles ou à leurs tuteurs-trices légaux-ales, et qui garantissent la sécurité des personnes âgées, des visiteurs-euses et du personnel ;
- que soient garanties la représentation et la participation adéquates des résident-e-s des MR/MRS, du secteur des maisons de repos et du personnel soignant dans les processus de planification et de décision liés aux questions qui ont un impact sur les résident-e-s à tous les niveaux.

321 La commission spéciale Gestion Covid-19, <https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?language=fr§ion=/pri/covid&story=-commission.xml>.

322 La commission spéciale consacrée à la gestion de la pandémie du Covid-19 <http://www.parlement.brussels/composition-de-commission-speciale-consacree-a-gestion-de-pandemie-covid-19/>.

323 La commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 par la Wallonie (2019-2024). https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=composition_com_det&id=281.

324 Commissie ad hoc ter evaluatie van het Vlaamse coronabeleid en tot opzetten van een postcoronatraject, <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/1396349>.

Afin d'améliorer les mécanismes de contrôle et de renforcer les mesures permettant d'établir les responsabilités, Amnesty International demande instamment à la Belgique de :

- ratifier le Protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, sans plus tarder et sans aucune réserve ;
- mettre en place en priorité un mécanisme national de prévention qui puisse surveiller tous les lieux où des personnes sont privées de liberté, y compris les MR/MRS, en particulier lorsque des mesures de confinement sont en place ;
- réformer l'Institut fédéral des droits humains afin qu'il soit pleinement conforme aux principes de Paris, notamment en veillant à ce que toutes les questions relatives aux droits humains relèvent de son mandat, y compris les compétences régionales et les questions transversales ;
- exiger que l'Institut fédéral des droits humains mette en place une procédure de plainte individuelle ;
- ratifier, sans plus tarder, le protocole n° 12 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- accepter tous les autres articles de la Charte sociale européenne (révisée), en particulier l'article 23 relatif au droit des personnes âgées à la protection sociale et prendre toute mesure juridique et politique nécessaire pour mettre en œuvre ses dispositions.

Il n'est pas possible, dans le cadre du présent rapport, de traiter toutes les lacunes structurelles qui ont contribué aux violations des droits humains décrites. Néanmoins, il est clair que le sous-financement structurel, qui entraîne un nombre insuffisant d'infirmier-e-s et de soignant-e-s dans les MR/MRS, doit être traité de toute urgence et qu'une modification des normes légales pour augmenter le personnel financé dans les MR/MRS semble essentielle.

Au moment de la publication de ce rapport, la Belgique se trouve au milieu d'une autre vague de la pandémie. Si certaines questions qui étaient très problématiques durant la première période de la pandémie semblent être résolues, d'autres (comme la capacité de dépistage) restent très urgentes et doivent être traitées immédiatement. Il est de la plus haute importance que les autorités belges donnent la priorité aux efforts visant à respecter, protéger et rendre effectifs les droits humains des résident-e-s des MR/MRS dans le cadre de la crise de la COVID-19 et des politiques à plus long terme visant à contrer la pandémie.

LES MAISONS DE REPOS DANS L'ANGLE MORT

*Les droits humains des personnes âgées pendant
la pandémie de COVID-19 en Belgique*

Amnesty International Belgique

Novembre 2020



Facebook.com/amnestybe



Twitter.com/amnestybe

www.amnesty.be

AMNESTY
INTERNATIONAL

