



Fédération
des CPAS

AVIS DE LA FEDERATION DES CPAS

N° 2021-06

**ADRESSE A :
LA COMMISSION SPECIALE DE LA CHAMBRE DES
REPRESENTANTS CHARGEES D'EXAMINER LA GESTION DE
L'EPIDEMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE**

12 FEVRIER 2021

Personnes de contact :

Jean-Marc Rombeaux - Tél : 081 24 06 54 - mailto : jean-marc.rombeaux@uvcw.be

Alain Vaessen - Tél : 081 24 06 50 - mailto : alain.vaessen@uvcw.be



CONTEXTE

La Commission spéciale de la Chambre des représentants chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de COVID-19 par la Belgique a sollicité l'avis de la Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie en date du 15 janvier 2021 et nous l'en remercions.

ndlr :

- ***Cet avis reprend les questions posées par la Commission en ce qui concerne les points pour lesquels seuls les CPAS sont concernés.***
- ***La Fédération des CPAS bruxellois rejoint l'avis de la Fédération des CPAS wallons.***

GENERALITES

- ***Pourriez-vous synthétiser votre rôle dans la gestion de la crise sanitaire ? Comment l'évaluez-vous ?***

Le rôle des Fédérations des CPAS a été principalement de faire remonter du terrain (CPAS) les difficultés et les besoins, afin d'éclairer les différents niveaux de pouvoir sur les mesures à prendre. Les Fédérations ont aussi centralisé toutes les décisions, circulaires, dispositions prises pour en informer utilement leurs membres.

- ***Avez-vous des recommandations à formuler en vue d'améliorer la gestion de la crise du point de vue des pouvoirs locaux ?***

Une meilleure coordination interfédérale, surtout sur les problématiques fragmentées entre les niveaux de pouvoir (matériel de protection, testing...), mais aussi sur les dispositions qui sont liées (organisation des organes décisionnels, fonctionnement de l'institution CPAS...).

- ***Quelles recommandations souhaiteriez-vous adresser à cette commission ?***

La crise a mis dans une crue lumière la dépendance de l'Europe pour bon nombre de produits essentiels à la santé. Cela a abouti à une impasse sanitaire. L'Europe a commencé à rectifier le tir. A Bruxelles, Iriscare va lancer une centrale d'achat. C'est une bonne décision de mutualisation. Elle peut aider à un approvisionnement de qualité à coût modéré. Comment assurer à long terme la sécurité d'approvisionnement de biens devenus quasi de première nécessité ?

Ce mouvement doit s'inscrire dans la durée. Après des crises, des discours sur l'air de « plus jamais ça » ne sont pas rares. Or, les sociétés oublient. Dans cette optique, les Fédérations de CPAS bruxellois et wallons ont suggéré qu'un débat sur une prévoyance épidémie à l'échelon fédéral soit possible de sorte à pérenniser la capacité à répondre à une épidémie¹.

Cette crise a aussi exacerbé la complexité de l'architecture institutionnelle belge et la nécessité d'avoir une coordination davantage centralisée et des consignes homogènes entre les entités fédérées.

Enfin, la gestion de l'urgence aurait dû, dès après la mise en place d'un Gouvernement de plein exercice, s'accompagner d'une concertation plus importante des acteurs de terrain et de décisions / dispositions juridiques davantage solides.

¹ Cette idée est abordée dans l'étude du 15 juillet mentionnée plus haut.



4° PRÉPARATION ET PLANIFICATION DE LA GESTION DE CRISE

- ***Le matériel de protection éventuellement disponible au niveau local a-t-il été centralisé afin d'être réparti là où les besoins étaient les plus importants localement, par exemple les hôpitaux ou les services de première ligne (maisons de repos et de soins), ou bien n'existait-il aucune coordination mutuelle à propos des stocks limités encore disponibles de matériel de protection ?***

A notre connaissance, il n'y a pas eu une coordination à l'échelon local pour les achats et la répartition du matériel de protection.

Les achats centralisés ont été faits par les Régions à partir de fin mars. A Bruxelles, Iriscare s'est appuyé sur les communes pour la distribution.

5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE

5.0. Généralités

- ***Estimez-vous avoir disposé des moyens nécessaires pour assumer votre rôle ? Je pense notamment à l'information indispensable pour la mise à jour de vos fiches "COVID-19 et pouvoirs locaux".***

Oui, mais au prix d'un travail de veille informative colossale. Les informations manquaient en effet de centralisation et de structuration, chaque institution communiquant de façon isolée et éclatée au travers de ses propres canaux de communication.

- ***Celles-ci vous informent-elles systématiquement ou bien deviez-vous solliciter l'information ?***

Dans certains cas, l'information devait être sollicitée. Dans la plupart des cas, elle devait être recherchée, « veillée », monitorée.

- ***Les informations reçues sont-elles généralement claires et complètes ?***

1. Des circulaires se sont accumulées. Si elles étaient très complètes, leur lecture et maîtrise demandaient un temps certain et elles n'étaient pas toujours d'accès aisé. Certains points étaient difficilement applicables avec des personnes atteintes d'une affection type Alzheimer. Pour mémoire, c'est près de 40 % des résidents en maisons de CPAS. Progressivement, à Bruxelles, Iriscare a développé des visuels avec des codes couleur. Cette bonne initiative a significativement amélioré les choses. Pour l'avenir, en cas de nouvelle épidémie, il faudra avoir une synthèse des recommandations directement applicables avec des visuels en support.

2. Certaines consignes ont évolué avec le temps. Le cas le plus évident est celui de l'usage des masques. Cela a posé des problèmes de compréhension. A certains moments et à certains endroits, cela a entamé le crédit des consignes. En d'autres mots, si les consignes sont changeantes, peut-on les « croire » ?

3. En Wallonie, le 13 mars, le confinement est communiqué par voie de circulaire. A Bruxelles, c'est un arrêté de police régional qui l'édicte. Le confinement est une mesure qui restreint drastiquement une liberté fondamentale, la liberté de mouvement. La fonder sur une circulaire est juridiquement fragile et n'est pas satisfaisant démocratiquement. Le Secteur a demandé une



base réglementaire comme à Bruxelles. Apparemment, ce n'est pas possible en Wallonie via un Ministre régional. La voie la plus évidente était alors un arrêté du Gouverneur. Lors d'une réunion de concertation le 4 avril, la Fédération des CPAS wallons a interpellé le représentant des Gouverneurs. Il a alors estimé qu'un tel arrêté n'était pas nécessaire. « Heureusement », il n'y pas eu de contentieux judiciaires sur les visites durant la première vague. Mais s'il y en a, quelle sera la décision et la motivation du juge ?

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

- ***Dans quelle mesure les pouvoirs locaux ont-ils été (sont-ils encore) consultés lorsque les décisions des entités fédérées ont une incidence sur leur fonctionnement ou impliquent des initiatives de leur part ?***

Pour les maisons de repos du secteur public, des concertations régulières ont eu lieu au niveau Régional. S'il y a eu des désaccords, il y avait de larges convergences.

Pour l'ensemble des autres matières gérées par les CPAS, la consultation a été bonne avec les Fédérations des CPAS, mais à un niveau opérationnel et moins stratégique (cfr. autre point) à l'exception de la Ministre de l'Intégration sociale et de son administration (où la concertation était aussi stratégique). Par contre, la concertation portait sur les mesures à l'attention de la population et qui transitaient par les CPAS, les impacts sur le fonctionnement des CPAS et leurs finances sont (légitimement) intervenus plus tard. Il est d'ailleurs grand temps de s'en soucier, pour la suite des conséquences sociales de cette crise.

- ***Les pouvoirs locaux ont-ils globalement pu assurer la continuité de leurs services malgré la crise ?***

Les CPAS ont été identifiés comme service essentiel au sens de l'arrêté royal du 18 mars 2020. Ils n'ont pas eu d'autre choix que d'assurer la continuité de service vis-à-vis de la population, ce qui était parfaitement normal. Ils l'ont fait selon des dispositions et modes opérationnels revus, adaptés. Des permanences physiques ont été maintenues. Encore aujourd'hui, les CPAS étant considérés comme service essentiel, tenus par des délais de rigueur, ils ont vu leurs missions élargies implicitement par ce que d'autres institutions sociales n'ont pu assumer du fait des nouvelles modalités de travail (télétravail obligatoire), des mesures de confinement des travailleurs imposées à un certain moment, et des cas Covid et/ou de quarantaine. Dans ce sens, il serait inadmissible que les travailleurs sociaux de 1^{ère} ligne en CPAS, à tout le moins, ne soient pas considérés comme fonction essentielle dans le Phase 2 de la vaccination.

- ***Pensez-vous que les autorités locales devraient être davantage associées à la prise de décisions ? Peut-être au travers d'instances comme la VVSG ? Cela faciliterait-il la mise en œuvre des mesures ?***

Oui, au travers de la VVSG, de l'UVCW et de la Fédération des CPAS de Wallonie, de Brulocalis et de la Fédération des CPAS de Bruxelles.



5.4. Mise à disposition du matériel de protection pour la population

- ***Les résidents des maisons de repos (et de soins) ont-ils également reçu des masques ou des filtres ?***

Dans un premier temps, les consignes étaient de réserver les masques chirurgicaux au personnel de soins et de prévoir des masques en tissus pour le personnel non soins qui souhaitaient porter un masque.

Environ 40 % des résidents des maisons de repos sont des personnes désorientées. Avec elles, le respect de la distance de 1,5 m était très difficile. Il a été tenté de leur faire porter des masques. Cela n'a pas fonctionné.

- ***Les CPAS ont-ils distribué de nombreux filtres à des personnes vulnérables ?***

A l'échelon local et avec des volontaires, il y a eu des productions de masques en tissus.

5.6. Disponibilité et distribution des biens et produits de lutte contre la pandémie

5.6.3. Vaccins

- ***Quel est le rôle de l'UVCW et de la VVSG dans la campagne de vaccination actuelle ? Quelle est votre opinion sur le déroulement de cette campagne ? Comment y êtes-vous associés et comment se déroule la coopération avec les autorités ?***

1. Pour les maisons de repos, il y a eu des concertations depuis Noël sur la communication au secteur dans le cadre de cette campagne. Techniquement parlant, la vaccination se passe globalement bien avec quand même des 'couacs' à l'allumage.

Il a été difficile de sensibiliser/joindre le personnel qui était visé en première semaine de janvier car c'était la 'trêve des confiseurs'.

Par ailleurs, il y a eu des instructions variables quant à la vaccination du personnel en Wallonie :

- d'abord les résidents et le personnel ;
- ensuite les seuls résidents ;
- enfin la capacité agréée majorée de 20 %.

Cela a causé des attentes non rencontrées et a impliqué un rush pour le personnel qui en bout de course ne s'imposait pas. Vu la fatigue du terrain, cela été mal vécu.

A contrario, le passage « subit » à six vaccins par fiole a impliqué dans certains cas de rappeler du personnel pour ne pas « gaspiller » de vaccin.

1.2. Suite à la vaccination, outre le taux relativement plus bas pour le personnel, les préoccupations suivantes sont exprimées :

- comment seront vaccinés les nouveaux membres du personnel et les nouveaux résidents ? Il risque d'y avoir un « trou » entre la phase 1.a. et la phase 1.b. (personnes de 65 ans et +) ainsi que 2 (vaccination générale). La question a été posée à l'Aviq et Iriscare et est sans réponse à ce jour ;
- vu que le taux est relativement plus bas pour le personnel, risque de vulnérabilité (contamination et absence du personnel) pour la continuité des soins en cas d'outbreak ;
- l'immunité collective est fixée à 70 %. Or, selon notamment le professeur Coppieters, il faut 80 % dans une collectivité. Dans la mesure où certaines variantes sont plus contagieuses, ne faut-il pas aller au-delà des 70 % ?



- les plaintes des familles sont plus fréquentes et plus incisives. Cela devient long. Elles ne comprennent pas/plus. Il faut donner un « plus » à ceux qui viennent de se faire vacciner. Le personnel est fatigué. Il a besoin de contacts humains et envie de soins relationnels. Des mesures d'allègement et d'assouplissement pour les résidents vaccinés sont attendues avec une certaine « impatience ». Selon nos informations la question est à débattre en Codeco.

2. A ce jour, la sensibilisation à la vaccination se fait en bonne partie sur base de webinaire et flyers « généralistes ». Le webinaire ne fonctionne pas avec tout le monde. Un membre du personnel n'a pas toujours envie de regarder une heure de discussion qui est parfois dans un langage qui ne lui est pas totalement accessible.

En termes de communication, outre les webinaires, il serait utile de développer davantage des visuels ainsi que des Faq et « fact checking ». L'idée est de communiquer dans un langage simple, clair et bref sur les avantages du vaccin et de « déconstruire » des idées qui posent problème.

A ce jour, il y a trois grandes « idées préconçues » contre la vaccination :

- le vaccin n'est pas fiable car on a été trop vite. On peut déconstruire en expliquant ;
- les effets secondaires à long terme ne sont pas connus. On peut au minimum la relativiser ;
- si la vaccination est déconseillée pour les femmes enceintes ou allaitantes alors on prend un risque général avec la fertilité. Cet argument a aussi circulé lors de campagne de vaccination contre la polio en... Afrique².

Par ailleurs, certains travailleurs préfèrent attendre les vaccins développés selon les méthodes « classiques » car selon eux, ils sont plus « sûrs ».

Ces Faqs pourraient être diffusées sur le net par écrit ainsi que vidéos et via des flyers. Ce devrait être fait avec des scientifiques pour le contenu et les professionnels de la prévention de la santé pour la forme et les canaux.

3. Les CPAS avaient été considérés comme exerçant une fonction essentielle aux termes de l'arrêté ministériel du 18 mars 2020 portant des mesures d'urgence pour limiter la propagation du coronavirus COVID-19. Le CPAS joue un rôle de dernier filet de protection sociale pour les personnes les plus précaires de notre société. Dans le contexte actuel, le virus frappe davantage ces personnes. Il en résulte que le risque pris par les travailleurs des CPAS est relativement plus grand. A certains endroits, la maison de repos et le bâtiment du CPAS se jouxtent. Du personnel des services centraux du CPAS va dans la maison de repos.

Les Fédérations sont bien conscientes que des demandes similaires affluent et que des difficiles arbitrages seront nécessaires, particulièrement vu les difficultés de livraisons de vaccins.

Dans ce contexte, un moyen terme pourrait être de cibler au moins les travailleurs sociaux et le personnel d'accueil des CPAS qui ont un contact direct avec la population.

² Pr Van Damme, Terzake, 3.2.2020.



9° CHAÎNE DE COMMUNICATION AUTORITÉS FÉDÉRALES

- ***Avez-vous été en contact avec les différents organes créés pour gérer cette crise du covid ? Comment cela s'est-il passé ?***

Si les maisons de repos sont de compétence régionale, au cours de la crise, le centre de gravité s'est toutefois déplacé vers le Fédéral. Le secteur des maisons de repos n'a été contacté qu'à deux reprises par celui-ci. Une première fois lorsque des structures intermédiaires étaient envisagées pour « désengorger » les hôpitaux. Certains pensaient alors que les maisons de repos devaient jouer ce rôle³. Un second contact eut lieu lorsque les oxy-concentrateurs risquaient de manquer.

Par contre, il n'y eut aucune concertation avant l'annonce par le CNS de la reprise des visites en maison de repos. Pour mémoire, le 15 avril 2020, le CNS a décidé de permettre à nouveau les visites pour améliorer le bien-être des résidents. Si l'intention est bonne, la décision n'a pas été concertée et était à appliquer alors que la crise restait aiguë et le matériel de protection rare. Dans les maisons de repos, cela a été le tollé. Sauf erreur, ce fut la seule et unique fois que le CNS parla des maisons de repos. C'est difficilement compréhensible.

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

A contrario, la priorité donnée aux maisons de repos pour la vaccination en 2021 est à saluer. Lors du lancement de la campagne de vaccination, il y a eu un réel effort de communication de la Taskforce vaccination.

Plus largement, les différentes institutions ont bien concerté les acteurs de terrain, dont les Fédérations des CPAS, mais cela se faisait dans une urgence parfois injustifiée.

A contrario, nous pouvons regretter l'effet de « vase clos » qui a prévalu au niveau du Comité de concertation et du CNS, dans lesquels la dimension sociale n'a été que très peu prise en compte. Les conséquences sanitaires de cette crise ont largement prévalu, les acteurs « du social » n'ont (quasi) pas été consultés au plus haut niveau de décision, monopolisés par les experts épidémiologistes et les infectiologues. Ce n'est que très tard dans le processus et la crise qu'à la faveur des conséquences sociales de cette crise, cette dimension a été considérée, et pas toujours prise en compte.

- ***Estimez-vous que les questions, craintes, difficultés que vous exprimiez étaient entendues par les acteurs politiques ?***

Le 17 mars, à l'instigation des Fédérations d CPAS, dans un courrier adressé à la Ministre fédérale de la Santé et en copie aux Ministres régionaux, le secteur des maisons de repos a demandé une priorité tant au niveau du matériel de protection que de testing vu la vulnérabilité et la comorbidité des résidents. Beaucoup a été fait mais avec retard : des semaines ont été perdues. Les contaminations croisées ont alors pullulé, particulièrement là où les aînés étaient désorientés.

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

« Comme vous le savez, il y a une pénurie mondiale de masques. L'autorité publique a fait plusieurs commandes des masques. Mais nous devons rationaliser leur distribution et leur usage

³ Fort heureusement, à la différence de l'Italie et du Royaume-Uni, ce ne fut pas le cas.



lorsque nous aurons des stocks disponibles. Le Risk Assessment Group (RAG), composé de scientifiques, et le Risk Management Group (RMG), composé de représentants de tous les gouvernements, ont évalué quels prestataires de soins de santé devraient être prioritaires (...) Les autorités ont désigné les groupes cibles suivants comme prioritaires : les hôpitaux, les ambulances, les centres de tri, les professionnels de la santé en général, le personnel des laboratoires et les cas suspects/confirmés en collectivités résidentielles ».

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

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

« Les personnes souffrant d'infections des voies respiratoires qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ne sont plus testées. On part du principe qu'elles ont le COVID-19. Le médecin généraliste leur demande d'appliquer l'isolement à domicile.

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

A ce moment, seule une très petite partie des résidents est éligible pour le testing. Il ne concerne pas le personnel d'hébergement en maison de repos. Or, en ces maisons, tout le personnel qui s'occupe de l'entretien des chambres et de la distribution de repas a une proximité avec les résidents. En outre, il y a alors discussion sur ce qu'il faut entendre par personnel soignant. Certains membres du personnel de soins de maison de repos qui se sont présentés en hôpital se sont vu refuser le test car jugé non prioritaires.

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

Marius Gilbert (ULB) a observé que les décideurs et les experts se sont focalisés sur le milieu hospitalier. Marqués par la situation italienne, ils ont voulu éviter la saturation des hôpitaux et l'attention s'est détournée des maisons de repos, un « compartiment » (sic) vulnérable⁴. Au Parlement wallon, Yves Van Laethem a corroboré. « *Au départ, on a favorisé les hôpitaux parce que l'on avait l'exemple cuisant de la Lombardie, (...) On a donc été « hospitalo-centrique », c'est vrai* »⁵.

On a perdu 4 à 6 semaines en maison de repos.

Plus largement et comme indiqué par ailleurs, nous pouvons regretter l'effet de « vase clos » qui a prévalu au niveau du Comité de concertation et du CNS, dans lesquels la dimension sociale n'a été que très peu prise en compte. Les conséquences sanitaires de cette crise ont largement prévalu, les acteurs « du social » n'ont (quasi) pas été consultés au plus haut niveau de décision, monopolisés par les experts épidémiologistes et les infectiologues. Ce n'est que très tard dans le processus et la crise qu'à la faveur des conséquences sociales de cette crise, cette dimension a été considérée, et pas toujours prise en compte.

⁴ CQFD, COVID-19 : et si on faisait un premier bilan?, 18.5.2020, après 10 min.

⁵ Crac PW n°12, p. 114



12° RÔLE DU CENTRE DE CRISE

- ***Estimez-vous que vous devriez jouer un rôle plus important/différent dans la gestion d'une telle crise par rapport au rôle que vous avez rempli dans la gestion de cette crise ? On a constaté qu'il manquait une unité de commandement et une unité de communication. Estimez-vous que cela relève des missions du centre de crise ? Le rôle de communication à l'égard des professionnels de la santé d'une part et de la population d'autre part ne relève-t-il pas des missions du centre de crise ?***

Oui, sans conteste. Une telle crise aurait dû être gérée avec un panel plus large d'experts au plus haut niveau, celui du Premier Ministre. Les experts du social ont été inexistantes, ce qui est inacceptable. L'ensemble des décisions devaient être prises à l'aune de leurs effets plus larges, notamment sociaux (précarisation d'une partie de la population, effets psycho-sociaux du confinement, décrochage des jeunes, etc.). Toutes ces dimensions sociales et les conséquences sociales de cette crise ont été occultées car simplement non représentées par les acteurs clés dont les Fédérations des CPAS.
