

COMMISSION SPECIALE
CHARGE D'EXAMINER LA
GESTION DE L'EPIDEMIE DE
COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 29 JANVIER 2021

Matin

BIJZONDERE COMMISSIE
BELAST MET HET ONDERZOEK
NAAR DE AANPAK VAN DE
COVID-19-EPIDEMIE DOOR
BELGIË

van

VRIJDAG 29 JANUARI 2021

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.05 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 05 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met:

- mevrouw Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder, en de heer Marc Geboers, directeur Algemene Ziekenhuizen, Zorgnet-Icuro;
- de heer Christophe Happe, algemeen directeur, en mevrouw Aline Hotterbeex, verantwoordelijke hospitaal- en zorgsector, UNESSA vzw;
- mevrouw Patricia Lanssiers, algemeen directeur, en de heer Dieter Goemaere, Chief economist en directeur ziekenhuizen, GIBBIS;
- de heer Yves Smeets, algemeen directeur, Santhea vzw;
- de heer Vincent Fredericq, algemeen secretaris, Ferubel-Femarbel.

Audition de:

- Mme Margot Cloet, administrateur délégué, et M. Marc Geboers, directeur Algemene Ziekenhuizen, Zorgnet-Icuro;
- M. Christophe Happe, directeur général, et Mme Aline Hotterbeex, responsable secteur hôpitaux et département soins, UNESSA asbl;
- Mme Patricia Lanssiers, directeur général, et M. Dieter Goemaere, Chief economist et directeur hôpitaux, GIBBIS;
- M. Yves Smeets, directeur général, Santhea asbl;
- M. Vincent Fredericq, secrétaire général, Ferubel-Femarbel.

De **voorzitter**: Goedemorgen allemaal, ik stel voor dat we van start gaan, want we hebben een drukke agenda, met heel wat organisaties die ons gaan vertellen hoe zij de crisis en de aanpak van de crisis hebben ervaren.

Mevrouw Cloet en de heer Geboers van Zorgnet-Icuro zijn hier fysiek bij ons aanwezig.

Via Zoom verwelkomen we ook de heer Happe, algemeen directeur, en mevrouw Hotterbeex, verantwoordelijke hospitaal- en zorgsector, van UNESSA. Zij zullen samen met de heer Smeets van Santhea een toelichting geven.

Mevrouw Patricia Lanssiers, algemeen directeur, en de heer Dieter Goemaere, Chief economist en directeur ziekenhuizen, GIBBIS, zijn hier ook fysiek aanwezig.

Deze namiddag staat er ook nog een en ander op het programma, maar daarover zullen we het later hebben.

Ik stel voor dat we starten met de mensen van Zorgnet-Icuro. Zij zullen hun inleiding geven.

Mevrouw Cloet, ik geef u graag het woord.

Margot Cloet: Ik wil u eerst bedanken dat we hier vandaag een getuigenis mogen brengen in het hart van de democratie. Dat appreciëren we heel sterk.

Het hoeft geen betoog dat we in bijzondere en moeilijke tijden leven. De crisis tast heel de samenleving aan, in het bijzonder de zorgsector. We staan onder heel zware druk en we moeten grote inspanningen leveren om de zorg niet over de kop te laten gaan. Op sommige momenten hebben we daar nochtans heel dichtbij gestaan. Dat is een wake-upcall geweest, want we dachten dat we alles onder controle hadden. We dachten dat we ons leven en onze vrijheid onder controle hadden, maar dat blijkt nu niet het geval te zijn. We moeten dat zeker in het achterhoofd houden bij een evaluatie. En daarmee steek ik zeker ook de hand in eigen boezem.

De situatie was voor iedereen moeilijk en nieuw, maar er was een ongelooflijke drive om het goed te doen. Ook bij de organisatie van de vaccinaties blijkt dat er veel spanningen zijn en weinig tijd voor ethische reflectie. Doen we de dingen wel zoals we zouden willen? Niet altijd, en die spanning tussen fysieke en mentale gezondheid, tussen economie en autonomie, voelen we nu sterk. Collectieve maatregelen staan vaak tegenover zaken die we individueel willen doen. In de zorg is het belangrijk om keuzes te kunnen maken, maar soms hebben we mensen niet kunnen helpen of hebben we anderen zelfs in de steek moeten laten. Dat is heel moeilijk voor zorgverleners, die eigenlijk voor iedereen willen zorgen.

De maatregelen die genomen zijn, waren nodig, maar we hebben het er ook moeilijk mee gehad. Denk maar aan de zomer of aan de tweede golf. We zullen er ook nog lang, en wellicht langer dan we willen, mee moeten omgaan. Niettemin zijn ze nodig om de zorg op poten te houden.

Hiermee wil ik het belang van het menselijk kapitaal in de zorg benadrukken. Nog nooit is zo duidelijk gebleken dat de zorg in de eerste plaats mensenwerk is. Zorgverlening kun je niet zomaar in een draaiboek schrijven en uit een machine laten rollen, alle technologische vooruitgang ten spijt. Het vermogen van de zorg om de crisis de baas te kunnen was soms ook begrensd door hoe de medewerkers zich voelden en door de beschikbaarheid van voldoende opgeleid personeel.

De laatste maanden heeft een belangrijk principe ons parten gespeeld, namelijk de mimetische begeerte. We willen namelijk altijd doen wat de anderen ook kunnen: we willen mondkmaskers, we willen getest en gevaccineerd worden, we willen in alles de eerste zijn. Dat is heel menselijk, maar we zullen daar rekening mee moeten houden.

Ik hoop dat we met zijn allen het de volgende maanden en jaren zullen volhouden en dat we het evenwicht zullen terugvinden tussen economie, zorg en het warmmenselijke, dat we nodig hebben. Dat zal ontzettend belangrijk zijn. Dat is wat ik in mijn inleiding ook wil meegeven.

Laten we terugkeren naar de realiteit. Niemand minder dan dokter Geboers, de directeur Ziekenhuizen van Zorgnet-Icuro, die deze crisis mee heeft mogen beleven van op de eerste lijn, kan jullie meenemen in het verhaal dat wij sinds februari 2020 beleven.

Marc Geboers: Ik zal proberen om u aan de hand van de ingediende vragen mee te nemen in dat verhaal, maar er werden zo verschrikkelijk veel

vragen gesteld dat wij die natuurlijk niet allemaal punctueel kunnen beantwoorden. U zult in het verhaal ook merken dat we voortdurend schuiven tussen de eerste en de tweede golf en de huidige situatie.

Er zijn heel wat vragen gesteld over de mate waarin de ziekenhuizen klaar waren om de golf op te vangen. Er bestonden uiteraard noodplannen. Die waren al geschreven met in het achterhoofd een aantal potentiële bedreigingen uit de afgelopen jaren, maar de buitenlandse voorbeelden die we zagen, wezen er al op dat wij eigenlijk niet voorbereid waren op iets dergelijks. Kan men überhaupt voorbereid zijn op een dergelijke verwoestende gebeurtenis die over ons heen rolt?

Het is echter wel heel duidelijk dat we heel snelle leerlingen zijn. Op het moment van de eerste golf hebben we heel snel flexibiliteit en actiesnelheid aan de dag kunnen leggen, om in de mate van het mogelijke wat er op ons afkwam te kanaliseren en op een goede manier op te vangen. Ik meen dat zich dat ook doorgezet heeft in het leerproces bij de tweede golf, waarop wij een stuk beter voorbereid waren.

Vanuit de ziekenhuizen heeft de werkgroep "Hospital & Transport Surge Capacity" een heel belangrijke rol gespeeld. Die werkgroep werd zeer vroeg in de crisis, eind februari, begin maart, in het leven geroepen, ging uit van de betrokkenheid van de noodzakelijke stakeholders en bracht een brede vertegenwoordiging met zich. Het doel was ook heel duidelijk. Het ging erom de noodcapaciteit die wij nodig zouden hebben te creëren en op een goede manier te beheren en de middelen die daarvoor nodig waren zo veel en zo goed mogelijk te organiseren. Daar is ook het advies gegeven om al zeer snel in het verloop van de pandemie de lockdown van de ziekenhuisactiviteiten uit te roepen, op 13 maart, wat de nodige ruimte moest creëren om de nodige opvang te kunnen verzekeren.

Een andere constante in het verhaal van deze werkgroep is dat we ons hebben gebaseerd op de aangeleverde data. Die werden letterlijk dagelijks opgevolgd in die eerste periode. We keken daarbij hoe de pandemie zich lokaal en regionaal manifesteerde.

Voor die data baseerden we ons op het systeem dat na de terroristische aanslagen van 2016 in het leven geroepen is, het Incident & Crisis Management System (ICMS). Daarin werden dagelijks de beschikbare bedden bekendgemaakt door de ziekenhuizen. Daarnaast werden ook data over de pandemie door Sciensano aangeleverd.

Van in het begin is wel gebleken dat we die cijfers op een meer verfijnde en gedifferentieerde manier wilden gebruiken. We hebben er ook naar gestreefd om dat te doen. Maar we hebben niet altijd een oplossing gevonden wanneer we ons afvroegen hoe we bepaalde evoluties moesten inschatten. We zijn dus wel nadrukkelijk geconfronteerd met een gebrek aan fijnmazigheid in de gegevens.

De participatie van de ziekenhuizen en het aanleveren van die informatie zijn van in het begin goed onthaald. We hadden dus een vrij duidelijk beeld van wat er in het hele land aan het gebeuren was. Dat is een heel leerproces geweest en er zijn gaandeweg een aantal zaken bijgestuurd. Soms is dat op eigen initiatief gebeurd. Zo hebben we lange tijd geen zicht gehad op de ligduur van de patiënten, voornamelijk op de afdeling intensieve zorgen. We hebben dan zelf het initiatief genomen om de ziekenhuizen daarover te bevragen, over het weekend heen.

Vanuit de HTSC-werkgroep hebben we ook ervaren dat men openstond voor een evaluatie van de eigen werking, alleszins bij de ziekenhuizen, de FOD, de regio's, Defensie en de gezondheidsinspecteurs. Er was een zeer open communicatie mogelijk.

Alle issues konden aan bod komen, ook als die het pure capaciteitsprobleem overstegen maar toch belangrijk waren om een goede aanpak van de pandemie mogelijk te maken. Die feedback vanuit de ziekenhuizen kon zo ook zijn weg vinden, omdat wij als vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels nauwe contacten hadden met onze achterban doordat we hen meerdere keren per week zagen. Hun informatie konden we dan terugkoppelen naar de werkgroep en naar het labirint van beslissingsorganen, want het was soms moeilijk om daar ook genoeg transparantie te vinden en te weten welke instantie – de Risk Assessment Group, de Risk Management Group – de finale beslissing moest nemen.

Er zijn een aantal formele evaluaties geweest, zowel intern binnen de HTSC-groep als extern door het KCE. Daar is een aantal aanbevelingen uitgekomen die tot een verfijning en een meer gedifferentieerde aanpak tijdens de tweede golf hebben geleid, bijvoorbeeld de meer gedifferentieerde aanpak wat betreft de capaciteit en de verminderde reguliere activiteiten in de ziekenhuizen.

Tussen de ziekenhuizen is er een plan opgezet, een intentie om zo nauw mogelijk samen te werken en eventuele overtollige en belastende activiteiten te spreiden. Dat is gebeurd op het niveau van de

netwerken, op het niveau van de provincies, maar ook binnen de regio's en daarbuiten. Dat was niet altijd evident, omdat niet alle ziekenhuizen zomaar in het systeem wilden instappen. Maar we hebben daar meermaals op aangedrongen om de reguliere basisactiviteit binnen de ziekenhuizen te behouden. Er was ook een intense samenwerking, zeker in het begin van de pandemie, tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn, bijvoorbeeld bij de test- en triagecentra die opgericht waren om de spoedgevallendiensten zoveel mogelijk te ontlasten.

Een heikel punt was de samenwerking tussen de ziekenhuizen en woon-zorgcentra.

In de eerste fase van de eerste golf lag de nadruk heel sterk op voldoende capaciteit in de ziekenhuizen. We konden toen niet inschatten hoe groot de toevloed aan patiënten zou zijn en wilden absoluut genoeg capaciteit bewaren op de afdeling intensieve zorgen en op de covidafdelingen.

Maar er was wel degelijk ook samenwerking met de woon-zorgcentra. Zo hebben wij vanuit onze organisatie, die zowel de ziekenhuizen als de ouderenzorg onder haar vleugels heeft, vanaf het begin heel duidelijk aan onze ziekenhuizen gecommuniceerd dat er solidariteit moest zijn, bijvoorbeeld bij een tekort aan beschermingsmiddelen, en dat wanneer een patiënt getransfereerd werd vanuit het ziekenhuis naar een woon-zorgcentrum, de nodige middelen meegegeven moesten worden.

Ook was er op praktisch vlak een manier van samenwerking en ondersteuning: hulp bij het hanteren van het instellen van de nodige maatregelen inzake ziekenhuishygiëne, of hygiënemaatregelen tout court, inzet van personeel en dies meer. Daar zijn wel wat inspanningen geleverd.

Uiteraard werd iedereen geconfronteerd met deze grote pandemie en men heeft toch geprobeerd het eigen belang wat te overstijgen.

Er waren ook vragen naar de rol van de schakelzorgcentra. Op zichzelf waren die een heel goed idee om de capaciteit in de ziekenhuizen vrij te kunnen houden. Alleen hebben wij vastgesteld dat men niet het doel heeft bereikt dat men voor ogen had, wat naar mijn gevoel vooral te maken had met het feit dat het profiel van de patiënten die men daar wilde onderbrengen, onvoldoende duidelijk was.

De volgende slide gaat over de beschermingsmiddelen. Wellicht vormden die in het begin van de eerste golf het meest heikele punt

was. Er was een enorme schaarste. Wij hoeven die niet opnieuw te schetsen. Dat had te maken met het feit dat de strategische voorraden, zoals u weet, niet aanwezig waren. De ziekenhuizen waren manifest niet voorbereid. Men kon moeilijk heel moeilijk inschatten welke beschermingsmiddelen nodig waren in dit soort omstandigheden. Die waren er gewoonweg niet. Die konden ook niet aangevuld worden, omdat de markt volledig verstoord was. Wij hebben toen voorbeelden gezien van aanbod vanuit malafide firma's voor prijzen die ongehoord waren en waarbij de leveringszekerheid absoluut niet aan de orde was.

Wij zaten toen echt in een enorm verstoord markt. Zeker doordat het maandenlang heeft geduurd voor die enigszins geregeld was, werd de voorraadcapaciteit ruim overschreden.

In de tweede golf werd ook aangetoond dat men tussen de twee golven in de nodige stappen heeft gedaan om een eventueel tekort wel op te vangen. Wat er toen gedaan werd met het oog op de strategische voorraad enerzijds, en met het oog op de voorraden bij de organisaties anderzijds, zowel in de woon-zorgcentra al in de ziekenhuizen, heeft toegelaten dat men in de tweede golf veel minder geconfronteerd werd met tekorten, omdat de beschermingsmiddelen aanwezig waren.

Wij hebben hetzelfde meegemaakt met het testmateriaal, waarvan er in het begin onvoldoende was. Dat werd voor een stuk opgelost door de opstart van de test- en triagecentra. In het begin werd er ook een selectie gemaakt van mensen die getest zouden worden, voornamelijk vanuit het standpunt dat het ging over het behouden van de nodige capaciteit en toch wel een vrij strenge selectie van wie dan wel of niet in het ziekenhuis zou opgenomen worden.

Ik wil ook heel even verwijzen naar een verhaal dat voortdurend de ronde doet, namelijk dat op een bepaald moment de opdracht zou gegeven zijn dat bepaalde groepen van patiënten niet mochten opgenomen worden in het ziekenhuis. Dat is nooit aan de orde geweest. Elke patiënt die moest opgenomen worden, na een medisch oordeel, hetzij door de CRA in een woon-zorgcentrum hetzij op een spoedgevallendienst, heeft zijn plaats kunnen vinden in een ziekenhuis. Wij betreuren ten zeerste dat dat verhaal voortdurend de kop opstak in de eerste fase.

De prioriteit lag bij de ziekenhuizen, met voldoende capaciteit op de intensieve zorg. Nogmaals, de beelden die wij toen kregen uit Italië en Spanje, waren zodanig dat wij de bibber op het lijf hadden en dachten dat wij dit niet zouden kunnen waarmaken als zorgsector. Dat wilden wij ten

stelligste vermijden. Naast de reguliere capaciteit van de erkende intensieve zorg, hebben wij ook capaciteit bij gecreëerd om het te kunnen opvangen, naast een opvang van patiënten die niet onmiddellijk behoefte hadden aan intensieve zorg maar toch een intensieve opvolging nodig hadden, in de covidafdeling.

Wij stelden ook vast dat wij dat op een andere manier hebben aangepakt. In de eerste golf is er een complete lockdown geweest, waardoor de ziekenhuizen leegstroomden op relatief korte tijd, dat heeft ongeveer een week geduurd, en die capaciteit er wel degelijk was. In de tweede golf, vanwege het effect dat wij gezien hadden op het uitstellen van zorg, zijn wij meer gefaseerd aan de slag gegaan. Het spreidingsplan heeft daarin ook een heel belangrijke rol gespeeld. Op die manier heeft men geprobeerd de activiteiten onder controle te houden.

Wij zijn daar effectief ook in geslaagd. Als men de curves bekijkt van de eerste en de tweede golf, dan ziet men dat die curve van de tweede golf een stuk hoger is, er zijn veel meer mensen opgenomen, zowel globaal in het ziekenhuis als op intensieve zorg. En toch zijn wij erin geslaagd om een soort basisactiviteit in stand te houden in de tweede golf. Zo konden wij ten minste een oogje houden op het toezicht op hetgeen gebeurt met potentiële patiënten.

Het laatste waarover ik het wil hebben, gaat over het personeel in de ziekenhuizen. Het heeft onmiskenbaar een enorme fysieke en mentale belasting gegeven voor de medewerkers. Wij wisten dat reeds langer: wij hebben in de ziekenhuizen te maken met een onderbestaffing. Dan verwijs ik weer naar de RM-forecast en het is ondertussen ook door een studie van het KCE aangetoond.

Die onderbestaffing liet zich nog scherper voelen, gewoon omdat de kwalitatieve omkadering met verpleegkundigen, zorgkundigen en iedereen die bij de zorg betrokken is bij covidpatiënten, een stuk hoger ligt dan normaal, ook op de gewone covidafdelingen, namelijk met een factor anderhalf. We moeten ook de uitgesproken stress in rekening brengen die het personeel had door het gebrek aan persoonlijk beschermingsmaterieel tijdens de eerste golf. We hebben daar belangrijke gevolgen van gezien.

Voorts speelde het onbekende: hoelang zou het duren en waar werd men precies mee geconfronteerd, hoe besmettelijk was het virus en kon men het mee naar huis nemen? Dat heeft behoorlijk wat spanning opgeleverd en er is geprobeerd om die enigszins op te vangen door te

blijven peilen naar de evolutie en te streven naar een maximale inzet van personeel. Het idee dat heel wat mensen op tijdelijke werkloosheid zijn gezet, terwijl daar geen grondige motivatie voor was, klopt dus helemaal niet. In elk ziekenhuis is heel grondig bekeken hoe mensen maximaal konden worden ingezet. Slechts diegenen die wegens hun taakomschrijving in normale omstandigheden echt geen rol konden spelen in heel dit verhaal, zijn in de tijdelijke werkloosheid terechtgekomen. Dat aantal was veeleer beperkt. We zien de effecten uiteraard tot vandaag.

Mevrouw Cloet zal het nu overnemen.

Margot Cloet: Uit heel dit verhaal hebben we veel geleerd, het heeft tot vandaag dicht op ons vel gezeten. We willen graag een aantal beleidsaanbevelingen meegeven en we hopen dat het Parlement en de uitvoerende macht ze ter harte zullen nemen.

Investeer alstublieft in een solidair zorgsysteem, investeer centen, investeer in mensen en zo ook in de economie. Het moet niet altijd op dezelfde manier gebeuren, een investering kan ook bestaan uit een verandering waardoor we minder prestatiegericht maar meer forfaitair kunnen evolueren in de gezondheidszorg. Blijf echter alstublieft onze gezondheidszorg koesteren, want ze is een van de belangrijke pijlers van onze democratie.

Maak werk van een realistisch en goed HR-beleid voor de zorg- en welzijnssector en van een flexibele arbeidsorganisatie. Met de sociale akkoorden op verschillende niveaus zijn er heel belangrijke stappen gezet, maar als men naar de realiteit kijkt, heerst er inzake de zorgberoepen niettemin schaarste in onze samenleving. Dat werd gisteren nog aangehaald door de VDAB. We pleiten er dan ook voor om de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen met het befaamde KB 78 nu echt aan te passen. Het mag deze keer niet bij een aankondiging blijven, ik wil iedereen oproepen om het corporatisme dat telkens de kop opsteekt als we daar werk van willen maken achter ons te laten.

Ook de verpleegkundigen, ook de artsen hebben daar baat bij. Dat moeten we hun toch proberen duidelijk te maken. Het zou van groot leiderschap getuigen als dat effectief samen met de stakeholders wellicht, maar toch ook op het politieke niveau eindelijk eens kan worden aangepakt. Ik denk dat daar een belangrijk momentum voor is.

Betrek ons. Betrek de ziekenhuizen. Betrek de ouderenzorg. Betrek de patiënten. Betrek de

geestelijke gezondheidszorg. Vertrouw ons, werk met ons samen om gezondheidszorg te bouwen. Kijk niet argwanend naar ons, wij kunnen jullie echt helpen. De experts zitten in de sector. Hierbij een warme oproep om ons te betrekken en ons meteen ook te responsabiliseren in dit verhaal, niet achteruitgeleund ernaar te kijken. Wij zijn best in staat om ook een wereld van verandering in gang te zetten.

Een andere boodschap: zorg alsjeblieft voor een heldere communicatie, gebaseerd op wat we weten en niet op wat we willen weten of wat we wensen. Het verwachtingenmanagement heeft toch wel heel wat teweeggebracht, ook aankondigingspolitiek. Ook politici, durf alsjeblieft naar de bevolking en naar de zorg ook soms negatieve boodschappen geven. Het is belangrijk dat mensen weten wat er zich afspeelt, wat de realiteit is en waar we mee te kampen zullen hebben. Dat is heel belangrijk. Ik zie dat nu ook in het vaccinatiegebeuren, dat er verwachtingen gecreëerd zijn voor de zorg die dan niet waargemaakt kunnen worden. Niemand treft daar schuld, maar alsjeblieft, ga communiceren op basis van wat is, niet op basis van wat we wensen.

Last but not least, het hoeft wellicht geen betoog, maar reorganiseer alsjeblieft de staatsstructuur. Niet vanuit communautaire scherpslijperij, maar wij hebben heel hard moeten zoeken wie voor wat bevoegd is, bij wie we aan de deur moesten kloppen om dingen in beweging te zetten. Het was eigenlijk een beetje de weg zoeken in een woestijn waar net een zware storm gepasseerd is. Dat heeft de zaken niet vergemakkelijkt en in sommige zaken zelfs tot inertie geleid, het later nemen van maatregelen. Zorg zolang die structuur niet gereorganiseerd is - maar ik denk dat dit echt wel moet - alsjeblieft voor een heel goede samenwerking tussen beleidsniveaus. Zet af en toe je politieke pet af, want daar hebben zorgverleners noch de samenleving iets aan.

Dan wil ik eindigen met een warme oproep aan jullie. Als alles voorbij is, als de crisis voorbij is, snap ik dat iedereen liefst teruggaat naar het gewone leven. Maar kies er met dit Parlement alsjeblieft voor om voor verandering te gaan en keer na de crisis niet onmiddellijk terug naar *business as usual*. Ik hoop dat jullie dit onthouden uit alles wat wij hier gebracht hebben. Dank u wel voor uw aandacht.

De **voorzitter:** Dank u wel, mevrouw Cloet en mijnheer Geboers. Dan gaan we over naar mijnheer Happe en mevrouw Hotterbeex van UNESSA, samen met de heer Smeets van Santhea.

Christophe Happe: Pendant que M. Smeets prépare le partage d'écran afin d'afficher un PowerPoint, je préciserai, en introduction, que vu le nombre excessivement important de questions, nous avons adressé, conjointement à la présentation, un document de +/- 75 pages répondant à l'ensemble des questions.

Puisque le temps de parole est relativement limité, pour éviter toute redondance, nous avons privilégié notre complémentarité en partageant cette présentation sachant que UNESSA et Santhea agissent ensemble au sein de réseaux hospitaliers communs, locaux et régionaux.

Nous souhaiterions parcourir avec vous une brève présentation de qui nous sommes, quelques considérations générales, notre retour et notre expérience relative à la gestion de la crise avec quelques constats et quelques actions positives. En effet, il nous faut aussi souligner ce qui a bien fonctionné. Nous concluons avec quelques recommandations pour l'avenir.

Qui sommes-nous? Nous sommes deux fédérations. Tout d'abord, UNESSA (Fédération d'employeurs du secteur privé à profit social). Nous sommes bien acteurs du secteur non marchand. Nous sommes présents en Wallonie et à Bruxelles. Nous contribuons grandement à une série de projets européens.

UNESSA représente une série de secteurs, dont les secteurs principaux suivants: les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques avec d'autres services de santé mentale, le secteur des maisons de repos (MR) mais également l'accueil et l'hébergement pour personnes en situation de handicap, le secteur de la petite enfance avec une série de crèches et de centres de promotion de la santé à l'école, les services d'aide à la jeunesse et également le secteur de l'insertion socioprofessionnelle et quelques autres affiliés plus spécifiques, le tout représentant à peu près mille institutions de santé et de services qui emploient près de 60 mille collaborateurs.

Yves Smeets: Santhea est également une fédération d'employeurs d'institutions de soins de santé représentant le secteur public et privé non confessionnel et non commercial en Wallonie et à Bruxelles. Comme UNESSA, nous représentons des hôpitaux tant académiques que généraux et psychiatriques, tous types de structures liées à la santé mentale ambulatoire et d'hébergement, maisons de repos et maisons de repos et de soins et tout ce qui concerne l'accueil des personnes âgées, des laboratoires de biologies, des polycliniques de soins, des centres de soins de jour et de revalidation ainsi que des institutions liées à

la petite enfance. Ensemble Santhea et UNESSA représentent 80 % des lits hospitaliers agréés à Bruxelles et en Wallonie

Christophe Happe: Je commencerai par quelques considérations générales et par un élément pour les fans d'Amélie Nothomb, citant "Stupeur et tremblements". Stupeur parce que cette crise était inédite, l'est toujours, et est d'ampleur mondiale. La stupeur peut aussi générer une certaine forme d'inaction ou d'immobilisme.

Tremblements, car le monde a tremblé. Nous étions sans doute à deux doigts de l'effondrement, mais heureusement notre système est resté debout certainement grâce à sa capacité d'agilité, de pro-activité, d'innovation et d'implication de l'ensemble de ses collaborateurs.

La spécificité de cette crise est le cumul de tous ses risques. On peut effectivement, dans un plan d'urgence, aborder tel ou tel risque. Ici, nous les avons cumulés: les risques sanitaires, ceux liés à une perte de professionnels et autres difficultés, et puis la durée de la crise, puisque nous sommes occupés depuis un an à la gérer.

Effectivement, sans doute un manque de préparation puisque nous avons eu l'expérience de la crise H1N1 en 2009 et je ne suis pas certain que nous ayons tiré profit de cette expérience. Force est de constater un certain manque d'anticipation.

Nos fédérations représentent une série de secteurs et nous avons vu pas mal de différences entre les différents secteurs, mais aussi entre les institutions avec des actions parfois distinctes en fonction de leur dépendance à l'un ou l'autre niveau de pouvoir. Puis quelque part, un impact sanitaire autre, peut-être plus nuancé lors de la deuxième vague au cours de laquelle le virus a beaucoup plus circulé et touché malheureusement de manière homogène l'ensemble des secteurs.

Nous pensons que chacun a œuvré de son mieux. Des erreurs ont peut-être été commises et les choses sont certainement perfectibles, mais nous ne pensons pas que certains ont eu une volonté de nuire. Nous pensons que quels que soient les acteurs (politiques, dirigeants, acteurs de terrain...) tous ont donné le meilleur d'eux-mêmes.

Cette crise et cela a été rappelé par nos collègues de Zorgnet-Icuro, c'est aussi une crise humaine. Derrière le virus, il y a des personnes souffrantes, décédées, des familles qui souffrent encore.

De même, des entreprises et le monde du travail en tant que tel se sont vu bouleversés, avec des

impacts psychologiques très tôt identifiés. Des premières mesures ont été prises, mais ce phénomène doit faire l'objet d'un point d'attention tout particulier. Cette semaine, nous avons beaucoup parlé de la souffrance des adolescents, mais aujourd'hui, ces impacts psychologiques touchent l'ensemble de la population quel que soit l'âge.

En ce qui concerne le personnel au front, celui-ci a été grandement frustré de ne pas avoir pu bénéficier du matériel adéquat, de ne pas avoir été entendu, voire reconnu, travaillant dans l'insécurité parfois avec du matériel non conforme ou en mode dégradé. Il a lancé très tôt une série d'appels de détresse. Néanmoins, il a toujours agi avec fierté. Il a été effectivement soutenu. Souvenez-vous des applaudissements chaque soir à 20 h. Cela, c'était pour la première vague.

Face à la deuxième vague et à un assouplissement des mesures, le personnel a présenté une forme importante d'épuisement, de démotivation, ne comprenant pas pourquoi, à un moment donné, les lits en soins intensifs étaient toujours fortement occupés, tandis que la majorité de la population entamait ses courses de Noël. Il y avait une forme de décalage entre la réalité de terrain et le reste de la société, entraînant effectivement une sorte de morosité et très certainement une perte de sens.

Je me permettrai de rappeler, dans ces conditions générales, que la crise est toujours en cours. Nous avons, certes, largement dépassé le pic de la deuxième vague, mais vous constaterez la lenteur avec laquelle diminue le nombre de cas de cette deuxième vague, car le contexte de cette dernière est différent. On parle déjà aujourd'hui des variants et, peut-être, d'une troisième vague. Il conviendra d'être particulièrement attentif pour la suite.

Yves Smeets : Monsieur le président, je poursuivrai en reprenant un certain nombre de constats réalisés sur cette gestion de la crise. Le premier aspect est le manque d'anticipation et de préparation. Nos collègues l'ont déjà évoqué. Tout d'abord, on ne peut pas dire que cette crise était imprévisible. En effet, à partir de décembre 2019, des cas de pneumopathie sévère se multiplient dans la ville de Wuhan en Chine, résultant assez rapidement en une soixantaine de patients hospitalisés.

En Europe, les premiers cas positifs sont apparus en janvier 2020. Le premier cas positif belge est détecté début février parmi neuf Belges rapatriés de Wuhan.

Un mois plus tard, le 1er mars, un deuxième cas belge est confirmé. Il s'agit d'une personne

revenant de France. Et le retour des vacances de carnaval va coïncider avec une montée en puissance du nombre de cas. Le 5 mars, on dénombrait déjà 80 nouveaux cas. Une semaine plus tard, ce chiffre avait triplé.

Le 14 mars, le plan d'urgence hospitalier a été activé dans tous les hôpitaux du pays et à partir du 23 mars, le nombre de nouveaux cas par jour dépasse la barre de 1 000 personnes.

Ce bref historique ainsi que les enseignements que nous aurions dû tirer de la crise H1N1 de 2009 ne nous permettent donc pas de dire que la pandémie était imprévisible. Cependant, nous avons dû constater une minimisation à l'excès de ce qui se profilait, notamment de la part de l'ancienne ministre de la Santé, malgré les signes alarmants de l'étranger et les indications de l'OMS qui, le 23 janvier 2020, indiquait que chaque pays devrait mettre en place des mesures pour détecter le coronavirus, y compris dans la préparation des structures sanitaires.

Nous avons pu constater que la Conférence interministérielle Santé publique ne s'est réunie que deux fois au cours de ce mois de mars 2020 : les 1^{er} et 25 mars. Les cinq *taskforces* déployées par le fédéral : celle relative au dépistage, celle relative aux médicaments, aux équipements de protection, aux dispositifs médicaux, à la distribution et à la logistique, n'ont été mises en place que le 23 mars, alors que l'épidémie battait déjà son plein.

Pourtant, dès 2009, un plan d'urgence pour une pandémie de grippe avait bien été élaboré pour notre pays. De nombreuses recommandations s'y trouvaient déjà, notamment en termes de disponibilité d'équipements de protection. Mais nous avons pu constater, malheureusement, que début 2020, aucun stock stratégique n'était disponible, que ce soit au niveau fédéral ou régional, ni de stock de respirateurs ou d'autres matériels indispensables.

À défaut de plan d'urgence établi en matière de pandémie, on a donc activé les plans d'urgence hospitaliers, bien que ceux-ci visaient à rencontrer une problématique différente, ponctuelle et non inscrite dans la durée.

Une série d'enseignement doivent donc être tirés de ce premier aspect de préparation et nous avons une série de recommandations à formuler. Tout d'abord, la création de plans hospitaliers de gestion de pandémie. Comme je l'ai dit, les plans d'urgence hospitaliers sont prévus pour faire face à des situations ponctuelles. À côté de ceux-ci, nous devons pouvoir mettre en place des plans de

gestion de pandémie qui sont, eux, destinés à gérer des situations de crise amenée à durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois et qui devraient contenir certains éléments tels que la montée en puissance instantanée d'unités spécifiques, la coordination au niveau de chaque hôpital et au niveau de chaque réseau hospitalier loco-régional des opérations de crise, la capacité de procéder rapidement aux travaux nécessaires à la gestion de crise en matière de flux, d'accueil, de tri et d'isolement des patients, la réquisition du personnel médical et soignant nécessaire pour faire face à la crise, la création au niveau de chaque réseau hospitalier d'une cellule de veille des alertes sanitaires en vue de préparer les institutions à prévoir d'éventuelles crises, notamment en prévision de pénurie d'approvisionnement telle qu'on l'a connue et la constitution de stocks stratégiques au niveau de chaque réseau.

Nous pensons qu'il faut également modifier les règles d'adressage des patients et de régulation des hospitalisations. En cas de pandémie grave, la régulation doit envisager un *workload* raisonnablement réparti entre les hôpitaux afin d'éviter que l'un soit plein à 95 % et l'autre à 20 % et ce, en dépit des disparités sous-régionales de l'épidémie. C'est quelque chose qui a été très flagrant lors de la première vague, qui a été mieux anticipé et régulé lors de la deuxième, notamment au travers du Comité Hospital & Transport Surge Capacity, mais cela doit être pérennisé, amplifié et structuré.

Nous plaidons pour la création d'unités d'hospitalisation spécifiques, c'est-à-dire des programmes de soins de maladies infectieuses émergentes au sein des hôpitaux, ce qui permettrait de séparer totalement des secteurs des autres services hospitaliers et de permettre un meilleur confinement des malades contaminés. Ce type de structures pourrait être directement opérationnel, basé sur un indice de lit spécifique, et bénéficier d'un financement particulier à activer en fonction de critères définis, ce qui structurerait les réponses que l'on pourrait apporter.

La création de structures hospitalières de réserve : la Belgique devrait, à l'instar d'autres pays, se constituer une capacité d'hôpitaux de campagne à déployer sur le territoire national en appui des structures hospitalières classiques en cas de débordement de celles-ci.

Une autre piste éventuelle serait la création d'un Fonds spécial pandémie pouvant être alimenté de façon récurrente pour permettre des moyens financiers exceptionnels.

La création d'un Plan d'urgence fédéral pandémie de façon à bien cibler les réponses à donner sur les plans sanitaire et sociétal et coordonner les différentes actions des diverses autorités nationales et les divers acteurs sanitaires impliqués (hôpitaux, première ligne et les collectivités de soins).

Il faut que ces plans pandémie, aux niveaux fédéral, local et hospitaliers, soient coordonnés et cohérents.

Enfin, ce qui a peut-être manqué dans la gestion de cette crise, c'est le respect d'un certain nombre de principes généraux. Tout d'abord, la confiance, car tout le monde essaye de faire du mieux qu'il peut. Personne sur le terrain n'est à blâmer pour des manquements ponctuels. Personne ne doit être pointé du doigt pour ceux-ci. Ce sont aussi des principes d'équité qui tiennent compte de la disponibilité des activités réalisées par les dispensateurs de soins. Le principe de solidarité où l'on tient compte des situations de chacun et l'entraide entre acteurs avec les autorités doit être la règle.

Le principe de transparence : tous les aspects de la crise doivent pouvoir être communiqués dans la transparence, avec les détails des hospitalisations par hôpital, la clé de répartition du matériel et des médicaments utilisés, l'état des stocks et la diffusion large et libre de toutes les données disponibles.

Le deuxième aspect relatif à la crise est, bien entendu, la complexité institutionnelle maintes fois signalée. Nous avons pu constater une méconnaissance des compétences respectives des différents niveaux de pouvoirs, notamment les répartitions des rôles au niveau des plans d'urgence entre le fédéral, les gouverneurs de province, les hôpitaux et autres structures, etc., tout cela couplé à un manque de hiérarchie décisionnelle entre les différents niveaux de pouvoir.

Des défauts de coordination entre le fédéral et les entités fédérées ont été largement soulignés, voire même entre d'autres types d'acteurs. La démultiplication des lieux de concertation où on ne savait plus très bien qui décidait quoi et où il fallait s'adresser pour obtenir des informations.

La gestion d'une telle crise implique, selon nous, la mise en œuvre d'un commandement unifié dans un esprit de *leadership* partagé et participatif. Il est donc impératif de revoir le mode de fonctionnement et d'interaction des différentes autorités et d'appréhender d'autres vagues pandémiques de façon plus cohérente et plus structurée.

Nous recommandons de créer ces structures de commandement adapté tout d'abord au niveau de chaque hôpital. Celui-ci doit pouvoir disposer d'une cellule de crise et d'un plan d'urgence pandémie inspiré de ce que l'on fait déjà pour les autres plans d'urgence hospitaliers, en considérant que cette structure est amenée à fonctionner dans la durée.

Au niveau des réseaux loco-régionaux ainsi que de la première ligne, là aussi une coordination de crise Pandémie doit être établie. Nous estimons qu'au sein de chaque réseau, une cellule de veille doit être en tout temps opérationnelle. Enfin une coordination doit être instaurée avec la première ligne de soins afin d'organiser une bonne association et une bonne articulation de celle-ci dans le respect du rôle de chacun et afin de lui assurer un soutien dans l'approvisionnement en besoins matériel, humains, de compétences et dans la capacité de *testing* en lien avec les laboratoires de biologie clinique des hôpitaux.

Au niveau provincial, le gouverneur doit pouvoir se reposer sur des responsables de la coordination de crise en relation avec ces réseaux hospitaliers situés sur son territoire et avec les autorités régionales et fédérales. À cet égard, le rôle des inspecteurs d'hygiène fédéraux affectés aux provinces reste essentiel. La crise a également démontré que l'on avait besoin, au niveau des autorités fédérales, d'un gestionnaire de crise ayant toute latitude pour implémenter les mesures nécessaires prises sous l'autorité du premier ministre entouré des ministres impliqués et après avis d'un Collège d'experts (le RAG) pour gérer cette crise au niveau sanitaire.

L'articulation avec les entités fédérées doit être organisée.

Un troisième aspect de la crise concerne la communication. Nous avons dû déplorer pas mal de difficultés en la matière : des communications changeantes, non cohérentes, de multiples canaux de communication, des messages discordants et même parfois trop, et surtout, une absence de réponse.

Tous nos membres ont constaté que beaucoup de questions posées ne recevaient aucune réponse quel que soit le canal observé. Cette communication vers le terrain s'est extrêmement mal passée. Le sentiment de déconnexion du terrain dans le chef des autorités est flagrant.

Au niveau des différentes *taskforces* constituées, à l'exception d'une seule, il faut faire remarquer que les représentants des institutions n'ont pas du tout été concertés et jamais appelés à y siéger. Ils n'ont

donc pas pu partager leurs expériences, ni participer aux prises de décision.

La communication avec l'HTSC a été soulignée, notamment par Marc Geboers : elle a été beaucoup plus constructive. Je dirais que c'est l'organe principal qui nous permettait de communiquer et d'avoir des consignes précises pour le terrain, mais aussi de relayer nos demandes vis-à-vis des autres acteurs et *taskforces* de l'autorité sans toutefois beaucoup de succès.

Enfin, la communication avec le public : il nous semble que là aussi, il y a eu un manque de cohérence et transparence et parfois un sentiment d'infantilisation du public ce qui devrait pouvoir être corrigé.

Nos recommandations sont de procéder à une communication ouverte, transparente avec des données libres et accessibles, mais également de préparer les systèmes informatiques à la gestion de crise et à la communication entre les acteurs.

Nous avons dû transmettre des informations par le biais de plusieurs canaux : l'ICMS, Sciensano, le Comité Hospital & Transport Surge Capacity etc.) tout cela pourrait être davantage systématisé et automatisé pour être plus facilement utilisé.

Troisième aspect déjà cité et sur lequel je ne m'étendrai pas davantage puisque mes confrères l'ont largement évoqué : la pénurie de matériel de protection et de médicaments. La non-disponibilité de stocks stratégiques, les problèmes d'approvisionnement, les pratiques mafieuses de certains, tout cela nous l'avons constaté. Au pic de la première crise s'est posée la problématique des médicaments pour lesquels les stocks étaient réduits à trois jours. Ce fut le règne de la débrouille entre les pharmaciens et les hôpitaux. Il nous semble que les messages du genre "si vous avez un stock pour trois jours, tout va bien" ne sont pas de nature à rassurer les praticiens sur le terrain. Or, c'est ce que nous avons dû trop souvent entendre sur le terrain de la part de l'AFMPS.

Dans tous les hôpitaux, ce fut la loi de la débrouille : chercher des masques Décathlon, faire imprimer dans des FabLab des visières sur des imprimantes 3 D, solliciter des ateliers de couture pour faire des masques, des blouses de protection, enfin cela a été invraisemblable. Il faut souligner la totale solidarité de la population par rapport à cela. Nous avons recueilli de nombreux dons, de nombreuses volontés d'aider nos institutions dans cette situation extrêmement grave.

Les recommandations, vous les avez déjà

entendues, à savoir la création et la gestion de stocks stratégiques et l'analyse de la pertinence de rapatrier partiellement des industries pour fabriquer ces équipements en Europe, voire dans notre propre pays.

Quant aux responsabilités, on a évoqué le manque d'anticipation et de préparation, les difficultés d'approvisionnement, les problèmes de communication, ce constat malheureux de la destruction et du non-renouvellement du stock stratégique, toute une série d'errements et de revirements de position sur l'utilisation des masques, mais malheureusement aucune prise de responsabilité de la part du gouvernement.

À aucun moment, nous n'avons entendu le gouvernement précédent prendre sa part de responsabilité, présenter ses excuses ou exprimer ses regrets par rapport aux manquements constatés. C'était plutôt "tout va bien et l'on continue!"

Eu égard à la problématique financière qui continue à inquiéter profondément les gestionnaires hospitaliers, déjà avant la crise, le secteur connaissait une situation extrêmement précaire, puisqu'en 2019, un hôpital sur trois était dans le rouge, et ce, à cause d'un sous-financement structurel des hôpitaux de la part des autorités. Il est difficile aujourd'hui d'avoir déjà une vue sur le bilan 2020. Ce que l'on peut constater, ce sont les pertes de financement liées à l'arrêt et/ou au ralentissement des activités, les coûts supplémentaires auxquels nous avons dû faire face pour gérer cette crise (les achats de matériel, les travaux que l'on a dû effectuer, la gestion des flux de patients etc.)

Nous avons eu des compensations financières en termes d'avances de trésorerie qui ont été établies au travers d'un échantillon d'hôpitaux incomplet bien sûr, mais cela s'est traduit au travers d'interventions forfaitaires. Par contre, tous les éléments habituels du financement des hôpitaux n'ont pas été compensés. Il est donc difficilement pensable que la situation financière des hôpitaux ne se détériore pas encore par rapport à 2019. Il est à noter que les régularisations annoncées par rapport aux avances payées dans le décompte final ne seront disponibles au plus tôt qu'en 2023 !

Cela signifie que les comptes des hôpitaux 2020, voire 2021, ne seront pas facilement clôturés. La situation sera difficile. Il faut se rendre compte que si des hôpitaux vont mal financièrement, cela peut se traduire par des faillites ou des disparitions d'hôpitaux. Cela s'est déjà vu par le passé. Cela fait peser sur notre système de soins de santé une menace importante en cas de nouvelle crise qui

pourrait arriver. On sait aujourd'hui que cette probabilité n'est pas inexistante et notre capacité aujourd'hui a déjà été poussée à l'extrême. Si nous devons avoir moins de capacité d'accueil dans les hôpitaux, cela signifie que l'on serait dans une crise beaucoup plus grave si elle devait survenir. En conséquence, nous demandons une intervention de l'État, indispensable pour arriver à l'équilibre financier des hôpitaux, sinon nous courons droit à la catastrophe.

Enfin, nous devons souligner aussi la méfiance systématique de la part des autorités et de certaines administrations qui ont tendance à considérer que la fraude est le sport numéro un des institutions de soins et des professionnels de soins. La conséquence de cette attitude de méfiance systématique, c'est que nous devons faire face à une bureaucratie tout à fait inefficace, d'une lourdeur administrative incroyable et d'une lenteur effroyable pour un résultat extrêmement médiocre. Nous recommandons une fois pour toutes d'appliquer un principe de confiance de bonne foi, comme c'est notamment le cas auprès de certaines entités fédérées, et d'assurer une réelle sécurité financière pour le secteur des soins de santé, faute de quoi nous craignons que la prochaine crise ne se passe encore moins bien que celle-ci. Cette méfiance et cette bureaucratie vont avoir des conséquences importantes sur les mauvais résultats enregistrés par notre pays dans la lutte contre cette pandémie. Nous y reviendrons, notamment en ce qui concerne le *testing*.

La réorganisation de notre système de santé sera indispensable et est liée aux faiblesses constatées.

Les recommandations sont les suivantes:

- de développer une approche intégrée des soins avec une coordination entre les différentes lignes de soins et les structures de soins;
- de revoir les normes d'encadrement des professionnels dans les institutions de soins;
- de former de manière continue le personnel cadre en termes de gestion des infections, de gestion des risques, de gestion du personnel dans un contexte de crise, et en termes de développement en matière de leadership au sein de nos structures;
- de coordonner et d'articuler les activités au niveau des territoires et des réseaux, et de mise à disposition des structures de soins des compétences disponibles au niveau des réseaux, par exemple, au travers d'accords inter-institutionnels ou interprofessionnels;
- de mettre en place d'un système apprenant, d'échange de bonnes pratiques, de formation des soignants, de résilience du système.

En ce qui concerne le *testing*, le *tracing* et la quarantaine, le *testing* est une compétence fédérale tandis que l'organisation de celui-ci est

assumée par les entités fédérées. C'est un premier souci. Un premier élément d'incompréhension de notre part fut le choix stratégique fait avant la crise de concentrer l'expertise et le *testing* entre les mains de deux laboratoires seulement. Il a fallu plusieurs semaines avant d'étendre cette capacité à d'autres laboratoires et d'ainsi désengorger ces deux laboratoires centraux et augmenter la capacité de *testing*.

Un deuxième élément d'incompréhension totale fut la décision de la part des autorités de créer une plate-forme de *testing* créée de toutes pièces avec l'industrie pharmaceutique alors que les capacités des laboratoires des hôpitaux voire des laboratoires privés n'étaient pas sollicitées. La conséquence, c'est que cela n'a jamais fonctionné correctement.

Quant à la politique de *testing* en tant que telle, les directives changeantes et peu claires des autorités tant fédérales que fédérées ont généré une politique désordonnée: *testing* massif beaucoup trop tardif, manque d'établissement des priorités en termes de *testing* notamment pour le personnel soignant, refus des experts de tester d'office des résidents hospitalisés au retour dans leur MRS, *testing* uniquement via la plate-forme fédérale alors que les laboratoires des hôpitaux offraient une capacité suffisante pour prendre en charge ce *testing* d'une manière efficace et rapide. Comme déjà évoqué, la bureaucratie, la méfiance et la lourdeur administrative ont empêché de mener une politique volontariste en matière de *testing*.

Si on avait vraiment voulu dépister en masse la population, il aurait fallu faciliter à l'extrême l'accès aux tests, à l'instar de ce qui a été mis en place chez certaines de nos voisins. En France notamment, toute personne qui souhaite se faire dépister peut se présenter spontanément dans un centre de *testing* sans convocation, sans prescription, sans SMS, sans application mobile, autant de fois qu'elle le veut, et ce, gratuitement. Au contraire, en Belgique, on a instauré des règles absurdes qui n'ont pas fonctionné, des SMS qui n'arrivaient pas, des applications qui ne fonctionnaient pas en ayant toujours comme premier réflexe d'empêcher la fraude et/ou la surconsommation. On également trouvé intelligent de limiter à trois le nombre de tests PCR remboursés au début de la crise, ce qui est évidemment tout à fait absurde. Cette stratégie a incontestablement mené à l'échec de toute notre politique de *testing*.

En ce qui concerne le *tracing*, on ne peut pas dire que ce soit une réussite non plus : stratégie chaotique, peu fiable, peu utilisée, un non-respect flagrant des règles de protection des données.

Alors que toutes les recommandations de l'Autorité de protection des données allaient dans le sens de prendre une série de précautions, ces recommandations n'ont pas été prises en considération lors de l'adoption des divers arrêtés royaux et loi instituant la banque de données et l'utilisation des données de traçage.

En ce qui concerne la quarantaine et l'isolement, on constate une confusion constante entre les concepts de quarantaine et d'isolement (ce n'est pas la même chose), une politique changeante au fil du temps, des contradictions entre les textes réglementaires et les recommandations de Sciensano, des difficultés évidentes d'application de ces règles dans les structures d'hébergement collectif. Il est essentiel de veiller à une meilleure coordination à ce niveau-là et de proposer une politique cohérente et stable dans le temps.

Je conclus avant de repasser la parole à M. Happe.

On a donc constaté :

- des modifications successives et régulières des recommandations dans un timing extrêmement serré et qui arrivait parfois tardivement;
- la problématique des ressources humaines RH avec un absentéisme très important lié à la maladie et à hauteur parfois de 10 à 30 % contre 5 % en temps ordinaire;
- des connaissances diverses, selon les secteurs, en matière d'hygiène, d'infectiologie et d'épidémiologie. Ce sont des éléments qu'il faut absolument renforcer même au sein des hôpitaux. Les hygiénistes et les infectiologues sont parfois des denrées rares. Ne parlons même pas dans les autres structures d'hébergement notamment pour personnes âgées;
- la charge d'enregistrement et le peu de *feed-back* de données - un aspect extrêmement lourd;
- le fait que toutes les ressources des hôpitaux ont été orientées vers le covid pendant la quasi-totalité de ces deux vagues;
- le fait que nous ayons dû gérer des doubles flux de patients, infectés et non infectés, qui devaient continuer à être soignés, ce qui est extrêmement compliqué et lourd à mettre en place au sein des hôpitaux;
- les plans de dispersion des patients avec les difficultés liées aux transferts interhospitaliers;
- essentiellement par rapport aux structures pour personnes âgées, un *bashing* médiatique complètement à l'opposé de ce que nous avions comme retours du terrain et de connaissance de la situation interne. Le reportage de la RTBF, il y a deux jours, est un parfait exemple de ce *bashing* médiatique et de la façon méprisante dont on traite les efforts consentis par tous les professionnels de soins quels qu'ils soient.

Christophe Happe: On s'en voudrait derrière ce triste constat, malgré les recommandations, de ne pas souligner quelques actions positives, quelques éléments qui ont bien fonctionné et ce, pour entamer ce processus de résilience bien indispensable pour nous tous.

Il a été fortement apprécié de pouvoir bénéficier du matériel fourni par les autorités, que ce soit pour les plus grosses structures mais très certainement aussi pour les plus petites structures, même si effectivement les équipements de protection individuelle ont tardé à venir avec parfois une organisation un peu chaotique. Lorsque ce matériel est arrivé, cela a soulagé les prestataires et cela leur a permis de travailler dans un cadre beaucoup plus sécurisant, tant pour eux que pour les bénéficiaires.

Une série de mesures sociales, je fais référence ici à l'assouplissement de la législation sociale autour des contrats de travail, le volume horaire de travail étudiant par exemple. Ces mesures ont été réactivées lors la deuxième vague, ce qui a permis de compter sur quelques ressources humaines bien nécessaires.

Un autre point positif concerne l'organisation des tests dans le secteur des personnes âgées, même si cela a mis du temps à arriver et même si ce ne fut pas immédiatement systématique. On a effectivement observé une généralisation des tests notamment salivaires, permettant d'y voir un peu plus clair dans le cohortage des résidents.

Nous avons également bénéficié de directives de confinement et de déconfinement parfois complexes, parfois changeantes mais constituant néanmoins un cadre permettant de travailler.

Le plan *Surge Capacity* a été un outil très apprécié et très bien fait, très certainement lors de la deuxième vague, avec tout son phasage assez clair, avec des seuils de déclenchement, avec un plan de dispersion et des transports inter-hospitaliers, certes avec quelques couacs mais avec un cadre précis et quelque part, une forme de plan en tant que tel utile aux institutions.

Nous avons également apprécié l'intervention de tiers comme Médecins sans frontières, la Croix-Rouge, la Composante médicale de la Défense. Comme cela a déjà été évoqué par (...)

C'est une aide appréciable si ce n'est que les règles de régularisation sont arrivées trop tard. Les hôpitaux ont été dans une faillite virtuelle et le sont peut-être encore en partie à ce stade avec des mécanismes un peu trop complexes. La question

de la confiance a déjà été évoquée mais ces mesures de soutien économique ont constitué des éléments fortement appréciés.

On a constaté une meilleure coordination entre les niveaux de pouvoir. On a vu cette évolution entre la première et la deuxième vague en tant que telle. On sent qu'on a appris de la première vague pour s'organiser au cours de cette deuxième vague même si, effectivement, tout n'était pas encore parfait.

J'en viens à présent à quelques défis pour le court et le moyen terme. Pour le très court terme, c'est cette course entre la vaccination et l'arrivée des différents variants. Nous espérons que cette course nous permettra d'éviter une troisième vague. C'est vraiment la priorité sur le très court terme.

On a déjà évoqué l'épuisement psychologique. Jusqu'à présent, l'objectif est de tenir jusqu'au bout de cette deuxième vague. On n'est pas tout à fait certain d'être en mesure d'absorber une troisième vague. Il nous faudra, à un moment donné, nous relever et relever la tête.

Cela entraînera un impact sur les soins de santé mentale, dans lesquels il faudra continuer à investir. Je rappellerai aussi l'importance des hôpitaux psychiatriques, qui avaient peut-être été un peu oubliés lors de la première vague. Ils relèvent du fédéral, mais celui-ci avait placé sa priorité sur les hôpitaux généraux. Au niveau régional, cela ne relevait pas de son domaine de compétences. Ces hôpitaux psychiatriques avaient donc été complètement oubliés. Il faudra, dès lors, nous montrer attentifs à l'ensemble des structures de soins en santé mentale.

J'attirerai aussi votre attention sur l'impact des soins reportés lors de la première vague. Nous avons déprogrammé plusieurs activités. Je ne suis pas certain qu'entre les deux vagues, les soins déprogrammés aient eu l'occasion d'être dispensés. Sans doute bon nombre de patients n'ont-ils toujours pas bénéficié de certains soins requis. En effet, nous observons une diminution tout à fait étonnante et particulière de plusieurs pathologies, par exemple d'ordre cardiovasculaire (le nombre d'AVC). Nous pouvons, par conséquent, nous attendre à un taux de surmortalité indépendant de cette crise covid. Il sera essentiel de pouvoir accueillir ces patients dont les soins ont été reportés à deux reprises, si je puis dire.

Le financement me semble avoir déjà été suffisamment évoqué. S'agissant du climat social, le personnel est en attente de reconnaissance et

de mesures. Cela concerne la reconnaissance de son métier, les barèmes, mais aussi les moyens qui seront injectés dans les secteurs. Nous avons vu, au fédéral, l'arrivée de ce Fonds Blouses blanches ainsi que la conclusion d'accords sociaux - tout cela constituant d'excellentes nouvelles en tant que telles. Cependant, ces efforts doivent être poursuivis, car, malgré le Fonds Blouses blanches, nous ne sommes pas certains d'atteindre la norme de huit patients par soignant, comme c'est le cas chez nos voisins européens. Nous restons donc en déficit d'encadrement en personnel soignant. Et puis, il y a aussi ces autres secteurs pour lesquels du personnel soignant et de soutien devrait être complété.

Yves Smeets a évoqué à l'instant l'image des secteurs - et, certainement, des maisons de repos. Selon nous, l'un des défis sera sans doute de travailler cette image. Je me permettrai de distinguer les différents types de maisons de repos. L'émission de cette semaine à laquelle se référait Yves Smeets visait l'enrichissement de certains groupes de maisons de repos sur le dos des résidents. Ce n'est évidemment pas le cas dans le secteur non marchand et des maisons de repos publiques. Je ne suis donc pas certain que le grand public puisse établir une distinction entre ces différents secteurs.

En tout cas, ces abus en tant que tels ne sont évidemment pas d'application dans l'ensemble des maisons de repos. Là, malheureusement, les médias les embarquent toutes dans cette image négative. Il nous faudra travailler à mieux expliquer l'excellent travail qui est accompli dans la grande majorité des maisons de repos. Et puis, faut-il rappeler le nombre très élevé de décès qui y ont été constatés? D'emblée, nous savions que les personnes âgées constituaient une population à risque. S'il y a bien une caractéristique des maisons de repos, c'est la concentration en une communauté d'une population particulièrement âgée. Pour autant, le personnel a-t-il mal travaillé? Nous n'en sommes pas convaincus. Que du contraire! Ils ont tous œuvré à donner le meilleur d'eux-mêmes, avec les moyens du bord. C'était quelque chose qui devait être rappelé.

Bien sûr, il nous faudra passer d'une gestion de crise à une gestion davantage axée sur le risque, en anticipant les problèmes. Nous avons déjà parlé de veille permanente, de monitoring en tant que tel et de plan préétabli à activer en fonction des résultats obtenus. Il importe aussi certainement de rétablir un niveau de confiance à tous les étages, du politique vers le terrain et inversement. Cette confiance doit servir à rappeler que tout le monde œuvre pour le meilleur. S'agissant d'une coordination d'ensemble, nous avons déjà évoqué

le décloisonnement des différents secteurs et une approche de soins plus intégrée. Cependant, activer des plans d'urgence hospitaliers, tout en se contentant de fermer les portes de la maison de repos qui se trouve de l'autre côté de la rue, cela n'a pas beaucoup de sens. Pour cette raison, il nous semble important de prévoir des plans sanitaires, plutôt régionaux ou locaux, mais certainement pas par niveau de compétences ou par catégorie de secteur.

Il faudra aussi permettre une certaine souplesse dans les cadres et dans les recommandations qui seront définies. Et puis, il convient de reconnaître l'autonomie des initiatives prises par les secteurs. En effet, bon nombre d'excellentes initiatives ont été prises. Un manque d'anticipation a été relevé. Or je voudrais dire que plusieurs aspects ont été anticipés sur le terrain. Ces bonnes pratiques mériteraient d'être mises en lumière.

Pour la suite, j'émettrai quelques recommandations, même si certaines - plus spécifiques - ont déjà été évoquées. Tout d'abord, on pourrait considérer que ces diapositives résument les résultats du *crash test* de notre système de santé. Il a donc été révélateur de plusieurs éléments. Qu'a-t-on pu constater? Comme je viens de l'indiquer, il s'agit tout d'abord de la proactivité, de l'agilité et certainement du professionnalisme du secteur, voire des secteurs.

Cela dit, nous estimons important de rappeler que l'offre hospitalière n'est pas excédentaire. Alors que certains auraient tendance à vouloir diminuer le nombre de lits en Belgique, la crise a révélé que nous en avons manqué - et, très certainement, en soins intensifs. Sans doute faut-il mettre un *focus* sur ce type d'offre de services. Il y a un déficit de soins intensifs en Belgique, et la crise l'a révélé. Le financement, trop complexe et insuffisant, doit être revu dans son ensemble.

La crise a également mis en avant toute l'importance de l'hygiène hospitalière, de la fonction d'infectiologie et également de la pharmacie hospitalière. Ces fonctions ont joué un rôle capital dans la gestion de cette crise et la prise en charge des patients. Ce sont certainement des fonctions que nous devons continuer à développer et à mieux financer dans les hôpitaux. L'objectif est également de pouvoir mettre à disposition ces compétences très spécifiques au service d'autres secteurs qui disposent peut-être de moins de compétences: maisons de repos et autres collectivités telles que les plus petites institutions de soins.

Nous jugeons essentiel d'intégrer davantage la première ligne dans la chaîne des soins non

planifiables. Faut-il rappeler que la médecine générale a également rempli un rôle crucial dans la bonne gestion de la crise sur le terrain? Il en va de même pour la coordination et le soutien des maisons de repos, ainsi que d'autres collectivités - puisque nous avons établi des conventions de collaboration entre hôpitaux et maisons de repos - qui bénéficient de moyens et d'expertises à géométrie variable.

Force est de constater que les réseaux hospitaliers, locaux et régionaux, ont accompli leurs premières missions en tant que telles, puisqu'ils ont été amenés à se coordonner pendant cette crise. Et puis, celle-ci a également mis en avant les fonctions indispensables, telles que celle de gouverneur au sein de chaque province, d'inspecteur général de l'hygiène, de directeur médical des plans d'urgence provinciaux, mais également les fonctions de direction médicale et de coordination des différents plans d'urgence hospitaliers.

On a évoqué le CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), qui s'est révélé extrêmement utile et essentiel, même si tous les messages n'ont pas toujours été entendus. C'était un point d'échange et de co-construction avec différents acteurs et niveaux de pouvoir. Sa mise en place a constitué une innovation.

Et puis, il importe de souligner que nous l'avons appris entre les deux vagues.

Passer de la gestion des risques à celle de la crise, c'est aussi rappeler que gouverner c'est avant tout prévoir, donc avoir sous le coude une série de plans prédéfinis à activer selon un monitoring précis. On a également parlé de la chaîne de commandement, avec l'importance de ce leadership unique en cas de crise. Cela nécessite également de développer et de mettre à jour les différents plans d'urgence, et de les compléter avec des plans pandémie, mais aussi d'impliquer les différentes directions techniques en tant que telles. Nous avons connu quelques difficultés pendant des semaines, si ce n'est des mois, à obtenir des recommandations claires relativement à tous les systèmes de ventilation, pour ne citer que cet exemple. Il importe donc d'intégrer la dimension technique dans les différents plans d'urgence.

Le plan "Surge Capacity", qui s'est révélé indispensable du point de vue hospitalier, mériterait d'être étendu au niveau ambulatoire et aussi intermédiaire. Il nous faudrait bien mesurer et être capables de monter en puissance en amont et en aval de la fonction hospitalière. Impliquer les acteurs de terrain dès le début paraît important. Il

est vrai qu'ont été parfois tenus des discours méprisants sur notre présumé "manque d'expérience ou de connaissance du terrain". Nous avons donc dû nous battre pour intégrer l'un ou l'autre groupe de travail dans la *task force* "matériel". C'est en effet tout à fait dommageable de ne pas impliquer les acteurs de terrain dans la gestion de cette crise - et ce, à tous les niveaux et dès le début.

On a parlé de la constitution de stocks stratégique, alors qu'ils se doivent d'être dynamiques et non "dynamites" - pour éviter toute destruction abusive. Derrière ce matériel et ces réserves, nous estimons important de réfléchir à une réserve en personnel, peut-être à activer sous forme de cascade. En tout cas, il s'agit de pouvoir pré-identifier les ressources susceptibles d'être mobilisées et entretenir un plan de formation permanente pour les amener à monter en puissance dans le cadre de certaines phases de la crise, et d'éviter ainsi des réquisitions ou des arrêtés assez mal vécus sur le terrain. Il importe donc de pouvoir anticiper ces aspects.

Sur l'organisation de notre système de soins dans sa globalité, certains évoquent une septième réforme de l'État, plus de régionalisation ou une refédéralisation. Comment trouver réponse à la gestion de cette crise? Sans doute, certains éléments doivent-ils être revisités, réorganisés mais nous pensons qu'il est fondamental de prendre le temps de la réflexion, de pouvoir préparer et accompagner ce changement. Il ne faut certainement pas agir "en réaction de" rapidement ou encore en mettant en avant plutôt des positions dogmatiques. Prenons le temps d'analyser les fragilités du système et de construire une solution à long terme et prenons le temps de sa mise en place.

L'approche plus globale c'est bien évidemment les soins intégrés, plus de transversalité entre les secteurs, comme cela a déjà été évoqué. Mais c'est aussi peut-être créer des filières de soins, non pas à l'intérieur d'un secteur comme on pourrait avoir un programme de soins gériatriques hospitaliers mais avoir une filière de soins gériatriques qui transcende quelque part les différents secteurs, les différents niveaux de pouvoir, les différentes institutions pour créer du lien entre la première ligne, le secteur hospitalier, le secteur des maisons de repos et qui accompagne le patient ou le bénéficiaire tout au long de ses différents besoins.

Cette approche "décloisonnée" nécessitera plus de digitalisation. Nous devons aussi constater que le niveau d'informatisation, pour le dire plus simplement, est fort différent d'un secteur à l'autre,

ou encore selon la taille de l'institution. Nous pensons indispensable de soutenir l'ensemble des secteurs, certainement avec des moyens financiers, des plans peut-être également de digitalisation ou d'informatisation et bien sûr d'interconnectivité.

Il nous faudra réfléchir également aux différentes professions de santé, dans une vision sans doute 2030. Les métiers vont évoluer dans le contexte, tel que précité, en tant que tels. Cette réflexion doit être menée. Et, comme déjà évoqué, il y a cette fonction d'infectiologie qui se voudrait complète, intensifiée certainement au profit des hôpitaux mais aussi en soutien des autres collectivités. L'idée n'est pas de reproduire ces fonctions dans chacune des institutions mais bien de partager ces compétences en tant que telles et de travailler tous ensemble.

Ce sera effectivement notre dernier mot, en vous remerciant pour votre écoute. Nous restons à votre entière disposition. Voici nos coordonnées. Au-delà des réponses qui vous ont été transmises dans un document parallèle, cette présentation est également à votre disposition.

Le **président**: Je vous remercie pour votre présentation très complète. Je cède la parole à Mme Lanssiers et M. Goemaere de GIBBIS.

Patricia Lanssiers: Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, je vous remercie pour votre invitation ainsi que pour cette opportunité de partager nos constats et recommandations concernant la crise covid que nous vivons maintenant depuis plus d'un an et qui, sans doute, n'est pas encore terminée et demandera encore beaucoup notre attention dans les jours et les semaines à venir.

Mon nom est Patricia Lanssiers et je suis accompagnée par Dieter Goemaere qui se trouve ici à côté de moi. Nous représentons GIBBIS qui est la fédération pluraliste bruxelloise des institutions de soins du secteur privé à profit social.

GIBBIS représente 51 institutions membres sur l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale, environ 15 000 membres du personnel, 16 hôpitaux (hôpitaux académiques, hôpitaux généraux ou hôpitaux psychiatriques), des maisons de soins psychiatriques, des institutions d'habitations protégées et aussi quelques maisons de repos, soit l'ensemble de la chaîne au niveau des soins de santé.

Vous voyez sur le *slide* suivant quelques-uns de nos membres pour vous donner une idée de la manière dont nous avons vécu la crise.

L'agenda que je voudrais vous présenter en quelques *slides* aujourd'hui, c'est tout d'abord le rôle que GIBBIS a joué pendant cette crise covid. Ensuite, je souhaiterais vous parler des constats et des recommandations que nous voudrions faire à la commission covid. Ces constats et recommandations seront organisés en deux parties: d'une part, les constats concernant l'organisation des soins de santé et, d'autre part, les ressources des soins de santé, pour en arriver à la conclusion et à quelques recommandations.

Le rôle que GIBBIS a joué pendant cette crise a été vraiment un rôle d'interface entre les autorités fédérales, les autorités régionales et nos membres. À tout moment, nous avons joué ce rôle consistant à partager les informations des autorités vers nos membres et à relayer les problèmes de nos membres vers les autorités, notamment par l'intermédiaire de vidéoconférences et de ce qu'on a appelé un *update* journalier. Vous verrez que c'est un de nos constats. Énormément d'informations venaient de tous les sens. Un de nos rôles a été de compiler toutes ces informations pour nos membres. On a répondu à plus de 150 questions individuelles. On a invité des personnes extérieures, des autorités régionales, des autorités fédérales pour les mettre en contact directement avec nos membres, de telle manière à pouvoir solutionner des problèmes.

Notre rôle a vraiment été de solutionner des problèmes pour nos membres, de faire le relais avec les autorités et *in fine* d'être là pour aider les patients covid et le traitement des patients covid.

La Région de Bruxelles-Capitale est une métropole multiculturelle qui a été fortement touchée par la crise covid. Je tenais donc à vous montrer ce *slide* indiquant, la ligne verte représentant Bruxelles, que Bruxelles a été largement touchée en nombre de lits par la crise covid, tant lors de la première crise que lors de la deuxième crise. Bruxelles, avec ses dix hôpitaux, a fait face à la crise de manière assez importante et a bien soigné les patients covid et non-covid.

Les thèmes sur lesquels j'ai choisi de parler aujourd'hui sont des thèmes qui ont été particulièrement importants pendant cette crise covid - l'organisation des soins, les ressources pendant la crise -, mais aussi des thèmes qui sont particulièrement importants pour l'organisation des soins de santé de manière générale et, enfin, qui rejoignent aussi les différentes questions que nous avons reçues de la commission.

Mes collègues en ont déjà parlé, tant Margot que Christophe ou Yves, le tout premier constat que

nous avons fait, c'est que la répartition des compétences complexe et les nombreuses structures de gestion ont été certainement une des complexités auxquelles nous avons été confrontés. Comme je l'ai dit précédemment, GIBBIS a été impliquée dans plus de 12 groupes de travail tant au niveau fédéral qu'au niveau régional. Je ne vais pas citer tous les exemples mais j'ai tenu à vous montrer quelques exemples qui sont repris sur le côté droit du *slide* pour illustrer les constats que nous avons faits.

Cette gouvernance et cette communication ont vraiment été une partie très importante de notre rôle qui a fait que nous avons dû chercher au quotidien et faire en sorte de retrouver nos jeunes dans cette structure complexe. Nous avons aussi constaté de manière régulière un manque de communication entre le fédéral et les entités fédérées.

Le HTSC a déjà été mentionné plusieurs fois par mes collègues et, effectivement, celui-ci a réuni toutes les structures autour de la table, tant le fédéral que les entités fédérées. C'est sans doute un exemple de forum où, non seulement le contenu était présent, mais aussi tous les interlocuteurs, ceci afin d'éviter les malentendus.

Je voudrais souligner le point suivant à propos duquel j'adresse mes remerciements. Je ne vais pas m'aventurer à citer des noms ni des infrastructures. En tant que GIBBIS, nous avons eu une disponibilité sept jours sur sept, aussi bien pendant la première vague que pendant la seconde, à tous les niveaux de pouvoir (cabinets, administrations, gouverneurs) et de toutes les infrastructures; nous avons eu des interlocuteurs qui ont été d'une gentillesse absolue, qui ont essayé, avec nous, d'apporter des solutions de manière pragmatique, de solutionner les problèmes de nos membres et de relayer les problèmes du terrain. Je voudrais vraiment adresser un merci à toutes ces personnes de manière individuelle.

Notre recommandation est clairement de simplifier et de clarifier la gouvernance de crise à tous les niveaux de pouvoir, avec une unité de commande et une unité d'implémentation. Mes collègues en ont déjà parlé, aussi bien au niveau de Zorgnet que de Santhea-UNESSA.

Le deuxième point que voudrais aborder est la capacité hospitalière avec quatre constats. Tout d'abord l'adaptabilité et la solidarité du secteur. Deuxièmement, la continuité des soins. Troisièmement, les hôpitaux psychiatriques qui sont parfois passés entre les mailles du filet. Quatrièmement, le monitoring et le data

management.

En ce qui concerne l'adaptabilité et la solidarité du secteur, je vais citer des exemples. On a vu une création de 50 % de lits d'USI en deux semaines, une collaboration entre les hôpitaux, entre les réseaux et au-delà des réseaux, aussi bien pendant la première vague que pendant la seconde. Cela a permis à nos soins de santé de tenir pendant cette crise et cette pandémie.

Ensuite, il y a eu le transfert de patients entre les provinces. Vous avez vu les chiffres sur Bruxelles. Pendant toute la période des deux vagues, plus de 340 patients ont été transférés d'hôpitaux à d'autres hôpitaux pour faire en sorte que, sur la Région de Bruxelles, l'ensemble des patients puisse être soigné.

S'agissant de la continuité des soins, il y a eu des choses positives et moins positives. Il y a eu vraiment une accélération de l'innovation au niveau covid et non covid grâce à la télémédecine par exemple.

Une chose, sans doute, à éviter pour le futur, est l'annulation de toutes les interventions électives.

Quant aux hôpitaux psychiatriques, il est vrai qu'ils sont parfois passés entre les mailles du filet, avec des directives qui sont arrivées plus tard et qui étaient parfois non adaptées, avec un matériel et des masques qui sont arrivés aussi plus tard que pour les hôpitaux généraux.

Pour le monitoring et le data management, les données sont essentielles dans la gestion de la crise. Pour l'avenir, il semble important de simplifier, d'automatiser et de faire en sorte que la gestion des données soit beaucoup plus simple pour le futur.

Nos recommandations seront donc déclinées en trois parties. Pour le futur, faire en sorte qu'il y ait une continuité des soins covid et non covid, que ce principe de solidarité soit maintenu, s'il devait y avoir une troisième vague – ce que je n'espère pas –, que l'on garde ce principe de solidarité et de transfert des patients et qu'au niveau des données, il y ait des KPIs qui soient clairs, une transparence des données et une automatisation des différentes banques de données afin de faire en sorte que la charge administrative pour nos institutions soit beaucoup plus légère que maintenant.

J'en viens aux liens avec les maisons de repos et avec la première ligne. Tout d'abord, les liens avec les maisons de repos. Pendant la première vague, il n'y a pas eu de convention formelle entre les maisons de repos et les hôpitaux. Cependant, une

solidarité s'est installée, ou un lien informel qui s'est installé entre les hôpitaux et les maisons de repos pour, par exemple, aider au niveau de la formation en hygiène.

À Bruxelles, dans le contexte de la deuxième vague, il y a eu une initiative au niveau d'Iriscare, de formaliser les conventions entre les maisons de repos et les hôpitaux. Au mois de septembre, l'ensemble des hôpitaux et des maisons de repos avaient une convention formalisée. La difficulté a été certainement que pour plusieurs sujets, bien que je n'en aie cité qu'un seul ici, les directives – on revient évidemment à la complexité de notre gouvernance – entre les entités fédérées et le fédéral n'étaient pas toujours alignées. Par exemple, pour le *testing*, durant un certain temps les directives étaient contradictoires entre les entités fédérées et le fédéral, pour clarifier où le patient devait être testé: dans la maison de repos ou au niveau de l'hôpital.

Au niveau du lien avec la première ligne, je voudrais souligner la solidarité qui s'est installée dans la collaboration entre la première ligne et la deuxième ligne. Par exemple au niveau des centres de triage. Ceci a permis d'alléger la pression sur les urgences entre autres. Nous recommandons donc qu'à l'avenir, les programmes de soins structurels incluent tous les acteurs de terrain et qu'il y ait des collaborations claires en vue de la continuité des soins et un échange d'expertises entre les différentes lignes de soins, qu'il s'agisse de la première ligne, de la seconde ligne ou de la santé mentale. Il convient que cette continuité de soins soit bien prise en considération.

Ceci était pour les trois recommandations au niveau de l'organisation des soins, de la gouvernance et de la communication, de la capacité hospitalière, des liens avec les maisons de repos et de la première ligne. Je vais maintenant m'orienter vers les recommandations en ce qui concerne les ressources.

À tout seigneur, tout honneur, d'abord le personnel soignant. Je voudrais souligner l'engagement sans faille du personnel soignant, et toute la reconversion du personnel qui a été mis en ligne pour faire en sorte qu'on puisse assurer les soins dans les unités covid. Par ailleurs, il y a également eu des mesures de renfort de l'encadrement, mais celles-ci ont parfois été insuffisantes. On a eu des initiatives positives comme par exemple la réserve de volontaires dont Iriscare a pris l'initiative. On a vu que plus de 900 personnes se sont placées comme volontaires dans cette réserve d'Iriscare. Mais en même temps, on vu qu'à partir de cette réserve de 900 personnes, seules 58 d'entre elles ont vraiment été déployées sur le terrain.

Autre exemple, au niveau de cette mesure de renfort de l'encadrement du staff du personnel soignant, une initiative a été lancée pour avoir un soutien international lors de la deuxième vague. Les hôpitaux bruxellois ont demandé ce soutien international. Finalement, le soutien international n'a jamais vraiment été lancé ni concrétisé sur le terrain.

Troisième point, au niveau du personnel soignant, il y a les mesures de soutien pour une gestion plus flexible dont on a pris l'initiative mais qui ont été concrétisées de manière tardive.

Quelques exemples: chômage temporaire, réquisition, délégation des tâches dont on a pris l'initiative ou qui ont été retirées. Il y a certainement eu un peu de cafouillage.

En ce qui concerne les recommandations pour le personnel soignant, il y a plusieurs choses. Il faut donner un soutien psychosocial et revaloriser la fonction de tout le personnel. Il y a déjà des initiatives, on le sait, avec le Fonds "blouses blanches" qui a été libéré au niveau du fédéral. Mais il est très clair qu'il faut un plan d'attractivité au niveau de la profession. Créer des lits supplémentaires est une bonne chose, mais sans personnel, cela ne sert strictement à rien. Le nerf de la guerre, c'est le personnel soignant. Si on a des lits sans personnel, on n'est vraiment nulle part. Les plans que l'on a mis en place pour créer des lits supplémentaires sont nécessaires, mais bien évidemment si on a ces lits sans personnel, cela ne sert à rien. Enfin, il faut clairement une flexibilité dans l'utilisation du cadre du personnel.

Avec mes collègues, nous avons répondu aux questions, et nous avons un document qui peut vous parvenir à ce sujet. Mais ici, pour être concise dans la présentation, j'ai choisi de rassembler *testing*, PPE, matériel médical, médicaments, vaccination dans une grosse thématique qui a été celle de l'incertitude et du manque d'anticipation, qui a généré beaucoup d'incertitude au niveau du personnel soignant, des gestionnaires, et ceci principalement pendant la première vague. On a vu qu'entre la première vague et la seconde vague, il y a quand même eu une amélioration au niveau de ces différentes problématiques. Je rejoins là le commentaire qui a été fait sur les médicaments. On a parlé énormément des PPE, du matériel médical, mais les médicaments ont été aussi très fort à flux tendus à certains moments. La manière dont les critères de répartition ont été mis en place a parfois été problématique. Cette problématique de *testing*, de matériel, de médicaments doit être prise en considération si on devait être à nouveau confrontés à une pandémie.

Mes recommandations à ce niveau sont tout à fait similaires à celles de mes collègues. D'une part, il faut une anticipation et un stock stratégique à tout moment. D'autre part, il faut considérer une production en Europe pour les produits de haute nécessité, et faire en sorte que nous ne nous retrouvions plus jamais à devoir potentiellement mettre la sécurité du personnel soignant et/ou des patients en danger par manque d'anticipation à ce niveau.

Le dernier élément, au niveau des différents constats que nous avons choisi de partager avec vous aujourd'hui, c'est le financement des institutions. Les institutions de soins, et plus particulièrement les hôpitaux, font face à un sous-financement structurel. Ceci était déjà le cas avant la pandémie.

En 2019, l'étude MAHA montre qu'un tiers des hôpitaux ont un résultat courant négatif. Bien évidemment, la crise du covid n'a pas aidé, pour deux raisons. D'une part, il y a eu un manque de recettes très important au niveau des hôpitaux, puisqu'on a supprimé des interventions électives. D'autre part, il y a eu un surcoût très important au niveau des hôpitaux.

Certes, il y a eu des compensations covid. Elles ont été significatives, mais tout à fait incomplètes. Celles-ci viennent se greffer sur une situation qui est déjà très précaire pour les hôpitaux; ceci n'est pas du tout fait pour stabiliser et rassurer les hôpitaux pour l'avenir.

Le lien avec le nombre, l'importance du rôle de l'hôpital dans la gestion d'une pandémie. Il faut absolument en arriver à soutenir les hôpitaux, évaluer les compensations pour 2020 et voir comment on peut continuer à compenser et stabiliser, rassurer les hôpitaux pour 2020.

Dans mon document, j'avais initialement indiqué continuation "en 2021". Et puis, j'ai supprimé "2021" parce que c'est vraiment "continuation tant que cette crise du covid va nous poursuivre". Jusqu'à présent, nous n'avons pas de vue sur la fin de la crise du covid.

À côté de cela, il me semble important d'investir dans les institutions de soins, et notamment de structuraliser les missions d'intérêt général. Enfin, il convient de réformer et de simplifier le financement des hôpitaux. Mes collègues en ont déjà parlé.

J'en arrive à mes conclusions. D'une part, elles résumeront mes recommandations. D'autre part, je ferai quelques commentaires généraux.

Il me semble que la crise du covid nous a bien montré que le secteur des soins de santé doit être une priorité sociétale et politique importante. En outre, nous avons bien vu que la crise et la durée de la crise, c'est un problème de gens. Les lits sans personne, les gestionnaires de crise sans personne, cela fait qu'il n'y a plus rien qui va.

Nous avons peut-être cru au départ que nous avions affaire à un sprint. Non, c'est un très long marathon, et peut-être même un double marathon. Mon message, à tout le monde ici autour de la table, aux politiques, aux gestionnaires et aux gestionnaires de crise, est le suivant: "Soignez bien vos équipes, à tout niveau, pour tenir le cap sur le long terme, parce que c'est avec les gens que nous allons faire la différence et que nous allons faire la différence sur le long terme."

En outre, je voudrais dire: "Ne tirons pas des conclusions hâtives. Regardons bien pourquoi les choses, et pourquoi certaines choses n'ont pas tourné comme il le fallait. Regardons et mettons les processus en place pour améliorer. Ne revenons pas à la situation précédente et changeons les choses."

En résumé, mes top 5 recommandations sont donc:

1. Simplification au niveau de la gouvernance: une unité de commande et une unité d'implémentation.
2. Une continuité des soins covid et non covid. Les patients qui ne sont pas atteints du covid méritent aussi d'avoir des soins de qualité pendant cette période. Cela dure longtemps. Nous avons besoin de continuer les soins non covid.
3. Le personnel soignant. Nous avons besoin de gens autour des lits et autour des lits de soins intensifs. Il faut attirer les gens dans la profession de personnel soignant.
4. Anticiper au niveau du matériel de *testing*, *tracing*, vaccination. Nous sommes en pleine vaccination et nous voyons à nouveau qu'il y a une problématique. Il faut continuer à anticiper.
5. Plaidoyer pour le financement: soutenir, stabiliser, rassurer nos institutions, et puis investir et réformer.

De **voorzitter**: Tot slot geef ik het woord aan de heer Fredericq van Ferubel-Femarbel.

Vincent Fredericq: Monsieur le président, mon introduction sera courte. J'essaie de ne pas me répéter, puisque c'est la troisième fois que je comparais devant une commission spéciale covid. C'est lié à l'activité de ma fédération, qui est active dans plusieurs Régions du pays. Cela nous a permis d'avoir une vue relativement globale et précise sur les événements.

Il faut savoir que Femarbel est active essentiellement à Bruxelles et en Wallonie. Elle a une maison en Communauté germanophone. En ce qui concerne les activités en Flandre, elles sont assumées par la fédération Vlozo, dont je me trouve être membre du comité directeur, dans la fonction confortable des personnes qui sont restées en deuxième ligne de la crise.

L'exercice est relativement difficile de tirer des conclusions alors qu'une crise n'est pas terminée. L'exercice est relativement difficile de répondre à toutes les questions qui ont été posées par les parlementaires. J'ai essayé de les rassembler par blocs, avec beaucoup de modestie dans les analyses.

Il me semble important de pointer un certain nombre d'éléments qui n'ont pas fonctionné, sans pointer de doigt accusateur, bien sûr. Cela n'aurait pas de sens, et encore moins en posant le secteur des maisons de repos comme victime. Des rapports d'Amnesty International parlent d'angle mort. On a parlé, à MSF, de maisons de repos sacrifiées. Je crois que se complaire dans le rôle de victime ne serait pas satisfaire notre devoir professionnel de fédération, mais bien de pointer ce qui a été et aussi ce qu'il ne s'est pas passé de manière correcte dans les maisons de repos.

Quels sont les grands facteurs critiques de cette crise, qui n'est en effet pas encore terminée? Cela a évidemment été le matériel, le *testing*, le *tracing*, la formation et l'absence de plan.

Le plan pandémie, nous en avons beaucoup parlé. Moi, j'ai appris son existence dans la presse. J'ai vu un article avec la photo du professeur Delepelaire. J'ai lu qu'il existait un plan pandémie. Je me suis fait la réflexion: "Tiens, on ne pouvait pas en parler plus tôt?" Ce plan pandémie est donc resté dans les tiroirs, d'abord du fédéral – il n'a jamais été effectivement exécuté – et, ensuite, il s'est sans doute trouvé perdu dans une caisse ou l'autre dans les différentes entités. Ce plan pandémie, nous n'en avons jamais entendu parler.

Par contre, au niveau des entités fédérées, puisque le secteur des maisons de repos a été pour l'essentiel transféré en termes de champ de compétences vers les entités fédérées, des plans d'action ont été mis en place par les différentes entités fédérées. À charge pour les établissements de les remplir, de les préparer. À Bruxelles, je pense que l'essentiel des plans a été validé par Iriscare. Nous sommes en même voie en Wallonie. Tout cela devait se passer pour le mois d'août 2020, a posteriori de la première vague. C'est en cours de validation du côté des tutelles.

Premier problème, et ce sont des pierres dans les jardins de tous, c'est l'absence d'anticipation sur le développement fulgurant de l'épidémie. Je dois dire que les premières informations sont arrivées au mois de janvier. Puis, en février, nous avons vu des images terribles en Italie, et tout le monde se disait "est-ce que c'est si grave que cela?" Je crois qu'il y a eu une audition au Parlement fédéral où on a parlé de "grippette" le 3 mars. Personne n'a anticipé, en ce compris les maisons de repos.

De notre côté, nous avons reçu des signaux d'alerte au mois de février, des groupes de maisons de repos qui sont actifs à l'international et qui ont des établissements en Italie. Ils nous ont prévenus en disant qu'il risquait d'y avoir des problèmes. Un certain nombre de commandes de matériel ont donc été effectuées par ces groupes. Nous avons eu la chance de nous greffer in extremis sur une commande de matériel sur fonds propres, ce qui nous a permis d'acheter quelques centaines de milliers de masques – une goutte d'eau dans l'océan des besoins – avec la triple chance que nous avons pu en avoir, qu'ils n'ont pas été saisis et qu'ils étaient conformes.

En effet, cela a été l'ère de la débrouille, comme l'a dit Yves Smeets. Tout le monde va chercher du matériel partout. Nous avons commencé à coudre des masques. Le marché est complètement déréglé, avec des prix qui l'étaient encore plus. Des commandes extrêmement importantes ont été bloquées en Chine. Des commandes extrêmement importantes – je parle par exemple de 20m³ de masques pour les maisons d'un groupe actif en Belgique – ont été bloquées dans un aéroport et ont été saisies dans les pays de production.

Bref, tout le monde s'est retrouvé avec cette absence de matériel, cette pénurie de matériel, qui a évidemment causé des préjudices extrêmement graves.

Les instructions d'utilisation du matériel selon lesquelles le matériel de soin, les masques, ne peuvent être utilisés que par le seul personnel soignant qui est au contact, sont des instructions de gestion de pénurie. En fait, des instructions ont été données aux établissements de ne pas utiliser le matériel comme il le fallait, parce que nous n'en avions pas assez. Ce que je comprends. D'ailleurs, Dirk Dewolf, qui dirige l'Agentschap Zorg en Gezondheid, a bien dit devant le Parlement flamand qu'on a modifié les instructions concernant l'utilisation des masques quand la pénurie s'est arrêtée. Cela a été la même chose dans toutes les entités fédérées.

Iriscare à Bruxelles et l'AviQ en Wallonie sont des

administrations jeunes, qui ont été constituées postérieurement à la sixième réforme de l'État. Elles ont accompli un travail absolument remarquable. Elles se sont transformées en véritables centrales d'achats et ont fourni massivement, et gratuitement, à charge de l'entité fédérée, du matériel, ce qui a permis de revenir à un niveau raisonnable de qualité de matériel de protection.

Il faut se rendre compte aussi que dans ces conditions, le personnel a dû faire preuve d'un courage extraordinaire pour aller, si j'ose dire, "au feu", en comparant sa situation à celui d'un pompier qui va éteindre l'incendie en bermuda et en slaches. Des photos ont été prises dans des établissements où des membres du personnel, en guise de blouse de protection, n'avaient pu avoir d'autre solution que de prendre de grands sacs poubelle gris en faisant trois trous dedans. Nous nous sommes trouvés dans cette situation.

Manque de prévision, certainement. Manque de disponibilité, aussi. Nécessité, évidemment, de prendre des mesures structurelles. Dans ce contexte, il est évident que la destruction du stock stratégique fédéral a pesé de tout son poids, et surtout son non-renouvellement, ce qui n'a pas permis de faire la jonction en termes de minimum de matériel de protection avec la mise en place des livraisons suivantes.

Pour ce qui concerne le matériel, il a fallu faire face à une situation extrêmement difficile. Nous n'étions quasiment plus actifs au niveau fédéral puisque le secteur a été régionalisé. Pour nous, le corps principal des réglementations fédérales a trait à l'art de guérir – je reviendrai sur ce point – et aux relations au travail, sachant qu'il est question de zones où les conditions de rémunération ne sont plus les mêmes, en ce compris à l'intérieur du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale entre les maisons de la Vlaamse Gemeenschap et les maisons bicommunautaires.

J'en arrive ainsi à la question de l'oxygène. À un moment donné, il y a eu une grave pénurie d'oxygène dans les maisons de repos, de matériel permettant de donner de l'oxygène. Dans une question, il était fait référence au fait que les maisons de repos étaient équipées d'un circuit interne de distribution, ce qui n'est pas le cas. À ma connaissance, aucune maison de repos ne dispose d'un circuit interne de distribution d'oxygène. On a manqué de d'oxyconcentrateurs. On a été confronté à un problème de disponibilité de bonbonnes Il faut savoir qu'en maison de repos, on peut dispenser de l'oxygène avec un débit de l'ordre de 3 à 5 litres, mais à partir d'un certain niveau de développement d'une pathologie, il n'est

plus possible d'assumer cette fonction en maison de repos.

On a assisté à deux réunions avec l'Agence fédérale des médicaments dans le cadre de laquelle il a été constaté que la matière première (l'oxygène industriel) était encore suffisante, mais que le matériel de dispensation manquait. La situation s'est ensuite régularisée.

Comme mes collègues l'ont dit, il est évident qu'un stock stratégique doit être constitué et devra être maintenu. Des décisions ont été prises au niveau fédéral dans ce domaine. Les entités bruxelloises, à savoir Iriscare et l'AViQ, ont constitué un stock stratégique. De plus, il a été imposé aux maisons de repos d'également constituer un stock stratégique de matériel de protection qui a été fixé à un mois pour Iriscare et à trois mois pour l'AViQ. Pourquoi? C'est une autre histoire. Mais, en tout cas, chaque maison de repos bruxelloise dispose d'un stock de matériel pour une durée d'un mois. Iriscare a un stock de matériel. L'idée est de procéder au renouvellement au fur et à mesure de ce matériel. L'AViQ a, quant à elle, estimé qu'il était requis de disposer de trois mois de stock stratégique.

Il faut savoir qu'en termes de matériel et qu'en termes normatifs, les maisons de repos ne sont financées que pour le seul petit matériel de soins, qui leur est d'ailleurs imposé. C'est ce que l'on appelait communément le plateau de l'infirmière avec les compresses stériles. En termes de protection contre les maladies nosocomiales, l'intervention est limitée au simple matériel de protection pour l'hygiène des mains avec une procédure écrite pour l'hygiène de ces dernières, avec un financement de 7 centimes d'euro par jour, ce qui est évidemment trop peu pour assumer le coût total de ce stock.

J'en arrive à l'utilisation correcte du matériel et à la formation de base de la prévention. Il s'agit ici d'un réel problème auquel a été confronté le secteur. Une maison de repos n'est pas un hôpital. On a constaté qu'il y avait un réel niveau de connaissance en termes de règles d'hygiène de base et d'hygiène spécifique. Mais un problème s'est posé au niveau de la connaissance à proprement parler du matériel. Il existe des procédures strictes, par exemple, pour mettre des gants, mais aussi pour les enlever, procédures qui étaient inconnues ou peu connues. Un point négatif pour le secteur a trait au fait que les formations de base n'étaient pas dispensées.

Nous avons donc recommandé que les formations de base pour les directions des maisons de repos qui relèvent de la compétence des Communautés

soient adaptées et renforcées en matière d'hygiène, de gestion de crise, etc., que les formations de base du personnel soignant et du personnel logistique soient modifiées de manière à ce que les rubriques relatives à l'hygiène spécifique et à la protection y soient ajoutées.

En attendant, tout le monde s'est attelé, surtout durant la première vague, à mettre en place des formations. Iriscare, l'armée, MSF ont organisé des formations. Des formations ont été dispensées par webinaire. Nous avons une plate-forme d'e-learning dans laquelle nous avons injecté le plus possible de formations de manière à avoir un *upgrade* le plus rapide possible, à défaut de pouvoir être totalement efficace et professionnel, en termes de compétences du personnel.

Nous avons également constaté l'absence de formation au cohortage. Il s'agit d'un point qui devra également être amélioré. Le cohortage n'est pas forcément évident à mettre en œuvre, d'autant que chaque maison de repos a une structure différente. Je ne dis pas que tous les hôpitaux se ressemblent. Mais chaque maison de repos est différente. Sa structure architecturale ne permet parfois pas le cohortage.

Le *testing* a malheureusement été un échec tout à fait sanglant. C'est un point qui a généré et qui génère toujours chez nous une énorme frustration dans la mesure où, dans la politique de prévention de l'épidémie, le *testing* et le matériel de *testing* étaient essentiels.

Les demandes visant à faire tester le personnel et les résidents des maisons de repos ont été répétées à de multiples reprises, dès la fin février-début mars. Le 17 mars, les fédérations professionnelles francophones ont interpellé la ministre fédérale de la Santé, et il a fallu attendre le 27 mars pour recevoir l'équivalent d'une non-réponse.

Sans parler du personnel asymptomatique, en raison de la rareté des tests disponibles, les centres de *testing* ont refusé de tester le personnel de soins ou le personnel d'hôtellerie symptomatique des maisons de repos. Des membres du personnel ne sachant pas qu'ils étaient positifs puisqu'ils étaient asymptomatiques, mais pour lesquels il y avait une présomption de positivité, n'ont donc pas pu être testés. Je parle ici pour Bruxelles et la Wallonie.

Nous avons demandé que les résidents qui sortaient de l'hôpital soient testés avant leur retour puisqu'il n'y avait pas de tests disponibles dans les maisons de repos. Cela nous a été refusé. Nous avons également demandé que tout nouveau

membre du personnel, en ce y compris, par exemple, des étudiants jobistes, puisse être testé; cela nous a également été refusé alors qu'il nous semblait essentiel, pour agir de manière rationnelle, vu la gravité de l'épidémie et de la contagiosité, en tant que non-professionnel de la santé – pour ce qui me concerne, je ne suis qu'un juriste – de détecter le plus vite possible les personnes positives, d'isoler ces dernières ou de les empêcher de rentrer.

Jusqu'à ce que le *testing* soit généralisé, cela a donc été fait de manière totalement aléatoire, avec des résultats qui mettaient quatre, cinq, voire six jours pour arriver. Des questions ont été posées par Yves Smeets quant au choix de la stratégie d'analyse des tests au fédéral. Ce sont des questions utiles sur lesquelles cette commission pourra se pencher.

Après la généralisation du *testing*, après qu'aient été testés tout le personnel et tous les résidents, a été mise en place une stratégie de *testing* préventif. Autrement dit, on pouvait faire tester, tous les mois, tous les membres du personnel d'un établissement, sans que cela ne crée de préjudice. Si on avait un cas positif ou un cas suspect, on pouvait faire tester à la fois les résidents et le personnel. Dans le cadre d'une stratégie préventive, une possibilité de tester préventivement le personnel de tous les établissements tous les mois avait mise en place.

Mais au mois d'octobre, aux environs du 19 novembre, ces tests préventifs ont été suspendus, suite à une décision du fédéral, pour des questions de disponibilité, etc. Ce n'était peut-être pas le moment idéal pour suspendre les tests préventifs du personnel.

Sur le terrain, on a pu constater, suite à l'indisponibilité des tests, qu'un nombre croissant d'établissements ont pris des mesures pour acheter des tests PCR en payant eux-mêmes les coûts d'analyse, mais aussi des tests rapides.

À de multiples reprises, j'ai attiré l'attention sur le danger d'acheter des tests par le biais d'un circuit parallèle et en particulier des rapides. Je reviendrai sur la question. À partir du moment où de tels faits se passent sur le terrain, il faudrait avoir au minimum un protocole pour que l'interprétation puisse être faite correctement. À la limite on peut se procurer n'importe quel test rapide. Mais encore faut-il savoir comment interpréter les résultats.

J'en arrive ainsi aux tests rapides au sujet desquels je me pose des questions importantes. J'ai un peu le sentiment qu'en Belgique, on fonctionne de manière fort différente par rapport à d'autres pays.

Par exemple, les tests rapides ont été proscrits très longtemps. Certains ont été autorisés le 19 septembre. On a dit: "C'est autorisé, mais fortement déconseillé." C'est un message très clair à l'égard des établissements! C'est autorisé mais on vous conseille de ne pas le faire! Objectivement, dans les discussions et les contacts que nous avons eus avec Bruxelles et la Wallonie, les fédérations demandaient régulièrement: "Pourquoi refusez-vous ces tests rapides?" étant donné qu'ils permettent un certain suivi. La réponse: "Les tests rapides ne sont pas fiables à 100 %, moins que les PCR. Cela ne sert à rien d'utiliser les tests rapides parce que le lendemain, les personnes peuvent s'infecter." À ce moment-là, les PCR c'est le même jeu! Je peux avoir un test PCR négatif aujourd'hui et être infecté le lendemain.

Heureusement, la Wallonie a développé une expérience-pilote de tests salivaires préventifs. Ce test salivaire a l'avantage d'être moins désagréable que le PCR puisqu'il ne suppose pas un prélèvement naso-pharyngé et on a effectué, dans toutes les maisons de repos de Wallonie, des tests salivaires préventifs hebdomadaires du personnel. On a constaté que le taux d'adhésion des maisons de repos était extrêmement important, au-delà de 90 %. Ils n'ont évidemment pas la même fiabilité, mais cela permis deux choses: la première a été de détecter des membres du personnel positifs asymptomatiques, ce qui déclenchait immédiatement après, la prise du test PCR, le cas échéant de manière généralisée dans l'établissement. Cela a donc servi d'instrument de détection préventif hebdomadaire de réintroduction ou d'introduction de l'épidémie.

Lors d'un échange qui a eu lieu hier, on nous a confirmé que l'ULiège recherchait dans les tests salivaires des traces permettant de détecter une suspicion du variant anglais. À ce moment-là, cela enclenchait immédiatement des informations au niveau de la Région qui repartaient vers l'établissement qui testait à nouveau, le cas échéant, recherchant ce fameux dangereux, contagieux (ou pas) variant anglais.

Que se passe-t-il maintenant? Cette expérience pilote s'arrête. Je pense qu'il reste à peu près 90 000 tests. On va essayer de faire un essai comparatif en fonction de la vaccination. Très bien! À Bruxelles, il y a, sauf erreur de ma part, 90 000 tests rapides naso pharyngés dans les réserves d'Iriscare et dont on ne sait pas trop quoi faire. La Flandre en a acheté beaucoup. Je pense qu'une réflexion rapide et utile devrait être menée sur la combinaison entre les tests PCR et les tests rapides pour leur utilisation optimale. Notre sentiment, celui des non-professionnels de la santé

est celui-ci: au plus vite un cas positif est détecté, au plus vite on évite l'épidémie en maisons de repos, endroits les plus sensibles pour ne pas dire dangereux pour le développement d'une épidémie.

En ce qui concerne le *tracing*, objectivement, c'est une grande déception. Nous n'avions reçu de note côté en tant qu'institution de soins, ni de nouvelles vraiment utiles, ni de retours de résultats utiles. Le *tracing* pose une vraie question en termes d'efficacité. Nous l'avons tous constaté: la deuxième vague a été pénible, mais nous avons tous des expériences personnelles. Ma famille n'a pas été touchée, mais j'ai des amis proches qui l'ont été. C'est parce qu'ils ont eu l'élégance de téléphoner aux amis qu'ils avaient rencontrés pour leur dire qu'ils étaient positifs sinon, aucun coup de fil n'avait été donné.

En ce qui concerne la vaccination, en termes logistiques, l'opération se déroule très bien. La grande question est celle de la disponibilité des doses de vaccins. La responsabilité en incombe aux firmes pharmaceutiques. On observe un très fort taux d'adhésion des résidents: + 95 % à Bruxelles et presque 90 % en Wallonie. L'inquiétude réside quant à l'adhésion du personnel des maisons de repos. On atteint rarement la barre des 50 % acceptant de se faire vacciner, ce qui sauf erreur de ma part est insuffisant. Il nous a été expliqué notamment lors de réunions avec le cabinet du ministre Marron et celui de la ministre Morreale, que les entités fédérées et le fédéral conjugueraient leurs efforts en vue d'organiser des campagnes de promotion de la vaccination. C'est vraiment le moment de le faire.

De notre côté, nous disposons de certains moyens audiovisuels modestes. Nous avons ressorti des clips de sensibilisation, etc. Là, c'est un enjeu majeur. En effet, si on n'arrive pas à un taux suffisant de vaccination du personnel pour les maisons de repos en tout cas, il est acquis qu'on ne pourra pas les déconfiner autant qu'on le souhaiterait. C'est un point important.

Relations avec les hôpitaux. Première chose, ici il ne s'agit pas de pointer un doigt accusateur et encore moins, comme dans certains cénacles parlementaires, où on a demandé de donner des noms... Cela n'a pas d'intérêt. Première chose, il y a bien eu des problèmes sur le terrain: des refus d'hospitalisation; des retours liés à du transport médical urgent. Ces problèmes, au niveau éthique, ont été constatés et sont évidemment très graves. Il n'y a jamais eu d'instruction expresse de la part d'une quelconque autorité pour le faire. Il y a eu des situations individuelles et non généralisées dans les hôpitaux. À quel niveau? Combien de fois? Une

seule fois suffit!

Des personnes sont malheureusement décédées en maisons de repos dans des conditions absolument inacceptables puisqu'elles devaient, au moins pour leur confort, bénéficier d'administration d'oxygène à un plus haut débit que celui disponible dans les maisons de repos. Il y a une circulaire qui a été envoyée dans les hôpitaux à la fin du mois de juillet. Elle a rappelé que les résidents des établissements de soins aux personnes âgées, quel que soit leur âge, doivent toujours avoir accès à un transport médical urgent ou à une hospitalisation. On a jugé utile de rappeler ce principe fondamental. On s'estime satisfaits en espérant qu'on n'arrive plus à des situations telles que - de manière rare -, on les a rencontrées.

Relations avec les hôpitaux. En effet, on a constaté - c'est aussi un point de recommandation -, que chaque secteur des soins de santé a tendance à travailler dans son coin. Surtout quand une même coupole, un même pouvoir organisateur ne les rassemble pas. Donc, on a demandé à Bruxelles d'établir un plan d'action avec les hôpitaux, de pouvoir passer des contrats ou des conventions entre les maisons de repos et les hôpitaux. Des *templates* ont été dressées. Tout cela a été fait. Elles ont été établies. Je pense qu'à Bruxelles, on est arrivé à 100 % de conventions signées. Maintenant, dans quel camp est la balle? Ces conventions concernent surtout des obligations mises à charge des hôpitaux.

Quand vous voyez "Les hôpitaux mettront à disposition l'expertise relative à la prévention et au contrôle des infections"... C'est très bien. La gestion des urgences: "Passer des accords relatifs à la gestion de la sortie de l'hôpital. Renforcement du personnel dans des situations exceptionnelles. Soutien aux maisons de repos en termes de produits pharmaceutiques. Soutien et hébergement éventuel si les besoins en oxygène d'un patient ne peuvent être pris en charge par la maison de repos. Collaboration du laboratoire de l'hôpital avec la MR ou MRS en matière de tests diagnostiques. Autres: soutien psychologique du personnel". Tout cela est remarquable. Mais ce que j'observe c'est que cela a été mis à charge des hôpitaux. Reste à voir si les hôpitaux, dans un moment extrêmement difficile, auront les moyens d'assurer toute cette aide. Je parle des moyens dans tous les sens du terme. Si je reprends un exemple bruxellois, sauf erreur de ma part, l'hôpital Erasme est certes un hôpital important, mais il a des conventions avec plus de 50 MRS. Vous vous imaginez toutes ces conventions qui demandent des mises à disposition! Tout cela risque d'être difficilement applicable dans la réalité, sauf si on donne les moyens aux hôpitaux ou si on a une

réflexion proactive pour pouvoir rassembler ces moyens et les mutualiser.

Il y a eu un groupe de travail hôpitaux/maisons de repos en Wallonie qui a assez bien fonctionné. On a réussi à trouver un accord pour régler de manière systématique les problèmes de communication en cas d'arrivée ou de départ de résidents de l'hôpital.

Les centres intermédiaires. En Wallonie, il y en a eu deux opérationnels lors de la première vague. L'un est resté vide, sauf erreur de ma part. L'autre a eu un taux d'occupation extrêmement limité. À Bruxelles, on a préparé un centre intermédiaire mais on a décidé de ne pas aller jusqu'à sa création effective en raison d'une demande aléatoire et d'un coût jugé exorbitant. Ce qui s'est passé au moment de la deuxième vague, où certains hôpitaux se sont trouvés dans des situations difficiles, c'est que, de par leurs relations "naturelles", "habituelles", des hôpitaux et des maisons de repos ont passé des conventions en dehors du cadre de ces centres intermédiaires; ou bien des maisons de repos et de soins ont mis à disposition un certain nombre de lits, pour des hôpitaux et ont servi de "centres intermédiaires informels". Cela s'est passé à Bruxelles avec l'UZ de la VUB; cela s'est passé à Liège avec l'hôpital de la Citadelle. Bon, du côté des fédérations on trouvait que... Soit! Cela s'est passé! Ne doit-on pas mener une réflexion pour pouvoir, de manière souple et efficace, rencontrer ces problèmes de disponibilité par rapport à cette situation des centres intermédiaires dont le fonctionnement, en tout cas en Wallonie et à Bruxelles, ne s'est pas avéré optimal, et certainement pas le moins coûteux?

Dans le contexte institutionnel, tout cela est un peu compliqué: il y a neuf ministres de la Santé. Nous le savons tous. Ce que nous avons constaté à notre niveau – conséquence de la réforme de l'État – c'est que précédemment nous avions deux interlocuteurs: les maisons de repos, le fédéral et les tutelles régionales. Mais maintenant, notre interlocuteur naturel n'est plus que la tutelle régionale. Ce que nous avons constaté, nous, c'est la difficulté d'obtenir des informations, des retours d'informations sur des difficultés entre les différents niveaux de pouvoir. Lors d'une audition au Parlement flamand, quelqu'un a dit: "On ne savait pas sur quel bouton pousser. Et quand on trouvait le bouton, il fallait déterminer qui était compétent pour voir qui avait le droit de pousser le bouton". Cela posait un certain nombre de problèmes très concrets en termes de *testing*, de *tracing*, de consignes sanitaires. Nous nous sommes trouvés ainsi face à des directives contradictoires.

Que faut-il faire? Faut-il tout refédéraliser ou tout défédéraliser? Je ne me prononce pas. Je pense

que défaire une pelote de laine est plus facile que de la reconstituer. Je ne pense pas que refédéraliser soit une solution d'avenir. À présent, que l'on ait, de manière bien réfléchie, une répartition de compétences dans le cadre d'une future réforme de l'État, pourquoi pas!? À condition que la loi spéciale de financement soit adaptée. Avoir une vraie réflexion sur le fait, en cas de crise, d'assurer une unité de commandement comme cela a été suggéré, cela me semble indispensable.

À un moment donné, dans des situations de crise, il faut que des décisions soient prises. Il faut qu'elles le soient de manière efficace, sérieuse et raisonnée, mais il faut qu'elle le soit vite. Tout cela a manqué. Au Parlement wallon, d'éminents experts sont passés au stade supérieur de la cuisine italienne institutionnelle, puisqu'on parlait de lasagne institutionnelle, et ont indiqué qu'il s'agissait maintenant de spaghettis. Si les lasagnes et les spaghettis sont bons, en cas de crise, il est impératif d'avoir un organe de décision unique et efficace.

Je ne reviendrai pas sur tous les dangers encourus par le personnel, sur les risques qu'il a pris, sur le dévouement dont il a fait preuve, sur les situations morales extrêmement éprouvantes qu'il a subies.

Certains établissements ont enregistré de véritables hécatombes de gens que le personnel côtoyait quotidiennement, parfois depuis longtemps. Donc, ce fut une période extrêmement dure pour eux. Nous constatons que des aides psychologiques ont été mises en place, mais les soignants hésitent fortement à y recourir. Là aussi, nous essayons de les y pousser. Les soignants ont tendance à ne pas se plaindre. C'est un tort!

Il y a eu certains effets pervers, pas généralisés. Nous avons eu des remontées de situations parfois extrêmement difficiles à vivre au sein de certains établissements. Une décision fédérale fut prise, qui était tout à fait justifiée en tant que telle. Il avait été établi que la délivrance d'un certificat chez le médecin représentait un certain danger. Pour cette raison, il fut décidé de permettre que des certificats de quarantaine soient délivrés par téléphone.

Je ne parle pas ici de situations d'abus. Néanmoins, il est arrivé à certains de mes établissements qui attendaient d'avoir 57 membres du personnel présents en journée d'en être privés de 18, qui avaient rentré ces certificats. Une mauvaise compréhension avec des médecins généralistes a nécessité que nous attendions une clarification des directives de Sciensano pour voir comment nous pouvions, le cas échéant, demander à du personnel déclaré positif asymptomatique de venir travailler dans les unités

covid.

Il faut aussi réfléchir au fait que les maisons de repos comme les institutions de soins ne peuvent fonctionner qu'avec du personnel. En effet, au pire moment de la première vague, les taux d'absentéisme ont atteint des niveaux extrêmement importants, trop même – il faut le reconnaître – pour garantir la même qualité de soins et d'hébergement qu'en temps normal. Il faut savoir que nous n'avions pas de personnel disponible à l'engagement et aussi que l'essentiel du personnel infirmier intérimaire se trouvait dans les centres de tri. Il était donc impossible de trouver du personnel pour parvenir à combler les trous.

Avec les fameux voyages à l'étranger, nous avons constaté le problème du respect de la quarantaine et de l'obligation de se faire tester.

Des membres du personnel de nos établissements sont quand même partis pendant les vacances de Noël. À la limite, c'est leur droit. Toutefois, plusieurs n'ont pas respecté les consignes qui leur avaient été données. Pour l'établissement, il est évidemment difficile de les dénoncer à la police, mais c'est un point sur lequel j'attire quand même votre attention.

Des mesures fédérales – appelées "mesures d'assouplissement" – ont été prises pour résoudre les problèmes de pénurie de personnel. Elles ont été adoptées pour faciliter l'occupation de ressortissants étrangers, élargir la capacité d'occupation des étudiants, permettre le recours à une succession de contrats de travail à durée déterminée, tenter d'assouplir les possibilités de mise à disposition des travailleurs, autoriser l'engagement de volontaires dans le secteur privé commercial, permettre l'engagement de chômeurs temporaires, etc. Toutes ces dispositions ont eu un caractère positif, dans la mesure où elles répondaient aux difficultés sur le terrain, en renforçant les équipes ou en comblant les trous.

Le premier train de mesures a été adopté relativement vite. Toutefois, par la suite, elles ont pris du temps à être prolongées – et avec effet rétroactif et favorable. Je sais que certains de nos établissements se demandaient s'ils pouvaient recruter des volontaires. Nous leur répondions alors que, tant que l'arrêté n'était pas prolongé, ils se plaçaient dans une situation juridique fragile. C'est pourquoi nous leur conseillions de ne pas le faire. Il faudrait donc voir comment le package fédéral de mesures devant faciliter le recours à des forces supplémentaires ne pourrait pas en prolonger certaines et les rendre structurelles.

Ensuite, il faut renforcer et améliorer

l'encadrement. J'ai déjà parlé de la formation, car c'est un volet essentiel où des efforts d'amélioration extrêmement importants doivent être fournis dans le secteur des maisons de repos. Pour l'encadrement, il faut rester extrêmement prudent dans les constats; et je le serai encore plus dans ce que je vais dire. On m'a demandé de le faire au Parlement bruxellois. Comme je suis un bon soldat, bien discipliné, je l'ai fait en recourant à beaucoup de précautions oratoires.

Je me suis toujours refusé à faire un concours entre Régions ou entre pays. Malheureusement, j'ai été fort contacté par des journalistes, en ce compris de l'étranger. Trouvez-vous qu'on a moins fait en Belgique qu'en France ou qu'en Espagne? Ces problèmes ne sont, pour moi, pas intéressants. On n'est pas dans un concours ici. La question, c'est de trouver un certain nombre d'explications.

Comme on le verra, il semble bien que la mortalité ait été inférieure en Flandre par rapport aux autres entités. Pourquoi? Je ne suis pas scientifique. Je pense qu'on est trop près et encore trop dans l'épidémie que pour pouvoir tirer des conclusions mais, de manière purement factuelle, je ne peux qu'observer que l'encadrement en termes de volume de personnel dans les maisons de repos flamandes est très largement supérieur à celui des maisons de repos bruxelloises et wallonnes. C'est simplement lié au fait qu'en Flandre, on a un taux de couverture MRS de 80 %, tandis qu'il est de 50 % en Wallonie et encore moins à Bruxelles.

Cela ressortit du budget des Régions et des entités mais il est clair que, sans moyens supplémentaires pour engager du personnel, l'encadrement sera insuffisant pour faire face aux besoins des résidents. Au-delà de cela, il faut évidemment – et je rejoins Mme Cloet – avoir une réflexion ouverte et sans tabou sur une révision de la loi sur l'art de guérir.

À un moment donné, il faut pouvoir mesurer exactement qui fait quoi et quelle est la charge de travail dans les établissements. Dans le rapport du KCE, on voit des choses relativement étonnantes. Notre sentiment, c'est qu'en tout cas pour les maisons de repos, on sous-utilise les capacités intellectuelles du personnel infirmier, c'est-à-dire qu'on a un cadre infirmier qui ne correspond pas aux besoins réels, ce qui fait que nous avons des infirmiers qui font des tâches qui pourraient être parfaitement accomplies par des aides-soignantes, voire du personnel logistique. Cela ne rend pas la profession attractive. Je plaide donc pour une demande de révision de la loi sur l'art de guérir sans tabou. Cela fera évidemment hurler certaines professions mais cela me semble indispensable

pour l'avenir. Il faudra aussi avoir une réflexion sur le cadrage des normes.

On m'a demandé de répondre à des questions sur une éventuelle troisième vague. Pourquoi a-t-on eu une deuxième vague, alors que le matériel était là. Risque-t-on une troisième vague? Pourquoi telle institution a-t-elle été touchée ou pas? Quelle a été la surmortalité? Quel secteur a-t-il été le meilleur ou le moins mauvais en termes de nature de pouvoir organisateur dans le cadre de l'épidémie?

Une série d'études ont été faites et je me garderai d'en parler car, si je commets la moindre erreur, j'aurai un senseur impitoyable dans mon dos mais bienveillant, je le sais. Pour moi, c'est un peu tôt – c'est même trop tôt – que pour pouvoir en tirer des enseignements généraux. Surmortalité, il y a eue. C'est incontestable!

Après, on constate, semble-t-il, une liaison directe dans la surmortalité en fonction du fait qu'un établissement est dans une zone extrêmement urbanisée ou pas. Cela paraît logique et cohérent. On constate aussi qu'il y a une forte prévalence dans les établissements où les personnes sont lourdement dépendantes et désorientées. Cela me paraît logique. Faire garder un matériel de protection par une personne désorientée, c'est extrêmement difficile.

Dans certaines études, dont une de la mutuelle Solidaris, il a été dit que la mortalité était inférieure dans les établissements commerciaux. Personnellement et de manière sérieuse, je n'en tire rien comme conclusion. Rien! Je pense qu'il serait imprudent de tirer des conclusions politiques dans le cadre de la gestion d'une épidémie dont on ne sait pas tout.

Je pourrais très bien dire que, dans les établissements commerciaux, on a eu une mortalité inférieure. Solidaris le dit. On ne peut quand même pas supposer que Solidaris est un réceptacle de suppôt du capitalisme international. Je pourrais me camper là-dessus pour répondre à des attaques qui sont menées contre le secteur que je représente. Notamment dans mon émission d'il y a deux jours, une espèce de journaliste, Fouquier-Tinville version miniature, a mené un procès à charge en tronquant et en biaisant les réalités.

La vraie question qui se pose, c'est qu'à ce stade-ci, à notre niveau, on ne sait pas encore pourquoi certains établissements ont été épargnés et pourquoi certains établissements ont été très touchés. On ne le sait pas encore. Ce qu'on a observé, c'est qu'à l'occasion de la deuxième vague, ce sont des établissements qui sont passés

au travers de la première qui ont été les plus touchés. C'est tout ce que je peux vous dire.

Au final, et en conclusion, il est évident que le matériel de protection devra être présent de manière permanente et en suffisance. Ce point est, me semble-t-il, assuré, pour autant, évidemment, qu'un renouvellement des stocks soit assuré et qu'il ne soit pas procédé à un bûcher de matériel périmé.

Le *testing* devra certainement être prolongé. Ce que nous demandons, c'est qu'une réflexion vraiment sérieuse et dynamique soit menée sur la combinaison des tests PCR avec les tests rapides. Nous ne sommes pas en train de dire que les tests rapides sont les meilleurs qu'il faut absolument faire. Nous ne sommes pas compétents. Nous disons simplement que les tests rapides peuvent avoir toute leur utilité, qu'il y ait une combinaison des deux, et surtout que des protocoles clairs soient donnés aux établissements. Presque au début de la première vague, certains de mes établissements ont acheté à l'étranger des tests rapides. C'est très bien, bravo! Mais quelle analyse pouvaient-ils tirer des résultats qu'ils obtenaient de ces tests rapides?

Sur le *tracing*, c'est un point énorme d'amélioration. Objectivement, je ne vois pas comment cela a fonctionné dans mes établissements. Sur la formation, ce sera une partie qui sera à charge des Régions (formation permanente). En effet, travail en réseau et collaboration entre les différentes institutions de soins et la première ligne. Digitalisation, bien entendu. Enfin, et c'est un point important dans le cadre des compétences fédérales, il faut ouvrir le débat sans hésiter sur l'arrêté royal 78 et la loi sur l'art de guérir.

Le **président**: Merci beaucoup.

Ik geef nu het woord aan de leden. We hebben heel veel informatie gekregen en ik neem aan dat de leden daarover veel bijkomende vragen hebben. In het Reglement is er omtrent spreektijd niets voorzien en ik wil deze vergadering ook niet te streng voorzitten, maar gelet op de timing stel ik voor om de tijd van de uiteenzetting zoveel mogelijk te beperken. Er kunnen nog bijkomende vragen gesteld worden en het is wel makkelijk om te specificeren aan wie de vraag wordt gesteld, als het geen algemene vraag is. Als elk lid zich tot een spreektijd van vier minuten kan beperken, hebben de genodigden nog voldoende tijd voor de bijkomende antwoorden. Voor deze vergadering hebben we tijd tot 15.00 uur, aangezien er dan een volgende sessie is gepland. Als we onvoldoende tijd hebben, dan kunnen we met de genodigden overwegen of de bijkomende vragen schriftelijk

worden beantwoord, dan wel of wij de sprekers op een later tijdstip laten terugkomen. Dat bespreken we straks wel. Geen bezwaar? (*Instemming*)

De N-VA-fractie krijgt als eerste het woord.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal proberen to the point te zijn en mijn betoog zo bondig mogelijk te houden, echter niet zonder eerst de sector te bedanken voor de flexibiliteit, de dynamiek en ook de vindingrijkheid die in deze crisis werd getoond, wat ons enorm heeft geholpen.

Ik zal mijn vragen en bemerkingen in volgorde van de sprekers doornemen.

Mevrouw Cloet, ik begin dus bij u. U sprak over de herziening van het koninklijk besluit nr. 78. Wat moeten daarbij volgens u de uitgangspunten zijn? Aan welk land kunnen wij ons daaromtrent spiegelen, zijn er goede voorbeelden?

U zei ook dat jullie weinig tijd hebben gehad voor reflectie, vooral op ethisch vlak. Had u het idee dat er wel iemand was die het geheel overschouwde, bijvoorbeeld een hogere overheid of een van de crisisorganen die wel tijd had om te reflecteren, of was er geheel geen reflectie aanwezig?

Vooral UNESSA en Santhea spraken over het feit dat niet elk ziekenhuis een crisisplan had. Kunt u met cijfers aangeven in hoeveel gevallen dat niet het geval was? Had dat een impact op de aanpak van de crisis?

Het doorgeven van informatie aan de overheid interesseert mij wel. Vandaag hoorde ik verschillende sprekers daarop ingaan en eerder vernamen wij ook al dat dit moeizaam verliep en heel arbeidsintensief was. Ik probeer het mij in te denken. Moesten de gegevens handmatig worden ingegeven?

Is er een bepaald gebrek op het vlak van ICT in de ziekenhuizen? Zijn er daarvoor oplossingen mogelijk? Wat moet daar gebeuren? Is er nood aan een nieuw softwaresysteem?

Wat de opname van patiënten op intensieve zorg betreft, er zou tussen de ziekenhuizen een groot verschil zijn in de inschatting of een patiënt op intensieve zorg moest worden opgenomen of niet. Zo zouden er tussen ziekenhuizen verschillen zijn in het aantal beademde patiënten op intensieve zorg. Werden er richtlijnen verstrekt over wie best op intensieve zorg werd opgenomen of niet of werd het aan de ziekenhuizen zelf overgelaten om dat te bepalen?

Er zouden ook vrij grote verschillen zijn in de mortaliteitscijfers tussen de ziekenhuizen. Dat stond in het KCE-rapport. Ik vraag mij af of er werd teruggekoppeld naar de ziekenhuizen. Hebt u weet daarvan? Had u het idee dat er iets werd gedaan met de verzamelde gegevens of belandden die enkel in de statistieken?

Zijn er exacte cijfers over het aantal besmettingen, opnames en overlijdens van ziekenhuispersoneel?

Over de inzet van de artsen-specialisten in opleiding heb ik niets gehoord. Kan dat wat meer geduid worden? Was het de algemene praktijk dat zij volop werden ingezet?

Wat het transport van patiënten betreft, dat verliep in het begin heel moeilijk. Dat is iets wat ik persoonlijk sterk heb gevoeld in mijn eigen provincie Limburg. Het ging om het vervoer van heel zwakke en fragiele patiënten die moesten worden beademd. Die beademing was heel delicaat en het gevolg was vaak dat de intensivisten van de ziekenhuizen mee moesten op dat transport. Dan ging het soms om een transport van Limburg naar Oost-Vlaanderen, waardoor men die intensivisten vier tot vijf uur moest missen op de werkvloer. Was dat beter geregeld in de tweede golf? Hoe kwam dat dan?

Verschillende instanties hebben het over een pandemiefonds voor de financiering van de ziekenhuizen. Hoe groot moet dat fonds volgens u zijn en wanneer en waarvoor moet dat kunnen worden aangewend?

Wat de financiering betreft, de covidcrisis heeft een enorme impact gehad op de financiering van de ziekenhuizen. Ik denk dat iedereen vindt dat die moet worden vereenvoudigd en transparanter moet worden. De uitdaging zal zijn om de problemen die er al vóór de covidcrisis waren, niet toe te dekken met een eenmalige financiering. Op welke manier kunnen we dat apart houden, dus echt enkel de impact van de covidcrisis opvangen zonder andere problemen toe te dekken? Dan zou er structureel immers niets veranderen en zullen de middelen niet terechtkomen waar ze moeten terechtkomen.

Ik wil het ook nog even hebben over de woonzorgcentra. Tijdens de eerste golf, in maart al, kreeg ik heel veel signalen van Coördinerend Raadgevend Artsen, CRA's, die heel ongerust waren dat ze het niet zouden aankunnen. Zij vroegen naar draaiboeken, instructies voor het personeel omtrent beschermingsmateriaal, hygiënemaatregelen, medicatie die in huis gehaald moest worden enzovoort.

Is er door de federale overheid te weinig geluisterd naar de hulpvraag? Wat is uw mening daarover?

Bij de schriftelijke toelichting van UNESSA en Santhea viel mij op dat zij het vrij uitgebreid hadden over de ventilatie van de gebouwen. Zijn er door foute ventilatie of onwetendheid over de ventilatie besmettingen ontstaan? Is dat onderzocht of moet dat volgens u verder worden onderzocht? Zijn die problemen opgelost?

De heer Happe meldde dat de psychiatrische ziekenhuizen eigenlijk wat vergeten zijn. Kunt u daar de impact van inschatten?

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, dergelijke getuigenissen zijn altijd zeer confronterend en roepen eigenlijk nog meer vragen op dan de antwoorden die we al gekregen hebben.

Een van de sprekers haalde aan dat we meer zouden moeten voorzien in medicatie, persoonlijke beschermingsmaterialen en dergelijke die in Europa worden gemaakt. Ik veronderstel dat dit een voorzet moest zijn om daar een ondernemingsklimaat voor te voorzien en niet met de bedoeling dat de staat zelf geneesmiddelen of persoonlijke beschermingsmiddelen moet produceren. Dat wilde ik verduidelijken. Het is namelijk een probleem dat de vaccins in Europa worden gemaakt, maar we ze vandaag niet hebben. Ze worden in onze achtertuin gemaakt, maar ze worden niet tot bij onze patiënten gebracht.

Hoe zouden we daarop kunnen anticiperen?

Ik had nog een andere vraag. Het is herhaaldelijk vermeld dat de strategische stock van mondmaskers vernietigd was, maar waren de instellingen op de hoogte van het feit dat ook de strategische stock van de spuiten is vernietigd in het jaar 2014 en niet is heraangevuld? Hebt u daar een schrijven over ontvangen? Hebt u vragen gekregen over de hoeveelheid spuiten waarover u beschikte? In het kader van de vaccinatiecampagne is dat wel belangrijk.

Hebt u het gevoel – dat geldt voor alle organisaties, zowel woon-zorgcentra als ziekenhuizen – dat er een drop-out van personeel is geweest door het gebrek aan persoonlijke beschermingsmaterialen? Ik zal het preciseren: bepaalde diensten – u hebt er ook naar verwezen – lagen plat, zeker in de eerste golf. Verpleegkundigen uit die diensten hadden de keuze om zich in te zetten voor de covidzorg. Hebt u het gevoel dat het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen hen belet heeft om die stap te zetten?

Het is eigenlijk de eerste keer dat wij echt de bevestiging krijgen van wat wij wel al wisten, maar wat ons niet bevestigd werd, namelijk dat er echt een tekort aan zuurstof was in de woon-zorgcentra. U zegt dat u daarover vergaderingen hebt gehad met het FAGG. Bent u er gerust in dat voor een eventuele derde golf er in de woon-zorgcentra wel voldoende zuurstof voorhanden zal zijn?

Er is nogal wat kritiek geweest op de testen en op het feit dat er niet snel gehandeld mocht worden met de sneltesten. Ik heb daar een specifieke vraag over. Koopt u de testen zelf aan of is het de federale regering die ze aankoopt en ze u ter beschikking stelt? Ik zal preciseren waarom ik die vraag stel. Helemaal in het begin van de crisis, in april 2020, zijn er zo'n 350.000 testen van de firma Coris via het FAGG besteld. Zijn die testen nog aanwezig in de ziekenhuizen en hebben de ziekenhuizen die testen betaald of werden zij u gewoon gegeven door de regering? Wij hebben vernomen dat die testen niet echt worden gebruikt. Er is op dit moment maar 10 % van al die testen in gebruik genomen. Is er nog een stock aanwezig bij u op de site?

Had u het gevoel dat uw klinisch biologen, die zelf toch voldoende expertise hebben, de vrijheid hadden in hun beslissingen over welke testen zij zouden gebruiken en welke niet of werden zij daaromtrent op de een of andere manier onder druk gezet?

Er is heel vaak over de strategische stock gesproken.

In welke mate ziet u het binnen uw organisaties mogelijk een roterende strategische stock aan te leggen van materiaal en geneesmiddelen maar ook van vaccins? Op dit moment is dat immers heel actueel.

Ik had ook graag geweten wanneer u voor het eerst bent uitgenodigd voor de taskforce Vaccinaties om eraan deel te nemen en de strategie mee uit te zetten.

De stock van de electieve* geneeskunde is ook vernoemd. Ik maak mij daar zelf heel veel zorgen over net zoals over het gebrek aan gestelde diagnoses, waardoor wordt verwacht dat een oversterfte ingevolge kanker zich in onze maatschappij zou kunnen inbedden.

In de eerste fase begrijp ik het. Wij meenden dat het eenmalig was en dat wij bepaalde diensten on hold moesten zetten. U hebt nu allemaal aangegeven dat wij dat niet meer zouden mogen doen.

Welke concrete tips kan u geven om er toch voor te zorgen dat wij onze patiënten in chronische zorg, in diagnostische zorg of in electieve geneeskunde kunnen verzorgen en begeleiden? Wij weten immers allemaal dat het probleem er is. Hoe kunnen wij het echter oplossen en aanpakken?

Naar de psychiatrische ziekenhuizen heeft mevrouw Gijbels verwezen.

Ten slotte, in juni 2020 heeft de koepel – ik stel de vraag specifiek aan Zorgnet-Icuro – zich over de staatshervorming geuit. Er werd heel duidelijk gesteld dat het systeem op is en dat de covidcrisis heel duidelijk heeft gemaakt dat een en ander op die manier niet kan. Er is een nieuwe regering. Er zijn twee ministers bevoegd voor Institutionele Hervormingen. Hebt u ondertussen al een uitnodiging gekregen om uw visie op het zorglandschap uit de doeken te doen? Ook de andere sprekers kunnen hierover tussenbeide komen. Werd hierover reeds gebrainstormd?

De **voorzitter**: Ieder aanwezig lid van de N-VA-fractie is aan het woord geweest. Ik geef nu graag het woord aan Ecolo-Groen.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers voor alles wat ze op het terrein gedaan hebben, maar zeker ook om vandaag al mogelijke aanbevelingen in de uiteenzetting op te nemen.

Ik heb nog een paar bijkomende vragen.

Mevrouw Cloet, ik was erg onder de indruk van het helikopterperspectief dat u hebt getoond. U had het over het individuele versus het collectieve. Wij zitten constant op die wipplank. We moeten ons individueel aanpassen voor het grote collectief. We moeten er met zijn allen over waken dat de zorg kan blijven werken.

Ik vind dat dit de laatste weken een beetje ontbreekt. Wij hebben in de tweede golf heel veel getuigenissen van dokters gehoord over de oververzadiging in de ziekenhuizen. Zij waarschuwen voor het mogelijk gevaar niet te kunnen helpen zoals men zou willen als er een zwaar verkeersslachtoffer zou binnenkomen. Mist u, in de aanloop naar hopelijk geen derde golf, dit soort communicatie, communicatie over waarom we dit doen? We doen dit om levens te sparen, maar zeker ook om de zorg te vrijwaren, om de crash van het systeem voor te blijven. Hebt u aanbevelingen om hierover nu beter te communiceren?

Ik had ook vragen over de strategische stock. Mevrouw Depoorter heeft daarover al veel vragen

gesteld. Ik ga die vragen niet herhalen. Ik heb wel nog een bijkomende vraag over de impact van het gebrek aan de strategische stock. De heer Fredericq heeft gezegd dat dit in de woonzorgcentra een heel groot drama was. Ik heb in de documenten die ik van de Taskforce Shortages heb gelezen, ook de paniek gevoeld om mensen onbeschermd het veld in te sturen. Ik heb ook gehoord en gelezen in allerlei getuigenissen dat de ziekenhuizen heel veel tijd hebben moeten steken in het voorzien in beschermingsmateriaal.

Kunnen we dat vergelijken met andere landen waar de strategische stock wel aanwezig was? Kunnen we vergelijken of dat tot een grote oversterfte in ons land heeft geleid?

Ik hoop dat we in onze aanbevelingen heel hard op die strategische stock kunnen hameren. Ik hoop dat de andere sprekers ook nog even willen ingaan op wat het gebrek aan een strategische stock voor u heeft betekend.

Ik hoor mevrouw Cloet of de heer Geboers verklaren dat zij heel hard hebben moeten zoeken naar wie voor wat bevoegd was. Wij hebben heel vaak andere sprekers horen stellen dat zij een kapitein op het schip misten tijdens de crisis. Wij hoorden echter ook vaak dat het bij de tweede golf al enigszins beter was, omdat de coronacommissaris toen was aangesteld.

Hoe hebt u dat ervaren? Was de situatie voor u bij de tweede golf ook al beter?

Mijnheer Smeets, u hebt gesproken over de reservecapaciteit en erop gewezen dat wij een reservecapaciteit moeten creëren. Het is heel interessant dat u verwijst naar veldhospitaal. Wij hadden het met het leger onlangs over het feit dat er in het najaar van 2021 een veldhospitaal zal zijn. Hoe ziet u dat concreet, vooral op het vlak van het personeel dat er aan de slag moet? Wij kunnen immers wel materieel een veldhospitaal opzetten. Hoe voorzien wij echter in voldoende personeel op dat moment? In welke zin zouden de schakelzorgcentra, die deels zijn geoperationaliseerd, uw visie inzake reservecapaciteit kunnen bijstaan?

Mijnheer Smeets, u verklaarde over testing ook dat het platform dat door de farma-industrie is gecreëerd, in uw ogen nooit heeft gewerkt. Kan u in een paar zinnen uitleggen hoe een en ander juist is verlopen? In het voorjaar was altijd sprake van testing door het federale labo of een privélabo. Wat doet het traject van de farma-industrie daarbij? Is dat het privétraject? Kan u mij dat nog eens uitleggen, want ik begrijp het niet heel goed?

Mijnheer Fredericq, u hebt gesteld dat nieuwe personeelsleden en jobstudenten in Brussel en Wallonië niet konden worden getest.

Was dat enkel op het moment waarop er te weinig testcapaciteit was of was dat ook toen wij wel al voldoende testcapaciteit hadden? Misschien kan mevrouw Cloet of de heer Geboers antwoorden op de vraag of dat ook in Vlaanderen het geval was.

Hoe matchen wij dat met de federale teststrategie, die wij, naar ik heb ervaren, toch hadden?

Ten slotte, u zegt quasi unaniem dat de zorgsector op psychologisch vlak uitgeput is. Bovenop komt ook nog eens de golf van uitgestelde zorg. Wat is op heel korte termijn nodig om dat te kunnen opvangen?

Hervé Rigot (PS): On ne peut s'empêcher de vous remercier parce, que depuis des mois, vous faites preuve d'une grande résilience et d'une capacité d'adaptation incroyables pour faire face à cette pandémie et assurer encore et toujours des soins de qualité. Je vous dis "chapeau!"

Si vous le permettez, le Plan pandémie 2009, vous l'évoquez, était inconnu de certains et n'a pas été mis en œuvre. Aurait-il été possible de repartir de ce plan d'urgence, malgré toutes ses imperfections, pour formuler certaines recommandations notamment, en termes de coordination et de communication vers les structures de soins, car vous l'évoquiez toutes et tous, celles-ci ont fortement manqué. Avez-vous eu l'occasion de plaider pour l'actualisation de ce Plan pandémie?

Pour ce qui est des plans hospitaliers d'urgence, on sait qu'ils n'ont pas vocation à répondre à des urgences sur le long terme, mais plutôt à des urgences ponctuelles. Ces plans sont-ils connus et développés au sein des institutions? Doivent-ils être adaptés? Dans l'affirmative, comment? Avez-vous suffisamment de moyens pour permettre leur adaptation? M. Fredericq, comment assurer une coordination entre un éventuel futur Plan pandémie, les plans régionaux, les PUH et les MR/MRS? Car vous l'évoquiez, c'est quelque fois ce lien qui manquait entre les hôpitaux et les MR/MRS.

Santhea a souligné l'idée de créer des unités spécifiques d'hospitalisation et la mise en place d'un programme de soins "maladies infectieuses émergentes". Pourriez-vous l'expliquer davantage, le nerf de la guerre étant, comment le financer?

Pour ce qui est du matériel de protection, il faut encore mettre en évidence que cela a vraiment été

la croix et la bannière lors de la première vague et d'envoyer des soldats sans casque était une épreuve terrible pour vous et ces soldats qui sont allés au front. Fort heureusement, la situation semble résolue. Monsieur Fredericq, comme vous l'avez dit, fort heureusement, les institutions fédérées ont compensé le manque de stocks au départ, avec l'AViQ qui a su adopter une attitude très efficace manifestement.

Quels types de stocks stratégiques faudra-t-il mettre en place à l'avenir? Pouvez-vous me confirmer qu'aujourd'hui, aucune pénurie ne menace vos services et qu'il n'y a aucun besoin urgent? À ce sujet, les médecins et les infirmiers, la semaine dernière, nous ont dit être positifs.

Monsieur Fredericq, des études ont-elles aujourd'hui pu établir une corrélation entre l'épidémie au sein des maisons de repos, les *clusters* que l'on a pu y trouver, et le manque de PI? A-t-on trouvé d'autres relations, par exemple l'absence de préparation à de telles pandémies, la taille des établissements ou peut-être la situation géographique? Disposez-vous d'études au sein des MR et des MRS?

On revient toujours au personnel. La pénurie du personnel est problématique. Elle fait le lien avec la difficulté d'ouvrir des lits supplémentaires, s'il n'y a pas de personnel autour de ces lits. Le ministre Vandembroucke vient de mettre en place une *taskforce* pénurie. Êtes-vous associé à cette *taskforce*? Quel est votre avis sur la question? Quel rôle souhaitez-vous jouer? Dans l'attente, comment peut-on faire pour mobiliser du personnel à très court terme? Beaucoup de mesures arrivent, mais elles prendront du temps. Que peut-on faire aujourd'hui? Avez-vous des idées à mobiliser maintenant?

Messieurs Happe et Smeets, vous avez souligné l'épuisement du personnel, sa morosité et, malgré tout, son engagement sans faille. On a vu la semaine dernière que de nombreuses initiatives de soutien sont mises en place dans le réseau hospitalier, à l'initiative, d'ailleurs, de ce réseau. Comment pourrait-on faire pour les généraliser? Quelles mesures d'accompagnement devrait-on mettre en place dans tous les hôpitaux, s'il faut en mettre dans tous les hôpitaux? Quelles sont vos attentes à l'égard du gouvernement pour le soutien psychologique au personnel?

On doit aussi redémarrer l'activité de prise en charge des soins "ordinaires". Comment faire avec un personnel épuisé? Il faut y arriver. C'est la suite. Il nous la faut!

Concernant le bien-être du personnel, comment

jugez-vous le rôle qu'a joué la médecine du travail depuis le début de cette pandémie? A-t-elle été présente dans ce rôle d'accompagnement du personnel dans le milieu hospitalier? Y a-t-il des corrections à apporter?

Madame Lanssiers, vous soulignez, comme les représentants du secteur infirmier la semaine dernière, que créer des lits en soins intensifs sans mettre du personnel qualifié autour, cela ne marche pas. Comment résoudre de façon conjoncturelle cette situation? Nous avons une pénurie. La répartition entre les hôpitaux et les transferts ont-ils été efficaces? Les transferts ont-ils fonctionné correctement? Y a-t-il encore des difficultés aujourd'hui? Pourrait-on envisager du transfert temporaire de personnel entre les hôpitaux en fonction des pénuries conjoncturelles plutôt que de transférer des patients d'un hôpital vers un autre?

Je ne m'attarderai pas davantage sur la communication. Le sujet a bien été évoqué. Certains couacs de communication sont toujours soulignés, notamment au niveau du gouvernement fédéral précédent.

Elle est, certes, en cours d'amélioration mais cela doit se poursuivre.

Êtes-vous davantage consulté? Entre la première et la deuxième vague, voyez-vous des améliorations sur votre rôle de consultation? À ce titre, le commissaire covid est-il un plus? Je crois vous avoir entendu le souligner. Vous évoquez de nouvelles pistes pour l'avenir: une seule unité de commandement dites-vous! Mais cela ne pourra pas arriver tout de suite. Que peut-on faire immédiatement pour améliorer davantage le commandement?

Monsieur Fredericq, je reviens sur les difficultés. À un moment donné, la presse évoquait notamment que les hôpitaux refusaient d'hospitaliser des patients MR, MRS. Monsieur Geboers, vous avez souligné clairement qu'aucune instruction n'avait jamais été donnée en ce sens. Monsieur Fredericq, vous-même avez déclaré au Parlement wallon que vous aviez la conviction profonde qu'il n'y avait eu aucune volonté, aucune instruction expresse d'empêcher les hospitalisations. Finalement, qu'est-ce qui est apparu? Que doit-on corriger? Y a-t-il eu finalement des interprétations liées quelquefois à la Société belge de gérontologie et de gériatrie qui recommandait de ne pas hospitaliser les résidents de maisons de repos? Sont-ce ces recommandations qui ont pu amener à des choix inopportuns? Était-ce de bonnes recommandations? À l'avenir quelles recommandations devons-nous finalement suivre

pour ne pas donner le sentiment que l'on sacrifie – je ne dis pas que c'est ce qu'on a fait – donner le sentiment que l'on peut sacrifier certains bénéficiaires.

En ce qui concerne le report des soins, on a dit qu'il fallait absolument trouver des solutions pour assurer une reprise, une récupération de ces reports. Avez-vous des idées pour pouvoir le faire, pour éviter le report de soins à l'avenir, notamment pour les nombreux patients chroniques dont l'accompagnement a été mis entre parenthèse.

Au niveau financier, ce n'est pas sans conséquence pour vous. Les pertes financières sont importantes. Des mesures pour consentir des avances ont été prises par le gouvernement fédéral. Il faudra d'autres réinvestissements dans le futur sans parler de l'engagement à revoir l'article 58 de la loi des professions de soins, parce que "oui" il faut clarifier "qui fait quoi, ce que l'on peut déléguer ou pas et comment collaborer entre les différents niveaux de soins".

Je n'ignore pas que vous ne pourrez répondre à toutes nos questions aujourd'hui. Nous sommes particulièrement intéressés par vos réponses et, quelquefois, nous sommes longuets dans nos questions et nos interventions, mais sachez que c'est avec la même volonté que vous d'améliorer les choses à l'avenir! Merci à tous et à toutes.

Dominiek Sneepe (VB): Eerst en vooral dank ik uit naam van mijn fractie de sprekers van vandaag en heel de sector uiteraard.

Ik heb hier al verschillende keren horen pleiten voor het *ontschotten* van de zorg. Dat is ook al een paar keren in de commissie voor Gezondheid op tafel gelegd.

Hoe ver staat de sector daar zelf al mee? De covidcrisis heeft dat idee waarschijnlijk in een versnelling gebracht. Het is misschien interessant van u te horen of de sector zelf al echt klaar is om dat pleidooi voor *ontschotten* in daden om te zetten?

Wat mij ook wel raakte, was het getuigenis van de heer Fredericq over het gebrek aan zuurstof. Dat was inderdaad een publiek geheim. Wij wisten het allemaal wel al, maar het is ons eigenlijk nog nooit met zoveel woorden gezegd.

De dodelijke cocktail van het gebrek aan zuurstof en de overvolle ziekenhuizen, waar onze kwetsbare bejaarden op een bepaald ogenblik niet meer naartoe konden, heeft gezorgd voor extra doden. Mensonwaardig sterven, heb ik hier ook horen zeggen. Graag krijg ik een bevestiging of

een ontkenning van wat ik meen gehoord te hebben.

In verband met de WZC's zien wij dat er vooral grote structuren worden opgezet. Het zijn allemaal mastodonten van gebouwen, waar vele kwetsbare mensen samenzitten. In tijden van een pandemie, van een virale crisis, is dat uiteraard niet echt gunstig. Alleen voor het virus is dat gunstig.

Moeten wij niet stilstaan bij dergelijke grote projecten? Dat heb ook al een paar keren gehoord, zowel in de pers als hier in de commissie. Moeten wij niet de overschakeling voorbereiden van die grote instellingen naar kleinschaliger projecten? Zijn zulke kleinere projecten ook haalbaar, gelet op onder andere de noden aan bestaande? Graag krijg ik daar uw visie op.

Het fiasco van het beheer van de coronacrisis is de rode draad in het dossier: er waren te weinig mondmaskers en onvoldoende strategische stocks, ook tests waren er te weinig en de testplatformen werkten niet goed. Liep dat laatste beter, toen de taskforce was geïnstalleerd en minister De Backer het voor het zeggen had? Zag u dan enige verbetering, of verliep het toen nog altijd chaotisch en niet breed genoeg? Daar is het toch ook vaak over gegaan. Normaal zouden er nu toch al zo'n honderdduizend testen per dag moeten zijn, maar daar slagen we tot vandaag niet in, omdat de teststrategie voortdurend verandert. Wat is jullie mening daarover?

Het volgende zou ik ook graag bevestigd of ontkend zien. Ik heb, denk ik, gehoord dat reeds eind februari door de woon-zorgcentra werd gevraagd om massaal te testen. Pas een maand later, 27 maart, kwam er een antwoord, dat zelfs niet eens een antwoord was. Ik dacht dat het de heer Fredericq was, die dat zei. Heb ik dat goed verstaan? U mag mij gerust tegenspreken. Ik vind het essentieel om te weten wat wij hier precies gehoord hebben.

Het feit dat lang aan de twee referentielabo's werd vastgehouden, heeft het testen vertraagd. Dat hebben we hier al verschillende keren gehoord. Wat was volgens jullie de reden waarom men zo lang aan die twee referentiecentra heeft vastgehouden?

U was ook niet echt lovend over het inschakelen van het farmaplatform. Waarom kreeg dat farmaplatform voorrang op de capaciteit die de ziekenhuizen zelf nog hadden? Wat was volgens jullie de reden daarvoor?

Mijn partij is zeer gevoelig voor de institutionele aspecten. Er wordt vaak gezegd dat we met een

institutionele lasagne zitten. Ik wil er toch op wijzen dat het niet Vlaanderen is dat 7 ministers van Gezondheid of Welzijn heeft, maar dat de institutionele lasagne zich veeleer aan Franstalige zijde bevindt. In Vlaanderen hebben wij een minister van Welzijn en federaal hebben we een minister van Volksgezondheid, waarmee we samenwerken.

Mijnheer Fredericq, maar de anderen mogen hierover ook gerust hun mening laten weten, u zegt dat we daarover nadenken. Iedereen is het erover eens dat we over institutionele versnippering moeten nadenken. De ene zegt federaliseren, de andere zegt regionaliseren, anderen zeggen nog iets anders. U haalde de bijzondere financieringswet aan. U zegt dat we die moeten aanpassen. Ik zou wel eens willen weten wat u daarmee concreet bedoelt? In welke zin zou u die bijzondere financieringswet graag aangepast zien?

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le président, mesdames, messieurs, au nom du groupe MR, je voudrais vous remercier pour votre implication et le rôle que vous avez joué ainsi que toutes vos équipes dans cette crise. Je vous remercie aussi pour tout le travail de présentation. Je trouve remarquable que vous ayez pris le soin d'attirer l'attention sur ce qui n'a pas fonctionné, mais aussi de mettre en évidence ce qui a bien fonctionné. Cela va nous servir dans la préparation de nos recommandations. Enfin, je vous remercie d'avoir mis l'accent sur des recommandations très précises qui vont nous guider.

Je rejoins certaines questions qui ont été posées par mes collègues. Je pense notamment à la question d'Hervé Rigot sur les consignes ou les conseils qui auraient été donnés de ne pas hospitaliser directement les personnes âgées. Cette information a été reprise dans la presse. Cela fait sans doute partie de la "mauvaise image" que l'on a des maisons de repos. Il faudrait peut-être développer une pédagogie en la matière. Si j'ai bien compris, il s'agissait de recommandations médicales à adapter à chaque cas, il fallait décider au cas par cas s'il fallait hospitaliser ou non. Cela mériterait, sans doute, des explications afin d'éviter tout malentendu. Il faudrait, en tout cas, que la vérité soit faite à ce sujet, l'objectif étant de définir, si une nouvelle pandémie devait survenir, comment gérer les hospitalisations en termes de nécessité, sachant que tout le monde a le droit d'être soigné et hospitalisé quand c'est nécessaire. Il s'agit, selon moi, d'un droit fondamental.

Les représentants d'UNESSA-Santhea ont évoqué l'hôpital de campagne. Il est vrai que les représentants de la Défense ont évoqué cette question, lorsque nous les avons entendus.

Comme l'a dit l'une de mes collègues, un tel hôpital sera prêt pour la fin de 2021. Mais, à votre avis, ne serait-il pas possible d'en avoir un plus rapidement? Je pense aux centres de vaccination qui ont été choisis.

Faut-il vraiment mettre en place un hôpital de campagne aussi sophistiqué et doté des caractéristiques d'un établissement destiné à perdurer? Puisque nous parlons d'un hôpital de campagne, comme en temps de guerre, ne pourrions-nous pas nous inspirer de ces lieux très vastes qui ont été retenus pour accueillir les centres de vaccination, en transformant rapidement de tels endroits? Quel serait le matériel nécessaire à cette fin? Nos recommandations pourraient-elles intégrer un *modus operandi* visant à installer rapidement des hôpitaux de campagne, en précisant le type de matériel requis et les lieux privilégiés? Il conviendrait peut-être déjà de les répertorier, ainsi que les personnes-clefs dans les institutions.

Les stocks stratégiques sont évidemment indispensables, mais pensez-vous qu'ils doivent être centralisés, conservés dans les institutions, ou bien qu'ils doivent fonctionner comme stocks tournants pour éviter leur péremption, de manière à ne plus vivre ce que nous avons déjà vécu? Il importe aussi de prévoir des inventaires des stocks et des listings tenus à jour du nombre de personnes en maison de repos. Une information a circulé récemment selon laquelle, pour la vaccination, les listings n'étaient pas tout à fait actualisés. Des vaccins seraient-ils en surplus dans certaines maisons de repos? Cette information a-t-elle été confirmée? En avez-vous entendu parler? Si c'est le cas, comment s'assurer que les listings soient mis à jour?

S'agissant justement des maisons de repos, ces dernières années, nous avons assisté à une fermeture des institutions de petite taille en raison d'une mise aux normes telle que les travaux qui devaient y être entrepris allaient coûter trop cher aux PME qui s'en occupaient. Dès lors, on s'est orienté vers des maisons de repos beaucoup plus grandes. Il en résulte une tout autre prise en charge et un tout autre fonctionnement de l'accueil des personnes âgées. Estimez-vous que cela devrait être remis en cause et qu'il conviendrait ainsi d'en revenir à des structures plus petites?

Nawal Farih (CD&V): Geachte sprekers, mijn dank voor uw mooie toelichting en getuigenis over hoe zwaar het is geweest, ook voor de zorgsector op het terrein, en mijn grootste respect voor het werk dat er in de voorbije maanden is geleverd. Ik ben in elk geval blij dat bijna alle sprekers aanbevelingen hebben gedaan. Dat heeft onze

commissie nodig om op het einde van de rit een deftig rapport te maken waarin wij hopelijk ook tegemoet zullen komen aan de wensen die u vandaag hebt geuit.

Ik heb nog enkele vragen die nog niet zijn gesteld. De vragen die ik had genoteerd en die al zijn gesteld, zal ik niet herhalen, maar een collega van mij ging daarnet in op de mortaliteitscijfers, waarin er grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen. Wat mij ook is opgevallen uit de cijfers die ik heb opgevraagd, is dat er ook een zeer groot verschil is tussen het aantal ligdagen van coronapatiënten in ziekenhuizen. Het gaat dan gemakkelijk over een gemiddeld ligtijdverschil van zeven dagen voor coronapatiënten. Kunt u wat meer inzicht geven over hoe wij die cijfers precies moeten interpreteren? Hangt dat af van de richtlijnen die de ziekenhuizen geven aan het personeel of gaat het echt om de zorg die nodig is geweest voor die specifieke patiënten? Omdat de cijfers op provinciaal niveau zo hard verschillen, had ik daar graag een extra toelichting over gekregen.

Voor het transport van patiënten heeft de federale regering het leger ingezet om een extra service te kunnen bieden op het terrein, maar het is mij opgevallen dat die service niet vaak is gebruikt. Kunt u zeggen waarom dat zo is? Ligt dat aan een tekort bij het leger van de profielen die nodig zijn om zo'n transport te laten plaatsvinden of zijn daar andere, organisatorische redenen voor die u wat hebben tegengehouden om er gebruik van te maken?

Ik zou ook graag weten wat er volgens u precies in het pandemiefonds moet passen. Wij hebben in het Parlement al een uitvoerig debat gevoerd over de covidmedicijnen en de vrijstelling daarvan, maar voor welke andere specifieke en concrete dingen zal het pandemiefonds moeten dienen?

Tot slot heb ik nog een vraag over de richtlijnen voor de reguliere zorg. Ik heb heel wat gesprekken gehad met verschillende ziekenhuisdirecteurs in de voorbije twee maanden. Zij waren vooral bezorgd omdat er heel wat bedden vrijgehouden moesten worden voor covidpatiënten, maar die bedden werden niet gebruikt omdat de instroom van coronapatiënten toen tamelijk laag was.

Hoe ziet u dat precies? Hebben in de voorbije periode te veel bedden vrijgestaan, die hadden kunnen dienen voor reguliere zorg? Hoe moeten wij daarvoor een structurele oplossing bieden in tijden van pandemie? Moeten wij denken aan een referentieziekenhuis voor gevallen van pandemie om ervoor te zorgen dat de reguliere zorg gegarandeerd kan worden? Wat denkt u hierover?

Ik rond af, zodat u nog de tijd hebt om de vragen te beantwoorden. Door de aanwezige sprekers aan het woord te laten, leren wij immers het meest. Ik dank u in elk geval voor al het werk.

Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Monsieur le président, tout d'abord, je présente mes excuses aux traducteurs pour la semaine dernière. Je n'étais pas chez moi et je n'avais pas de casque. À présent je suis en salle, cela devrait mieux se passer.

Je remercie les différents intervenants, Vous avez donné beaucoup d'informations sur le déroulement de la crise. Vous avez, je pense, répondu à la plupart des questions générales que nous avons posées. Vous avez fait beaucoup de propositions intéressantes pour l'avenir. Nous les retenons bien sûr. Même si cette commission doit faire le bilan de ce qui s'est passé, nous voulons que cela se passe mieux à l'avenir.

Je voulais aussi saluer l'engagement dont vous avez fait preuve pendant la pandémie, dans les circonstances difficiles que vous avez tous et toutes décrites ici, tout en reconnaissant bien entendu, puisque vous êtes en gros des employeurs, l'engagement du personnel.

Vous avez fait état de nombreux questionnements et de nombreuses critiques sur la structure de l'État et son manque de clarté. Vous avez dit qu'il fallait réorganiser la structure de l'État, et qu'il était difficile de savoir à qui s'adresser. Je ne vais pas dans le sens de certains ici. M. Fredericq a dit qu'il ne se prononçait pas et qu'il faisait la distinction entre le fait d'avoir un commandement unifié et la structure idéale de l'État, et le fait de retourner en arrière. Quelle serait la solution pour vous? Pouvez-vous développer cela? Pensez-vous qu'il faille plus de compétences fédérales? Ou pensez-vous que l'on peut effectivement avoir un morcellement des compétences et en même temps un commandement unifié? J'aurais voulu savoir un peu plus en détail comment le morcellement des compétences affecte le fonctionnement des hôpitaux et des maisons de repos, ainsi que la collaboration entre eux, en particulier en période de crise. En effet, on est dans une situation où les maisons de repos sont gérées essentiellement, et presque complètement, par le niveau régional tandis que les hôpitaux sont essentiellement gérés au niveau fédéral, avec en plus des compétences régionales.

En ce qui concerne l'anticipation, vous avez aussi fait différentes déclarations. Je cite le représentant de Femarbel: "Le plan pandémie est resté dans les tiroirs. J'ai appris son existence dans la presse." Quel a été l'impact de ce manque d'anticipation?

Pouvez-vous être plus concret? Aurait-on pu éviter des décès si on avait été mieux préparé? Je sais que la question est un peu rhétorique.

Des mots forts ont aussi été prononcés sur les responsabilités du gouvernement précédent: "Il n'y a aucune prise de responsabilité du gouvernement alors qu'il y a eu de nombreux manquements". Comment cela a-t-il été vécu par le secteur, sur le terrain?

L'un de vous a fermement démenti le fait que les hôpitaux aient refusé d'hospitaliser des personnes âgées provenant des maisons de repos. Vous l'avez réfuté. Ce ne serait donc qu'une rumeur? Il y a eu pourtant de nombreux témoignages. M. Frédéricq a dit qu'il y avait eu des situations très problématiques. Pourriez-vous développer? Ou bien peut-être que les maisons de repos étaient réticentes à envoyer des patients vers les hôpitaux pour d'autres raisons.

Le sujet qui fâche, mais plusieurs d'entre vous y ont fait allusion: le reportage d'*Investigations* de mercredi soir sur la RTBF, qui révélait des manquements généraux dans les MR et MRS, exacerbés durant la crise. Vous en avez parlé: la pression mise sur les soignants et leur épuisement, alors que l'employeur est une multinationale cotée en bourse et qui fait des profits exorbitants. Ont été mentionnés les 3,9 euros pour les repas quotidiens des résidents. Les coûts dans ces maisons sont exorbitants par rapport aux montants des pensions en Belgique et la qualité des soins laisse parfois à désirer. Il y a la situation générale et puis les cas particuliers, on est bien d'accord.

M. Happe disait que le public et le non-marchand ne sont pas concernés. Pouvez-vous développer? Comment faire pour réguler le secteur purement privé et le marchand? Cela a-t-il du sens que des multinationales fassent du profit sur le dos des personnes âgées?

Mme Cloet a dit qu'il fallait trouver un équilibre entre l'économie et la santé. Notre avis est de dire que la santé n'a pas de prix.

À propos du matériel de protection, vous avez dit que des organisations malveillantes ont fait des offres à des prix exorbitants. Le marché était perturbé, c'est le moins qu'on puisse dire.

J'aimais bien l'image de M. Frédéricq disant que c'était comme "un pompier en bermuda et en slaches". Je ne sais s'il est possible d'expliquer davantage cette absence d'anticipation?

Je répète ce que j'ai retenu de vos interventions et j'aurais voulu qu'elles soient parfois plus concrètes.

Vous avez dit que le *testing* avait été un échec cinglant et mortifère, que, souvent, les tests n'étaient pas effectués pour le personnel soignant même quand il était symptomatique et que, parfois, le temps d'analyse des tests durait cinq jours. La plate-forme de *testing* a été créée en collaboration avec le secteur pharmaceutique alors que des capacités publiques existaient. Nous veillerons à en tenir compte dans nos recommandations.

Enfin, par rapport au personnel, vous avez tous insisté sur l'encouragement sans faille du personnel et sur son courage. Nous aussi, nous saluons le personnel. C'est bien que vous l'ayez souligné. En même temps, vous avez dû constater son épuisement et son incompréhension face au manque de soutien. Pensez-vous que la pénurie de personnel puisse encore s'aggraver? Comment voyez-vous l'avenir?

Vous avez dit qu'il fallait rendre le métier plus attractif mais c'est assez vague. Au vu des conditions de travail, pensez-vous que le métier d'infirmier ou d'infirmière doit être reconnu comme pénible, par exemple pour pouvoir partir à la retraite anticipée, par exemple à 60 ans? Vous avez parlé du besoin de soutien psychosocial et de la revalorisation du statut du personnel. C'est un des aspects. Comment voyez-vous cela en tant qu'employeurs?

Les syndicats ont aussi fait part des problèmes financiers et des risques de faillite des hôpitaux. Comment voyez-vous cela? Quels risques existent-ils concrètement dans les mois et dans les années à venir et éventuellement aussi par rapport à l'emploi? Les syndicats ont dit craindre des pertes de personnel, des licenciements ou des plans de restructuration.

Une intervenante a dit qu'il fallait un équilibre entre économie et santé. Êtes-vous optimistes pour la suite? Que pensez-vous du soutien actuel du gouvernement? Que trouvez-vous de positif dans l'engagement du gouvernement actuel? Quelles mesures supplémentaires concrètes pensez-vous qu'il pourrait encore prendre?

Ik zal het hierbij laten, ik had nog meer vragen maar het moet redelijk blijven.

Jasper Pillen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers en ook al de medewerkers die zij hier vertegenwoordigen. Dat mag hier immers wel eens expliciet vermeld worden.

We hebben een hele reeks opmerkingen gehoord over onze staatsstructuur. Mevrouw Cloet sprak terecht over de noodzaak om hier grondig over na te denken en niet snelsnel iets te gaan uitvinden.

Hoe meer sprekers we horen, hoe meer duidelijkheid we krijgen over het feit dat het verder compartimenteren van ons zorgsysteem echt geen optie kan zijn. Ik verwijs ook naar wat de dokters daar vorige week over hebben gezegd.

Ik vond de suggestie van mevrouw Depoorter heel goed dat wij gewoon zelf met ons eindrapport naar de ministers 'belast' met de staats hervorming in ons land stappen.

Ik heb enkele concrete vragen, zeker aan de koepels die ook instellingen voor ouderenzorg onder hun leden hebben. Op welke manier heeft uw organisatie in de laatste jaren de instellingen ondersteund in het vergroten van de kennis van infectiepreventie? Dat is iets wat zonet minder aan bod is gekomen. Ik denk in dit verband bijvoorbeeld aan handhygiëne. Was er voldoende kennis ter zake en heeft men hierop getraind? Hoe evalueert u dat?

Ik richt mij vervolgens specifiek tot Icuro. Pedro Facon heeft in juli in het Vlaams Parlement gezegd dat er een aanbod was gedaan om de situatie van de woon-zorgcentra federaal te coördineren, op het moment waarop men duidelijk zag dat er zich menselijk drama's afspeelden – ook in mijn familiale sfeer trouwens – in de woon-zorgcentra. Dit kon federaal gecoördineerd worden, maar de vertegenwoordigers van de deelstaten zouden dat in de RMG afgewezen hebben. Later gebeurde hetzelfde in de Interministeriële Conferentie. Was u op de hoogte van dat aanbod? Wat vindt u van de beslissing om daar niet op in te gaan? Werd u daarover geconsulteerd? Hoe is dat precies in zijn werk gegaan? Graag uw versie van deze feiten.

Dan kom ik aan de communicatie aan de ziekenhuizen. Zorgnet-Icuro riep op om solidair te zijn met de zorgcentra. Dat ging eventjes snel, dokter Geboers. Welke vorm nam die communicatie precies aan? Wat moeten wij ons daarbij voorstellen?

Ik voel mij toch verplicht om nog eventjes in te gaan, ook andere collega's hebben dat reeds gedaan, op het weigeren of niet-weigeren van zieke patiënten uit woon-zorgcentra in de ziekenhuizen. Dokter Geboers, u was heel duidelijk, u zei neen. Maar later, in de presentaties van de Franstalige sprekers kwam dit verhaal terug. Ik verwijs ook naar het antwoord dat dokter Devos vorige week gaf. Er blijft daar toch onduidelijkheid over. Ik zou graag hebben dat u daarop opnieuw ingaat in de antwoordenronde. Is dit gebeurd? Zo ja, wat is er dan precies gebeurd? Hebt u dat gemeld? Werd dat aangekaart? Wat was de reactie op die meldingen? Ik zou graag hebben dat u daarop nog eens ingaat. Ik sta

duidelijk niet alleen met die vraag.

Met betrekking tot het beschermingsmateriaal, ik vond het heel terecht dat u nogmaals die schaarste en moeilijke omstandigheden op de internationale markt naar voren schoof, dokter Geboers. Ik vind dat daar soms te snel wordt overgegaan. Ziekenhuizen beschikken over een noodstock, maar tijdens uw presentatie vroeg ik mij af of er duidelijke richtlijnen over zijn. Waren er grote verschillen tussen de ziekenhuizen in de aanwezigheid van materiaal bij het begin van de crisis? Waren er ziekenhuizen die met een totaal gebrek aan stock zaten of die net een enorm grote stock hadden? Waren er bijvoorbeeld ook ziekenhuizen, dat leidt men dan af uit die vraag, die niet goed voorbereid waren en te kleine stocks hadden? Graag had ik ook daarover uw mening gekend.

Dan kom ik aan het gebruik van die stocks. Minister De Backer heeft zich daarover een beetje druk gemaakt in de media. Het zou zijn, en kunt u dat bevestigen en daarover wat meer vertellen, dat in bepaalde ziekenhuizen de stocks veel sneller opgebruikt werden dan andere. Dat zou gaan om ziekenhuizen met vergelijkbare omstandigheden en toch zouden in het ene ziekenhuis de stocks echt de deur uitgevlogen zijn en in het andere niet. Hebt u daarover meer informatie?

Mijnheer Smeets, ik vond het persoonlijk een zeer politiek pleidooi. Ik had even het gevoel in een puur politiek debat te zitten. Ik vond het zeer politiek.

Wat ik gemist heb in de, soms negatieve, analyse van de heer Smeets zijn de lessen die uit de crisis kunnen worden getrokken. Is er binnen uw organisatie een traject opgezet met wat u geleerd hebt? Hebt u opgesteld hoe u zulke crises in de toekomst beter kan aanpakken? Zult u die lijst opnemen met de bevoegde overheden?

Het is goed dat er in deze commissie gezegd wordt wat er fout gelopen is, maar ik verwacht ook van de sprekers dat zij een toekomstbeeld geven met wat er beter kan in de toekomst.

Een laatste vraag voor de heer Smeets gaat over het gebrek aan beademingstoestellen. Het is namelijk de eerste keer dat ik dit hoor. Heb ik goed begrepen dat u voor een stock pleit? Mondmaskers, beschermende kledij, handschoenen: daar worden terecht vragen over gesteld. Maar worden er bijvoorbeeld in het buitenland ergens beademingstoestellen gestockeerd voor het geval er een pandemie uitbreekt?

Karin Jiroflée (sp.a): Ook ik wil de sprekers

bedanken voor hun duidelijk overzicht van de zaken die goed gingen en scheefliepen in de drie Gewesten.

Uit alle uiteenzettingen bleek het grote verschil tussen de eerste en de tweede golf. Dat is een mooi bewijs van de flexibiliteit van onze ziekenhuizen en van ons zorgpersoneel, die in soms zware omstandigheden moeten werken. Dat kan niet genoeg benadrukt worden. Opvallend was ook dat de opmerkingen en commentaren uit de drie Gewesten vaak gelijkliepen.

De heer Geboers betreurt het dat er verhalen opduiken van mensen die onterecht geweigerd worden in de ziekenhuizen. Ik vind dat eigenaardig, omdat er zeer concrete getuigenissen daarvan opduiken in de rapporten van bijvoorbeeld Amnesty International, Unia en de Vlaamse ombudsman.

Ook gerontologen en dokter Geert Meyfroidt hebben in het Vlaams Parlement bij hun hoorzitting ook gezegd dat de richtlijnen rond opname in de eerste golf naar hun aanvoelen wel correct waren, maar dat deze vaak te streng werden geïnterpreteerd door de CRA's, rusthuisdirecties en sommige artsen.

Mijnheer Geboers, zijn de voorbeelden die ik hier geef fout of klopt dat toch en op welke manier zit dat dan in elkaar? Zou u daar wat uitleg over kunnen geven?

Er zijn historische verschillen tussen een ziekenhuisopname van rusthuisbewoners tussen Vlaanderen en Wallonië. Zou u nog eens de rol daarvan in deze crisis kunnen uitleggen?

Heeft het palliatief zorgplan voor rusthuisbewoners en patiënten die dat plan hadden, in deze crisis haar rol gespeeld? Is dat gevolgd? Kan u daar wat meer uitleg over geven?

Mevrouw Cloet, van de staatshervorming en de bevoegdheden weet u inderdaad echt wel alles. Ik herinner mij studiedagen en een aantal rapporten omtrent dat onderwerp. We hebben hier ook getuigenissen gehad dat er tijdens de crisis heel creatief met bevoegdheden werd omgesprongen. Soms moesten beleidsniveaus elkaars afwezigheid compenseren. De federale overheid moest, vooral in het begin van de crisis, zaken op zich nemen die eigenlijk deelstatelijke materie waren.

Is dat ook uw indruk?

De volgende vragen zijn gericht naar alle sprekers. Een concreet hiaat waar nog altijd geen afdoend

antwoord op is gekomen, is dat eind maart de federale overheid aangevuurd door mevrouw Vlieghe en de heer Facon een aanbod van beschermingsmateriaal en Outbreak Support Teams doet aan de rusthuizen omdat er op dat moment heel veel alarmsignalen waren over de situatie in die rusthuizen. Dat aanbod werd echter geweigerd door een van de deelstaten.

Wie weigerde dat en waarom?

Sprekers verklaarden niet te weten dat de strategische stock eind 2018 was vernietigd. Ging u er dan allemaal van uit dat die strategische stock er nog was en dat u daarop een beroep zou kunnen doen? Is er misschien uitstel geweest van de aankoop van beschermend materiaal omdat niet geweten was dat die stock was vernietigd?

Over het beschermingsmateriaal tijdens de crisis hebben de vakbonden gezegd dat men voor het personeel uiteraard de beste kwaliteit wou, maar dat deze crisis doorstaan moest worden met materiaal van veel mindere kwaliteit. U zegt hetzelfde. Zijn de kwaliteitscontroles dan onvoldoende? Het lijkt wel *à la guerre comme à la guerre*. Zijn er vandaag nog steeds problemen met de kwaliteit van het materiaal of zijn die problemen opgelost? Zo ja, door wie werden die opgelost?

Ik heb nog twee specifieke vragen voor de heer Fredericq.

Wij weten dat de rusthuizen zeer kwetsbaar zijn en dat het virus er makkelijk binnen raakt. U zei in dat verband dat de instellingen wel testen wilden afnemen van het personeel dat na ziekte terugkeert, de stagairs die na hun vakantie terugkeren of de patiënten die uit de ziekenhuizen terugkeren naar de instellingen, maar dat "men dat heeft geweigerd". "On a refusé", hebt u letterlijk gezegd. Wie was "men" in uw ogen? Is er mailverkeer daarvan? Zijn er verslagen daarover? Zo ja, kan deze commissie die krijgen?

U zei ook dat de contactopsporing in de woonzorgcentra niet goed werkt. Kunt u daarvan concrete voorbeelden geven? Is er een fout in het opzet of gaat het volgens u om een fout in de uitvoering?

Mijn allerlaatste vraag richt ik graag aan alle sprekers.

Waarom bleken de woon-zorgcentra in de tweede golf opnieuw bijzonder kwetsbaar, ondanks de opgedane ervaring? Waarom bleef het virus in de tweede golf ook na de piek daar nog zo lang binnen? In tegenstelling met de eerste golf, waarin het virus veel meer gelijke tred hield met de daling

in de samenleving, bleef het virus tijdens de tweede golf opvallend langer in de rusthuizen hangen of is dat maar een indruk van mij? Kunt u daarover wat meer uitleg geven?

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, mesdames, messieurs, un tout grand merci pour vos présentations extrêmement riches et instructives, à la fois sur les conseils et recommandations. Je pense que cela nous sera très utile.

À la demande du président, je vais donc être brève et éviter de faire ici une série d'analyses sur le plan politique ou d'exprimer mes points de vue. Je voudrais en profiter pour poser quelques questions complémentaires ou vous pousser un peu plus loin par rapport à certaines de vos recommandations.

D'abord, je trouve que le programme de soins beaucoup plus intégrés est une très bonne idée, notamment sur le volet gériatrique, mais également sur le volet de l'infectiologie au sens général du terme, y compris sur les aspects d'hygiène hospitalière et forcément d'hygiène des autres collectivités non hospitalières.

Vous avez beaucoup insisté sur ces soins plus intégrés entre les hôpitaux et les collectivités de soins. Ne serait-il pas tout aussi important d'y intégrer la première ligne? Je songe particulièrement aux médecins généralistes. Mais cela peut être aussi des infirmiers à domicile dans le cadre, par exemple, de traitement de plaies. Nous sortons là évidemment du volet de l'infectiologie de crise telle que la pandémie que nous vivons maintenant. Mais ce sont des volets importants. Un infectiologue pourrait donner des avis complémentaires, ou une infirmière spécialisée dans des soins de plaie à une infirmière à domicile qui n'a peut-être pas autant d'expérience en la matière.

Je pense qu'il y a en fait énormément de points qui seraient aussi importants, à la fois sur le volet gériatrique - il y aura de plus en plus de personnes âgées à domicile -, et à la fois sur le volet infectieux. J'aurais voulu votre avis en la matière.

Je voudrais revenir sur le *testing*. Le *testing* a été limité pendant très longtemps à seulement deux laboratoires. Il m'est revenu qu'il y avait pourtant eu des demandes et des propositions, des suggestions faites par une série, par la toute grande majorité même, des laboratoires. Pouvez-vous me confirmer cela? Pouvez-vous également me dire à qui ces propositions ont-elles été faites et quelles ont été les réponses?

Pour ce qui concerne plus particulièrement les

maisons de repos, j'aurais voulu évoquer deux points. D'une part, nous avons eu aujourd'hui à la fois... En tout cas une contradiction sur le refus ou pas d'hospitalisation de patients en maison de repos. Certains parmi vous ont dit que non, il n'y en avait pas eu. Un autre intervenant a dit que si, il y avait eu des refus d'hospitalisation pour des résidents en maison de repos. Pourriez-vous étayer? Avons-nous des données objectives et chiffrées sur ce type d'affirmation? C'est évidemment une affirmation interpellante.

Toujours pour ce qui concerne les maisons de repos, vous avez formulé énormément de constats et de recommandations, mais j'ajouterai un élément. Plusieurs d'entre vous ont démontré l'existence de contradictions entre des directives du fédéral et des entités fédérées ainsi que des renvois entre niveaux de pouvoir. À cet égard, une stratégie a été proposée en vue d'une meilleure coordination, pour les maisons de repos, entre le fédéral et les entités fédérées. En avez-vous été informés? D'une manière ou d'une autre, votre avis a-t-il été sollicité? Cela a-t-il été refusé par une ou plusieurs entités fédérées? A-t-on tenu compte de votre point de vue d'acteurs de terrain ou bien était-ce purement politique? Si vous n'y avez pas été intégrés, j'imagine que c'était bien cette dernière possibilité.

Quant au report de soins non covid, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique. Vous avez suggéré le maintien de soins covid et non covid, hormis les urgences dont la prise en charge s'est poursuivie. C'est un enjeu majeur, notamment sur les plans cardiovasculaire et oncologique. Je suis bien sûr d'accord sur le principe de maintenir tous les soins covid et non covid. Maintenant se pose toute la question de la faisabilité. Au moment les plus aigus des deux vagues, je ne vois pas très bien comment on aurait pu maintenir tous les soins covid et non covid. Bien entendu, pour les urgences, on a conservé pendant la deuxième vague des consultations qui n'avaient pas pu être maintenues lors de la première. J'aimerais donc vous entendre au sujet de la faisabilité. Que recommandez-vous d'une manière très pratique? Jusqu'à quel point pouvons-nous poursuivre dans ce maintien? Pouvons-nous même imaginer qu'il n'y ait pas du tout de mise entre parenthèses ou de suspension de certains soins non covid, alors que, pendant les deux vagues, des directives ont été adressées en ce sens aux hôpitaux?

On a évoqué l'arrêté royal n° 78, mais il conviendrait plutôt de parler de la loi de 2015. Vous avez suggéré de l'adapter. Nous ne pourrions sans doute pas évoquer tous les points aujourd'hui, mais disposez-vous d'informations déjà plus précises dans les recommandations que vous formulez ou

dans les documents de travail produits par les différentes fédérations relativement à ces aspects qui me semblent importants?

Enfin, je voudrais encore évoquer le personnel.

Vous avez dit, et vous avez mille fois raison: c'est évidemment le nerf de la guerre. Les infrastructures ne sont rien sans les soignants. Des avancées importantes doivent être réalisées au niveau de l'attractivité du métier, sur toute la carrière, et des conditions de travail. Ceci étant, on voit aussi apparaître au moment des crises des besoins plus importants. C'est d'autant plus vrai que, parfois, un certain nombre de membres du personnel doivent être écartés parce qu'ils sont eux-mêmes souffrants. Ils ont eux-mêmes fortement subi l'impact du covid-19. Il y a des listes de volontaires.

Mais ma question vise à savoir s'il conviendrait d'imaginer un statut de crise. On sait que plusieurs dizaines de milliers d'infirmiers possèdent le visa infirmer et ont été actifs dans les soins de santé mais ne le sont plus aujourd'hui. Ils travaillent dans un tout autre cadre professionnel. Ne serait-il pas intéressant de disposer d'un statut de crise qui permettrait de mobiliser de façon transitoire ce personnel infirmier, tout en remboursant ses employeurs par exemple? Il y a moyen de trouver des solutions à ce sujet. Ils viendraient après une remise à niveau en quelques jours, sur le plan infectieux. Ils pourraient aider dans d'autres services où les infirmiers pourraient être déplacés en renfort covid ou en maisons de repos. Des pistes pourraient-elles être creusées en la matière ou considérez-vous que ce n'est pas une bonne idée?

Voici les questions les plus importantes que je souhaitais vous poser aujourd'hui de manière complémentaire. Merci encore et surtout, courage! Je sais que vous êtes en lien avec l'ensemble des institutions de soins qui dépendent de vos fédérations et que vous les soutenez. Je sais combien ce soutien des fédérations vers les structures de soins est important et apprécié.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je vais essayer d'être la plus brève possible étant donné que l'on attend avec impatience les réponses complémentaires.

Mais d'abord je me dois, à l'instar de mes collègues, de vous remercier, tant pour vos exposés extrêmement éclairants et larges, qui abordaient toute une série de problématiques sous-tendant cette crise, que pour le travail que vous avez prodigué durant cette crise qui malheureusement n'est pas finie. Je réitère les

vœux d'encouragements formulés juste à l'instant par ma collègue Fonck.

Je vais entrer directement dans le vif du sujet. Vous avez tous évoqué le manque d'anticipation d'une vue macro, au début de cette crise,

M. Fredericq a insisté sur le fait que des signaux d'alerte vous étaient parvenus déjà au mois de février, notamment d'Italie, et que par conséquent, vous aviez fait le nécessaire pour commander du matériel. Pouvez-vous nous dire quand, et à qui, au niveau des autorités, ces signaux ont-ils été communiqués? Tout en sachant que ces signaux n'auraient été finalement qu'un rappel des signaux qui étaient déjà à la disposition des autorités.

En ce qui concerne le matériel de protection, nous savons malheureusement que c'est un gros problème dans cette gestion de crise. Saviez-vous auprès de qui vous deviez signaler les pénuries de matériel? Certains d'entre vous ont expliqué qu'à force d'éclater les compétences, on ne sait plus à qui se référer. Un monitoring vous a-t-il été demandé, par exemple chaque semaine, du matériel qui restait à votre disposition?

M. Fredericq, à nouveau, a insisté sur le fait qu'il y avait au début de cette crise, en tout cas durant la première vague, une pénurie grave d'oxygène observée dans les maisons de repos, qui ne sont pas de manière générale équipées d'un circuit intégré de distribution. Qu'en était-il durant la deuxième vague? Et même encore aujourd'hui? Avons-nous, entre la première et la deuxième vague, constitué des réserves, mais aussi un registre de ces mêmes réserves d'oxygène?

Nous savons aussi que durant la deuxième vague, durant la phase 2B du plan qui avait été déclenché, nous avons créé 300 lits à haut débit d'oxygène. Les hôpitaux étaient-ils prêts à encadrer correctement, avec du matériel adéquat, ces mêmes lits? C'est une question que j'adresse à l'ensemble des intervenants.

La coordination de la crise. Là aussi, je pense qu'il y a énormément de convergence entre vos propos. Vous avez tous souligné le manque - et pourtant, la grande nécessité - d'avoir dans cette gestion de crise une unité de commandement. Mon groupe Défi a d'ailleurs déposé une proposition de loi spéciale pour que le fédéral soit nommément désigné dans la loi comme coordinateur des mesures qui s'imposent. Mme Cloet a insisté sur le fait qu'on ne savait pas à qui s'adresser; M Smeets sur le fait qu'il fallait un plan d'urgence pandémie fédéral pour avoir un interlocuteur clairement identifié; et M. Fredericq le besoin d'un organe de décision unique.

Mme Cloet a également évoqué une inertie face aux signaux d'alerte que vous aviez lancés. Avez-vous finalement l'impression que ces non-réponses, cette inertie résultait davantage d'un jeu de ping-pong entre les différents niveaux de pouvoir? En tout cas c'était mon ressenti. Au niveau du Parlement, nous avons beaucoup ressenti ce jeu de ping-pong, déjà entre ministres, mais aussi entre niveaux de pouvoir.

Sur l'organisation entre les maisons de repos et les hôpitaux, un des représentants de GIBBIS insistait sur le fait que le patient doit savoir où il doit être pris en charge, et il doit l'être au bon endroit et au bon moment. Cela implique-t-il la mise en place d'un trajet de soins précis? Que pouvons-nous proposer aux patients refusant d'être hospitalisés?

Concernant la campagne de vaccination, nous savons tous que sa réussite repose sur une couverture vaccinale maximale et sur l'adhésion au vaccin de la population et, en particulier, du personnel soignant les plus vulnérables, et donc du personnel des maisons de repos. Or, vous l'avez dit, seulement 50 % du personnel des maisons de repos adhèrent aujourd'hui au vaccin. Est-ce dû au fait que vos fédérations ne sont pas suffisamment impliquées dans la stratégie actuelle de vaccination? Je ne sais pas si vous faites partie de la task force Vaccination. Les médecins et infirmiers qui ont été auditionnés au sein de cette commission nous ont dit qu'ils avaient formulé la demande express de faire partie de cette task force, mais que cela leur avait expressément été refusé. Qu'en est-il pour vos fédérations?

Concernant le personnel, vous l'avez justement dit, ce n'est pas tout d'avoir des lits, encore faut-il avoir des soignants qui prennent les patients en charge. Vous nous avez transmis toute une série de recommandations qui nous seront très utiles et qui sont logiques. Il faut encore que les décisions politiques suivent et, notamment, la constitution d'une réserve de personnel. On sait que ce n'est pas simple, mais au moins là, les choses sont claires. Pouvez-vous nous dire à partir de quand le manque de personnel a été ressenti de manière criante? Comment ce manque a-t-il été comblé partiellement, d'autant que nous savons qu'il n'y a aujourd'hui toujours pas de cadastre à jour d'infirmiers? D'ailleurs pour constituer cette fameuse réserve, il faut avoir, à tout le moins, des cadastres à jour qui concernent tant le personnel soignant qui exerce mais aussi celui qui a exercé et qui n'exerce plus de manière temporaire ou définitive.

Pour ce qui concerne les stagiaires mobilisés dans le cadre de cette crise, ceux-ci ont-ils eu droit à une

compensation ou rémunération?

Il n'est pas tout d'avoir le personnel, encore faut-il qu'il soit correctement formé. Or, M. Fredericq a insisté sur le fait que des efforts importants devaient encore être consentis dans le secteur des maisons de repos et de soins. Pouvez-vous nous préciser de quel type d'efforts il est question? S'agit-il de la formation initiale du personnel soignant, de la formation continue? Faudrait-il mettre en place un module propre à la gestion d'une crise sanitaire? Faudrait-il prévoir un soutien de la part des infectiologues qui connaissent vraiment le virus qui doit être traité?

Vous avez tous abordé l'importance d'un soutien psychologique à destination du personnel soignant. On s'en rend d'autant plus compte aujourd'hui, au regard des conséquences désastreuses de la crise sur toute la population. Vous avez également relevé le fait que beaucoup de soignants hésitent à recourir à l'aide psychologique mise en place. Pourquoi? Cela résulte-t-il d'un manque de temps? Cela résulte-t-il d'un sentiment de fierté qui consiste à dire qu'ils n'en ont pas besoin, repoussant ainsi une prise en charge psychologique qui devrait pourtant intervenir.

M. Fredericq a expliqué que vous tentiez de pousser le personnel soignant à recourir à cette aide. Comment peut-on concrètement pousser un personnel qui est déjà surchargé à prendre le temps de se prendre en main d'un point de vue psychologiques, en tout cas?

On sait aussi que le personnel soignant a été au front sans matériel de protection adéquat durant la première vague avec des effets dramatiques. Or, on n'a toujours pas de données chiffrées quant aux décès intervenus parmi le personnel soignant, contrairement à la France, à l'Italie, à l'Espagne. Sciensano recense les contaminations parmi le personnel soignant, les absences, mais pas les décès. Cependant, j'imagine qu'il existe quand même un registre des décès des membres du personnel soignant dans les maisons de repos et dans les hôpitaux.

Il y a quelques mois, le SPF Santé publique n'avait pas su donner d'explication claire à ce sujet car cela ne faisait pas partie des informations qui devaient être obligatoirement transmises. Est-ce toujours le cas aujourd'hui? Et surtout, quel est votre avis à ce sujet?

Pour ce qui concerne le financement des maisons de repos, M. Smeets a insisté sur le fait que la situation était très complexe en raison de l'existence d'un sous-financement structurel au

niveau des maisons de repos, à laquelle se sont ajoutées, avec la crise, une perte de financement et une augmentation des coûts. Vous nous avez fait part de nombreuses recommandations, notamment pour simplifier une bureaucratie totalement inefficace. La représentante de GIBBIS a plaidé pour une prise en charge des surcoûts covid.

Pouvez-vous toutefois nous préciser vos propos par rapport à cela? Quels sont aujourd'hui les risques encourus par rapport à ces pertes, notamment en termes d'emploi?

Vous avez beaucoup évoqué la problématique des tests. Or on sait que tester est vraiment un maillon extrêmement important dans notre gestion de crise pour pouvoir isoler et soigner le plus vite possible et donc éviter la propagation inutile du virus.

L'un de vous a évoqué des directives contradictoires qui ont été lancées entre les entités fédérées et le fédéral quant à savoir où le patient devait se faire tester. Pouvez-vous nous préciser quelles étaient ces fameuses directives contradictoires? Par qui vous ont-elles été données?

Monsieur Fredericq, vous avez mentionné le refus, face à votre demande, de faire tester les résidents qui rentraient à nouveau dans les maisons de repos. Pouvez-vous nous dire qui vous a notifié ce refus et pour quels motifs?

Enfin, vous avez lancé cette recommandation tout à fait pertinente d'avoir une vraie combinaison des tests rapides et des tests PCR avec, bien évidemment, des protocoles expliquant comment les utiliser et comment interpréter au mieux les résultats qui en ressortent. Par conséquent, vous avez pris les devants. Certaines maisons de repos se sont procuré ces tests rapides. Pouvez-vous nous dire où et comment vous vous êtes procuré ces tests rapides et, surtout, qui a pris en charge le coût de ces tests?

Je vous remercie d'ores et déjà pour toutes vos réponses, vos exposés et votre travail. Bon courage pour la suite!

De **voorzitter**: Ondertussen is de tijd toch behoorlijk gevorderd. Ik stel voor dat de sprekers per groep hun antwoord elk tot vijftien minuten beperken, maar ik neem aan dat niet alle vragen op een kwartier beantwoord kunnen worden. Daarom zullen we nadien overleggen of de overige vragen schriftelijk worden beantwoord, dan wel of we bijvoorbeeld nog een Zoomsessie organiseren.

Voor de antwoorden geef ik eerst terug het woord

aan Zorgnet-Icuro.

Margot Cloet: Mijnheer de voorzitter, wij zullen proberen het bondig te houden. Ik zal enkele vragen beantwoorden en daarna zal dokter Geboers meer ingaan op de specifieke vragen over onder andere de ziekenhuizen en het materiaal.

Mevrouw Gijbels vraagt hoe wij de hervorming van de wet omtrent de gezondheidszorgberoepen zien. Welnu, die bemaamde wet heeft uitvoeringsbesluiten die bepalen wie wat wel en wat niet mag doen. Ik denk dat daarin veel meer moet worden gedelegeerd. Ook moet het team rond de verpleegkundigen worden versterkt. Een heel mooi voorbeeld vind ik de uitzonderingswet verpleegkundige akten, die de Kamer voor het kerstreces goedgekeurd heeft. Eigenlijk zouden we daarop moeten voortwerken. Uit het uitvoerings-KB, gepubliceerd op 30 december in het *Belgisch Staatsblad*, is helaas echter gebleken dat de verpleegkundigen toch wel heel wat uitzonderingen vragen. Ik denk dat het goed zou zijn, mocht die wet niet alleen tot de periode van de pandemie beperkt worden, maar dat bij een verlengde uitvoering ook wordt gekeken naar een uitbreiding van de activiteiten. Dat is heel belangrijk om voldoende resources te halen en om iets te doen aan de penurie, waarover u het had.

Een andere vraag gaat over het draaiboek voor de CRA van de woon-zorgcentra. Welnu, vanuit het federaal niveau zijn er daaromtrent geen draaiboeken gekomen. Het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid heeft daar samen met de koepels rond gewerkt in het begin van de crisis. Tot op vandaag bestaan die draaiboeken nog altijd, niet alleen voor artsen, maar ook voor bijvoorbeeld bezoek, en worden ze wekelijks geactualiseerd of minstens besproken. Ik spreek dan voor Vlaanderen.

De psychiatrische ziekenhuizen zijn tussen twee stoelen gevallen en dat heeft inderdaad een impact gehad. Een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg is in handen van de Gemeenschappen en de Gewesten, maar daarnaast situeert er zich een deel op federaal niveau. Het is niet altijd duidelijk tot wie men zich moet richten. Vandaag bestaan er meer afspraken rond, maar in het begin was dat niet altijd heel duidelijk.

Wat de vraag betreft van mevrouw Depoorter of drop-out bij het personeel veroorzaakt werd door gebrek aan persoonlijke beschermingsmaterialen, het is moeilijk om te zeggen dat dat het geval was. Alleszins hebben de crisis, de angst wegens de besmettingsgraad bij medewerkers en de mentale belasting wel voor heel wat uitval gezorgd. Dat

zagen we in het bijzonder in de woon-zorgcentra, waar vooral bij het begin van de tweede golf mensen uitvielen en de afwezigheden hoger lagen dan gewoonlijk rond dezelfde periode in andere jaren.

Over het kopen van testen zal dokter Geboers nog iets zeggen, maar ik hoor van heel wat woon-zorgcentra dat zij, ondanks de stocks die de overheid aanlegde, vaak zelf testen hebben aangekocht om de zaken sneller te laten verlopen.

Wat de taskforce vaccinatie betreft, daar maken wij geen deel van uit. Wij hebben wel regelmatig contact met de voorzitter van de taskforce, de heer Ramaekers, en zijn op Vlaams niveau in permanent overleg met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, omdat daar de regie gebeurt.

Wij denken daar mee en bieden onze diensten aan. Een aantal van onze mensen is ingeschakeld in de werking ervan en in de toekomst zullen wij daar verder ondersteuning bieden, tot en met de uitrol in de vaccinatiecentra.

Er was inderdaad heel wat oversterfte in de woon-zorgcentra. U moet weten dat er in Vlaanderen heel veel woon-zorgcentra zijn in vergelijking met het buitenland en zelfs in vergelijking met het ander landsdeel. We doen daarmee geen waarde-uitspraak, maar dat kan daarmee te maken hebben. Mensen die in woon-zorgcentra verblijven, zijn immers heel vaak niet meer valide en multimorbiditeit komt vaak voor - meer dan een derde is gediagnosticeerd met dementie -, dus we zitten daar echt wel met een heel kwetsbare groep die daar ongeveer 2,5 jaar verblijft en nood heeft aan heel zware zorg.

Er wordt geïnvesteerd in extra personeel, maar het eind van de weg hebben wij nog lang niet bereikt. Er moet blijvend worden geïnvesteerd in medewerkers om de hele vergrijzingsgolf op te vangen, maar ook om de nood aan geschikte omkadering voor de heel zwaar zorgbehoevenden te lenigen. Dat aantal is immers op 10 jaar tijd met 10 % toegenomen.

Daarom is ook die flexibiliteit in de wet op de gezondheidszorgberoepen nodig, anders blijft men in een vicieuze cirkel zitten, ook wat de beeldvorming betreft. Er is nood aan investering in kwaliteitsmedewerkers en in een goede omkadering.

Moeten we gaan naar grotere gehelen in de woon-zorgcentra? In Vlaanderen is een beweging ingezet rond schaalvergroting. Ik denk dat het belangrijk is om bepaalde diensten te bundelen en zo de kwaliteit te versterken. Dat gaat dan vooral

ook over onder andere logistieke diensten. Maar die grotere schaal hoeft voor ons de kleinschaligheid in de organisatie niet in de weg te staan. We zien dat in sommige regio's, in sommige provincies of steden, daar echt ook wel werk van gemaakt wordt door woon-zorgcentra die in kleine wooneenheden ondergebracht worden. Het klassieke woon-zorgcentrum ruimt plaats voor een woon-zorgcentrum waar ook assistentiewoningen aan gekoppeld zijn, waar dagverzorging ter harte wordt genomen, waar een lokaal dienstencentrum is. We moeten echt wel verder werk maken van de professionalisering van de kleinschaligheid binnen een groter geheel en van de inbedding in de buurt. De woon-zorgcentra mogen eigenlijk niet zoals vroeger op een eiland ergens buiten de stad of buiten het dorp ingeplant worden. Dat vraagt ook wel een inspanning van de gemeenten om daarvoor de nodige maatregelen te nemen. Dat hangt ook samen met de grote vergrijzingsgolf, die op ons afkomt, en de wijze waarop wij, als wij later ook wat ouder zijn, of waarop de samenleving naar oudere mensen kijken. Oud zijn mag best deel uitmaken van het leven en oudere mensen hebben ook recht op een samenleving die hun kansen biedt en die ook in die laatste levensjaren zorgt voor de nodige levenskwaliteit.

Dan waren er vragen of de coronacommissaris of het commissariaat tot beterschap heeft geleid. Ik denk dat het goed is dat dergelijke dienst er is gekomen die daarin ondersteunt, maar wij hebben als sector uit de eerste golf wel geleerd om met een en ander rekening te houden en andere zorg te blijven verstrekken. Er waren natuurlijk ook in de sector structuren die zich op dat moment hadden gezet. Wat ik ook heel belangrijk vond, is dat men is gaan spreken van het Overlegcomité in plaats van de Veiligheidsraad, wat toch een ander gevoel geeft en waar we zien dat toch ook wel alle overheden wat meer betrokken worden.

Wat hebben we nodig om het uitgeputte zorgpersoneel op te vangen? Er is een verschillend aanbod aan psychologische ondersteuning, maar wat we echt nodig hebben is, denk ik, een politiek die op basis van cijfers maatregelen neemt, een samenleving die gemotiveerd kan worden om zich heel lang aan de regels te houden en vaccins, vaccins, vaccins.

Wat heeft goed gefunctioneerd? Dat is de steun bij de bevolking en de grote solidariteit in de zorg. Heel veel mensen op administraties hebben wij heel lange dagen zien kloppen en waren samen met ons op zoek naar oplossingen. Ook die groep mag niet worden vergeten.

Er was ook een vraag over de manier waarop wij onze zorgvoorzieningen ondersteunen inzake

onder andere handhygiëne.

Samen met de andere koepels – wij zijn immers niet de enige koepel in Vlaanderen – heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid voor de pandemie werk gemaakt van een infectiepreventie-instrument en informatiedagen daarover georganiseerd.

Een infectiebeleid voeren is ook een erkenningnorm voor woon-zorgcentra in Vlaanderen. Er zijn heel wat campagnes geweest.

Wij zullen het daarbij niet laten. Wij zullen met onze organisatie samen met onze andere sectoren daarin investeren en in 2021 op dat vlak samen met het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg een heel traject opzetten, waarin wij dat beleid als groot agendapunt zullen plaatsen en eraan werken.

Zoals ik daarnet al opmerkte, is de band tussen de woon-zorgcentra en de ziekenhuizen, enerzijds, en de thuisverpleging, anderzijds, heel belangrijk geweest. De functionele band die RVT's moeten hebben met de woon-zorgcentra is in het verleden vaak dode letter gebleven. Dat is nu in daden omgezet. Ik ben er heel zeker van dat zulks in de feiten ook zal blijven.

Bovendien heeft de federale overheid er ook voor gekozen om *host teams* te financieren, die vanuit de ziekenhuizen ondersteuning kunnen bieden in woon-zorgcentra en in andere entiteiten.

Dat er in de eerste golf een aanbod is geweest van de federale overheid, om de woon-zorgcentra te ondersteunen, heb ik op hetzelfde moment als u vernomen. Ik weet ook niet waarom dat aanbod is geweigerd of op welk tijdstip dat aanbod is gedaan. Het kan zijn dat op dat moment in Vlaanderen de taskforce en andere groepen al opgestart waren. Dat antwoord moet ik echter schuldig blijven.

De vroegtijdige zorgplanning is een goed instrument, dat wij nog veel meer zullen toepassen. Het heeft ons ook geholpen. Wij hebben de woon-zorgcentra in de eerste en in de tweede golf geadviseerd daar heel snel mee aan de slag te gaan. Dat is dus echt iets wat wij moeten koesteren en handhaven.

Last but not least wil ik even ingaan op het systeem van onze staatsstructuur. Er zijn ministers in de nieuwe federale regering die de bevoegdheid ter zake toegewezen hebben gekregen.

Wij hebben nog geen formele uitnodiging gekregen om daarover te gaan praten, maar wij staan klaar.

Wij hebben voor de zomer inderdaad een aantal standpunten geformuleerd met als bedoeling het debat daarover te kunnen openen. Niet om te bruuskieren of zo, maar als men dingen vraagt, moet men ook oplossingen voorstellen, meen ik. Wij hebben daarmee eigenlijk een openingsbod gedaan. Dat is een tijdje opgepikt, maar ik begrijp best dat het nu weer onder de waterlijn verdwenen is. Maar goed, wij staan er klaar voor.

Er zijn enkele zaken, bijvoorbeeld pandemiebeleid, waarvan ik meen dat zij op federaal niveau gecoördineerd moeten blijven. Zeker wat de ziekenhuizen betreft. De contacten en de steun die wij aan elkaar gehad hebben bij het transporteren van patiënten, en het delen van ervaringen, het samen nadenken over oplossingen, daar mogen wij best trots op zijn en een voorloper in zijn.

Dat was in een notendop wat ik zeggen wou.

Marc Geboers: Ik wil niet te veel meer van uw tijd gebruiken en ook de anderen aan bod laten komen, maar er zijn twee dingen waar ik toch graag iets over wil zeggen.

Enerzijds, over de opname van patiënten uit woon-zorgcentra in de ziekenhuizen. Dat heeft u toch flink beroerd. In de 35 jaar die ik ondertussen in de zorgsector werk, zijn er twee woorden die ik zelden of nooit gebruik, namelijk "nooit" en "altijd." Als de heer Fredericq zegt dat er zaken gebeurd zijn waarbij mensen uit woon-zorgcentra werden aangeboden in een ziekenhuis en dan teruggestuurd zijn, is dat inderdaad zo.

Ik bedoelde met mijn interventie dat er nooit officiële, formele, richtlijnen geweest zijn die in die richting gingen. Wij moeten er heel helder over moeten zijn wat er precies gebeurd is. Op een bepaald moment, omdat er een dreigend gevaar was dat onze intensieve diensten en onze ziekenhuisafdelingen zouden vollopen met patiënten, hebben bepaalde groepen intensivisten en gerontologen zich erover gebogen of er op een bepaalde manier een mogelijkheid was om uit prognostische overwegingen te bekijken door wie de beperkte plaatsen op een maximale manier gebruikt konden worden.

Ik ben daar eerlijk gezegd nooit een enorme voorstander van geweest. Maar goed, als dat nodig is, moet men wel op bepaalde documenten, op bepaalde richtlijnen, kunnen terugvallen. Het bizarre is dat de inhoud daarvan op sommige plaatsen geïnterpreteerd is als: wij mogen geen patiënten meer doorsturen, of men mag die weigeren. Dat is nooit de bedoeling geweest. Dat is expliciet nooit de bedoeling geweest. Dat is ook nooit zo gecommuniceerd.

Het spel was subtieler dan gewoon weigeren. Woon-zorgcentra vonden, vanuit die richtlijnen, dat ze bepaalde patiënten niet konden doorsturen. Het was bijna een soort preventie van het weigeren, gewoon door ze niet door te sturen. Wij hebben dat herhaaldelijk aangekaart binnen het HTSC. De heer Fredericq gaf het ook aan, op een bepaald moment, omdat het zo hardnekkig bleef leven en als richtlijn werd aangenomen om bepaalde patiënten niet te verwijzen of niet op te nemen, werd heel expliciet gezegd dat het echt niet de bedoeling was, dat het echt niet was wat men wilde nastreven.

Is het gebeurd? Waarschijnlijk wel. Persoonlijk heb ik er zelf nooit melding van gekregen. Als de heer Fredericq aanwijzingen heeft in die richting, geloof ik hem onmiddellijk. Mijn punt is echter vooral dat het nooit een gestructureerde aanpak is geweest om dat naar voren te brengen of in richtlijnen te gaan vatten. Het is een interpretatie geweest, die wij te allen tijde, vanaf dag 1, hardnekkig bestreden hebben. Ik hoop dat wij daarmee wat duidelijkheid gegeven hebben. Het gaat hier absoluut niet over een soort van schisma in de manier hoe de werkelijkheid bekeken is.

Ik wil ook heel kort even iets zeggen over de zuurstofproblematiek, omdat ik daarbij ook van heel nabij betrokken ben geweest. Het gaat heel specifiek over de beschikbaarheid van zuurstofconcentratoren in woon-zorgcentra. Op een bepaald moment was er toch wel wat ongerustheid. Het gaat over een virus dat effectief respiratoire klachten geeft. Wij konden toch wel wat anticiperen en inschatten dat dit op een bepaald moment aanleiding zou kunnen geven in woon-zorgcentra tot de behoefte om zuurstof te kunnen toedienen.

Wij zijn voornamelijk gebotst op het volgende. De beschikbaarheid van de zuurstofconcentratoren, waarvan er eigenlijk voldoende waren, was zeer ongelijk verspreid. Er ontstond tevens een spectaculair hamstergedrag in de woon-zorgcentra, waarbij woon-zorgcentra in plaats van hun toestellen in te leveren, ze zelf bijhielden voor het geval dat.

Door een soort gemeenschappelijke actie vanuit de werkgroep-De Backer, de koepelorganisaties, de apothekers en het FAGG zijn wij erin geslaagd om een systeem op te bouwen waarbij een heel nauwkeurige registratie van die zuurstofconcentratoren is kunnen gebeuren.

Ook daar waren wij net iets te laat bij het opzetten van dat systeem, zodat er een periode is geweest met een aantal incidenten van mensen die niet

konden beschikken over zuurstof. Zodra dat systeem echter *up and running* was, is er een hele duidelijke en billijke verdeling kunnen gebeuren van die zuurstofconcentratoren en hebben wij daarmee nauwelijks nog problemen gehad. Overigens is er ook vanuit het FAGG en de werkgroep-De Backer op dat moment een aankoop van 2.500 extra toestellen gebeurd, om in de sector de verspreiden.

Ik denk dat wij mogen stellen dat wij in de tweede golf absoluut niet meer zijn geconfronteerd met die problematiek, wat voor een groot stuk toe te schrijven is aan het systeem dat op poten gezet werd door die verenigde actie.

Op de andere vragen ga ik nu niet antwoorden. Ik zal met de voorzitter bespreken hoe wij die antwoorden zullen aanleveren.

Yves Smeets: Monsieur le président, je commencerai par deux petites observations. Nous avons transmis au secrétariat un document beaucoup plus complet de plus de 70 pages, répondant à l'ensemble des questions que vous avez posées. Je vous invite à vous y référer en ce qui concerne plusieurs de vos interrogations.

Je voudrais aussi vous remercier de l'attention que vous avez bien voulu prêter à nos exposés. Je vais déjà tenter d'apporter certaines réponses, mais nous restons tout à fait disposés à vous répondre plus amplement par écrit, si votre commission en décidait ainsi.

Un premier aspect que nous devons souligner est la création au début mars du comité Hospital & Transport Surge Capacity. Pour nous, il a véritablement servi d'interface prioritaire et presque unique de discussion et de *reporting* de nos problèmes. Je tiens donc à remercier toutes les personnes qui y ont participé, notamment tous les représentants des administrations, car c'était véritablement un lieu de collaboration et il l'est toujours, puisque ce comité continue de se réunir plusieurs fois par semaine très efficacement. Malheureusement, il ne dispose pas d'un pouvoir d'injonction ou d'organisation. C'est pourquoi certains de nos messages qui y étaient relayés n'avaient pas toujours de portée auprès des autres task forces et groupes institués. Cela faisait partie des difficultés de communication auxquelles nous avons été confrontés.

Je répondrai d'abord à toute une série de questions. Puis, je laisserai Christophe Happe poursuivre. S'agissant du plan d'urgence hospitalier, il faut bien comprendre que tous les hôpitaux en sont dotés. Cette obligation remonte à très longtemps. C'est ce qu'on appelait les plans

MASH (Mise en alerte des services hospitaliers). La législation a été revue voici quelques années, pour qu'y soient précisés quelques aspects techniques, sans que les bases en soient remises en cause. Aujourd'hui, certains hôpitaux n'ont pas encore reçu l'agrément de leur nouveau plan d'urgence hospitalier. Toutefois, ces plans existent dans chaque hôpital et ont été appliqués dès les premiers jours de la crise, sans problème à cet égard.

S'agissant des différences constatées dans les durées de séjour et les taux de mortalité en soins intensifs, nous ne pensons pas que les pratiques diffèrent, car la cause nous semble devoir être trouvée dans les comorbidités des patients qui ont été admis dans les unités hospitalières. En tout cas, aucune directive n'a été donnée dans un sens ou dans un autre ; c'est vraiment le constat médical qui prime sur le fait qu'on garde ou non un patient dans ces unités de soins, exerçant ainsi une influence sur sa durée de séjour.

Par rapport aux questions sur les stocks stratégiques, nous avons connaissance de la création de ces stocks stratégiques à la fin des années 2000 lorsque nous avons dû faire à la menace de la crise H1N1, et d'autres crises. Depuis lors, je dois vous avouer que nous n'avons plus jamais rien entendu à ce sujet. Nous ne savions même pas où se trouvaient ces stocks. Nous n'avons jamais entendu parler de la manière dont ils étaient gérés et nous n'avons pas non plus eu connaissance du fait qu'ils avaient été détruits à un moment donné. Nous pensons néanmoins que ces stocks sont extrêmement importants puisqu'on a vu la crise mondiale dans laquelle nous nous sommes trouvés. Il est donc fort important qu'il y ait des stocks stratégiques au niveau fédéral. Cela peut être complémentaire à des stocks qui devraient être obligatoirement constitués plus localement, dans chaque hôpital ou dans chaque réseau hospitalier, voire au niveau provincial. C'est à réfléchir. Mais en tous cas, il faut une réserve fédérale stratégique complémentaire et, bien entendu, il faut imaginer un système de stock roulant pour éviter que du matériel soit périmé à un moment donné. C'est quand même du matériel qu'on utilise tous les jours dans les institutions de soins.

En ce qui concerne le *testing*, je voudrais vous préciser ce que nous avons voulu dire. À un moment donné, je pense que Sciensano a interrogé les laboratoires d'hôpitaux pour savoir s'ils étaient en mesure d'élargir leur capacité de *testing*. Mais ces questions n'étaient pas fondamentalement liées à l'organisation à mettre en place. À ce moment-là, tout au début de la crise, nous faisons face au plus gros problème, qui était

la pénurie de réactifs. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles seuls deux laboratoires en disposaient. Pour l'avenir, on devrait peut-être prévoir qu'il y ait davantage de laboratoires pilotes capables de mener ce type d'analyses ; cela permettrait de disposer, dès le départ, d'une plus grande capacité de réactifs.

Ensuite, les questions reçues n'ont pas été formalisées ni adressées aux gestionnaires hospitaliers. Il faut quand même se rendre compte que s'adresser au gestionnaire hospitalier ou au directeur d'hôpital qui sont les seuls responsables devant la loi de la gestion de l'hôpital, ce n'est pas la même chose que s'adresser à un responsable (technique) d'une pharmacie hospitalière ou d'un laboratoire de biologie clinique. Les réflexions et les décisions peuvent être fondamentalement différentes. Disons que quand on s'est adressé aux techniciens, ils ont répondu au moment même : "Non, nous ne savons pas le faire." Mais sans expliciter, ou sans avoir l'occasion d'expliquer davantage.

Alors, on s'est embarqué dans une stratégie où les firmes pharmaceutiques ont offert leur capacité technique à produire ces tests et réaliser les analyses. Mais cela n'a jamais fonctionné. En fait, il n'y a pas que l'aspect simplement technique de faire l'analyse, il y a toute la logistique autour. Il y a toute l'intégration des résultats dans les logiciels des dossiers patients, etc. Cela n'a donc jamais vraiment fonctionné. Il aurait fallu, et c'est en tout cas la thèse que nous soutenons, travailler davantage avec les laboratoires existants qui eux ont l'habitude de faire cela, à condition de leur fournir les réactifs nécessaires.

Concernant le coût des tests : les laboratoires achètent les tests et ils sont facturés à l'INAMI sur la base d'un coût calculé. Il n'y a donc pas là de mise à disposition par le biais d'une plate-forme fédérale ou autre. Quand on a lancé la plate-forme *bis*, on a davantage fait appel aux laboratoires existants, à leur expertise. La plate-forme *bis* a montré que c'était beaucoup plus efficace et fonctionnel.

Au-delà de cela, la politique de *testing* en soi a varié. Il y a des contradictions entre ce qui avait été prévu dans les réglementations et dans les FAQ, directives et circulaires de Sciensano. Les gens ne s'y retrouvaient plus très bien. La complexité pour avoir accès au test par sms ou pas, une prescription, etc., fait qu'aujourd'hui nous avons en Belgique une très grande capacité de test. C'est une excellente chose, mais elle est largement sous-utilisée aujourd'hui. Il y a là une réflexion fondamentale à avoir. Dès le début de la crise, on nous a dit de tester, tester, tester. Dans les faits,

cela ne s'est jamais produit. Nous n'avons eu de cela aucun retour.

S'agissant de la task force Vaccination mise en place, nous n'avons pas été conviés à participer à cette task force au niveau fédéral. Au niveau wallon, nous avons des contacts réguliers avec le représentant spécial du gouvernement, M. Englert, chargé de coordonner cela au niveau wallon. Nous avons pas mal d'informations là-dessus. Mais au niveau fédéral, nous n'avons aucun contact avec cette task force et notre avis ne nous a jamais été demandé.

Une question a été posée concernant les problèmes institutionnels, la réforme de l'État et la désignation de deux ministres au sein du gouvernement fédéral. Comme l'a dit Margot Cloet, nous n'avons pas encore eu de contact avec ceux-ci pour évaluer les conséquences de la crise sur les répartitions de compétences en matière de soins de santé.

Pour la question de la capacité de réserve et celle de la création d'hôpitaux de réserve de campagne, nous n'avons pas besoin d'hôpitaux complets avec des salles d'opération sophistiquées puisque l'on ne va pas devoir y opérer des gens contrairement aux hôpitaux militaires de campagne. Ce n'est pas l'objet. Mais ce dont on a besoin, c'est d'un hôpital tel que celui mis en place par l'hôpital de Verviers qui a créé, sur son parking, une structure modulaire de toutes pièces.

Il s'agit de cela. Ce sont des structures modulaires qu'on pourrait installer très rapidement pour avoir des lits d'hospitalisation. Cela peut se faire dans des centres de conférence ou des parkings assez grands, faciles d'accès, comme on le fait pour les grands centres de *testing* et de vaccination, mais il faut y prévoir aussi des lits équipés pour des soins intensifs avec des respirateurs et tout le matériel de monitoring nécessaire. C'est cela qui a manqué à un moment donné.

M. Pillen évoquait la question des respirateurs. Il faut se rendre compte qu'on a une capacité de lits de soins intensifs en Belgique. On nous a demandé de l'augmenter, de la doubler, éventuellement de la tripler mais nous n'avons évidemment pas tout le matériel nécessaire pour doubler et tripler à volonté ces lits, notamment ces respirateurs et tous ces monitorings. Il y a donc eu là des manques. Nous avons dû en chercher et en acheter. Nous avons eu le soutien de la Défense qui nous a prêté ce type de matériel. Certaines provinces, comme celle du Hainaut, l'ont acquises elles-mêmes et l'ont ensuite mis à disposition des hôpitaux. Clairement, il y a eu une pénurie mais elle a peut-être été moins communiquée au grand public que celle des

masques et des autres équipements de protection. Il faudrait là aussi, dans une réflexion structurante, réfléchir à la façon d'avoir ce type de matériel en réserve, afin qu'il puisse être activé soit à l'intérieur de l'hôpital soit à l'intérieur des structures complémentaires qu'on pourrait mettre en place.

Concernant les structures intermédiaires, le problème n'est pas d'avoir de l'espace. À partir du moment où les hôpitaux n'étaient pas remplis par des activités non covid, il restait des étages et des salles d'hospitalisation qui pouvaient être utilisés pour ces soins intermédiaires. Le problème, c'était le personnel. Cela relève aussi d'autres questions qui ont été formulées. Nous pensons qu'il faudrait une loi peut-être un peu plus structurante sur la mobilisation du personnel de soins en cas de crise.

On pourrait faire appel à du personnel qui n'effectue pas quotidiennement des soins et qui n'est pas engagé dans les structures de soins mais qui a d'autres missions, que ce soit au niveau de la médecine du travail, des écoles d'enseignement de soins de santé, des mutuelles ou d'autres types de structures. Ce personnel devrait pouvoir éventuellement être rappelé sur une base volontaire voire plus coercitive si on se retrouve dans une situation dramatique, un peu comme les militaires de réserve. Surtout, on devrait prévoir une formation continue pour ce personnel. Cela ne sert à rien de demander à un médecin conseil d'une mutualité de venir travailler dans une unité de soins intensifs. Il ne saura probablement pas y faire beaucoup plus que moi qui n'ai pas de formation médicale. Il faudrait pour cela mettre en place, de manière structurante, des formations, notamment sur l'utilisation du matériel.

Cela générerait, si ce type de mécanisme pérenne était mis en place, probablement moins de hérissements de la part des syndicats et des professionnels de santé qui ont ressenti cela comme une attaque et une mise en question de leur engagement, ce qui n'était pas du tout le but. Mais si à un moment donné, on est dans une situation critique telle qu'on n'a plus assez de bras, il faudra bien faire appel à d'autres types de personnel pour venir en aide, sinon ce serait au détriment des soins à apporter.

Nous évoquons également la création d'unités d'hospitalisation spécifiques pour les maladies infectieuses et la question de savoir comment les financer. Selon moi, ces unités doivent être réfléchies en termes d'architecture, tout d'abord pour avoir des chambres d'isolement beaucoup plus nombreuses que celles que l'on a, avec des sas, des doubles flux d'accès aux patients, etc., un staffage prévu beaucoup plus important que les unités ordinaires, une formation continue du

personnel qui puisse être affecté à cela, une cellule de veille par rapport à toutes les problématiques liées aux maladies infectieuses et des équipes d'infectiologues beaucoup plus importantes qu'actuellement.

Ainsi le métier d'infectiologue, - je ne vous apprendrai rien, c'est un de vos experts - est quasiment inconnu aujourd'hui dans la nomenclature des soins de santé. Il n'y a pas d'acte qui permette une rémunération en la matière. Donc, les hôpitaux qui ont investi dans l'infectiologie l'ont fait sur fonds propres et nous avons déjà eu l'occasion de plaider pour que, de façon structurelle, les équipes d'infectiologues puissent être financées à l'intérieur même des hôpitaux, non seulement au bénéfice des patients hospitalisés mais également pour aider les autres structures de soins périphériques, telles que les structures pour personnes âgées, pour personnes handicapées, voire d'autres.

C'est ce type d'unités à créer, à réfléchir sous forme d'un programme de soins, lesquelles ne doivent finalement être activées complètement qu'en cas de crise. Il faut que tous les éléments soient là. En temps normal, ces unités peuvent être utilisées comme d'autres unités de soins classiques, par exemple de la révalidation, etc.

Une question concernait les structures MR/MRS. M. Rigot y a fait allusion. Ne vaudrait-il pas mieux revenir vers de plus petites structures ? Évidemment, d'un point de vue confort, de proximité, je pense que c'est ce que souhaitent de nombreuses personnes, à savoir être dans de petites structures familiales. Malheureusement, c'est incompatible avec les défis auxquels nous devons faire face. On l'a bien vu, au travers de cette gestion pandémie. Il faut des matériels extrêmement pointus dans des maisons de repos. Il faut du personnel extrêmement formé, des fonctions bien spécifiques qu'on ne peut attribuer qu'à une échelle relativement grande, parce que sinon, on aurait une pénurie de personnel importante.

Par ailleurs, il faut probablement davantage aujourd'hui encore favoriser le maintien à domicile des personnes âgées avec des aides beaucoup plus spécifiques.

Je ne m'étendrai pas davantage à ce stade et vais laisser la parole à Christophe pour embrayer sur d'autres aspects.

Christophe Happe: Yves, merci d'avoir déjà répondu à pas mal de questions.

Je voudrais peut-être attirer votre attention sur

différents temps à distinguer. Je pense que c'est une chose de demander notre témoignage sur notre vécu de la crise. Vous l'aurez constaté, nous sommes effectivement allés un peu plus loin que la description de ce qui s'est passé ou de ce que nous vivons. Nous nous sommes déjà permis de formuler des recommandations. C'est sans doute déjà un deuxième temps.

Mais il est sans doute prématuré d'envisager ce troisième temps qui consisterait à étudier la faisabilité de toutes ces recommandations, voire leur opérationnalisation. Nous sommes très heureux de voir votre enthousiasme autour de ces différentes recommandations, mais il me semble effectivement excessivement compliqué de vous dire comment cela pourrait être mis en œuvre en pratique, en tout cas pour les recommandations portant sur le moyen ou le long terme. C'est vision 2030.

Je pense qu'une des recommandations que la commission ici présente pourrait formuler, c'est de nous associer à la construction et à l'élaboration concrète de ces différentes recommandations.

Un deuxième élément, sur les quelques réponses qui peuvent être apportées, je parcourrai peut-être une ou deux questions sur le secteur des maisons de repos. Je rejoins tout à fait mes collègues sur la question de la taille. Il est possible d'avoir une maison de repos d'une grande taille mais qui est organisée en unités de vie plus petites en tant que telles. Pour moi, les deux ne sont pas incompatibles. Mais il nous faut, à un moment donné, mutualiser une série de moyens.

Une question m'a été adressée quant à mon discours face à l'émission *Investigation* de mercredi. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de manquements dans le secteur public ou non marchand. Je dis juste qu'à un moment donné, il y a par définition une impossibilité d'enrichissement sur le dos des résidents, vu le statut. Ce risque ne peut pas être totalement écarté dans une activité plus commerciale en tant que telle, ce qui n'empêche pas sans doute qu'il y ait des institutions commerciales tout à fait respectueuses des résidents.

Mais en tout cas, dans le secteur public et non marchand, ce risque est par définition écarté, puisque l'enrichissement n'est pas possible. Il n'y a pas d'actionnaire en tant que tel derrière. Je pense que tout euro qui peut être épargné, mutualisé, est d'office réinvesti au service des résidents, ce qui permet parfois d'ailleurs de dépasser les normes d'encadrement telles qu'elles sont financées et de mettre à disposition des ressources humaines et parfois matérielles complémentaires.

Donc, voilà peut-être un deuxième élément pour le secteur des maisons de repos.

Ensuite, j'entends un débat – tout à fait légitime – concernant le refus ou non d'hospitalisation. Du côté d'UNESSA, nous représentons 172 maisons de repos, que nous avons accompagnées durant la crise. Nous avons reçu deux témoignages d'un tel refus, qui se sont présentés sous deux formes différentes. Le premier consistait en un retour express à la maison de repos. Le second fut exprimé par le service d'ambulance qui a refusé de repartir de la maison de repos avec le résident. Voilà donc deux cas très concrets.

Nous avons déjà débattu des raisons de telles situations. Souvenez-vous aussi des premières recommandations adressées à l'ensemble de la population. Elles consistaient à indiquer que quelqu'un qui présentait des symptômes covid devait rester chez lui. Par définition, cette règle valait aussi pour le résident, si ce n'est qu'il fallait déterminer à partir de quand l'état de santé nécessitait une hospitalisation. Sans doute un flou en ce domaine a-t-il conduit à des situations dramatiques, dont j'ignore les conséquences réelles. En tout cas, cette situation a poussé les maisons de repos et les hôpitaux à convenir ensemble, au travers d'une circulaire, avec le soutien des autorités régionales, qu'il n'était pas admissible de ne pas hospitaliser un résident si son état de santé le nécessitait.

Au début de la crise, nous observions aussi l'expérience en Italie, où les hôpitaux étaient surchargés. D'où une crainte et, peut-être, une "surapplication" des directives, qui fut, selon nous, locale et individuelle; et aucune autre directive, si ce n'est celle qui recommandait de rester chez soi à l'apparition des premiers symptômes. En tout cas, je n'ai eu connaissance d'aucune autre directive. Seuls deux cas de refus m'ont été rapportés, témoignant sans doute d'une mauvaise interprétation. Voilà pour le secteur des maisons de repos.

Le président: Monsieur Happe, veuillez m'excuser de vous interrompre, car je voudrais encore donner la parole aux représentants de GIBBIS et Femarbel. Je vous propose donc de reprendre contact pour savoir comment apporter une réponse aux questions qui n'en ont pas encore reçu. Je pense devoir passer la parole à présent aux autres organisations.

Christophe Happe: Monsieur le président, je vous comprends parfaitement. Aucun souci!

Le président: Merci de votre compréhension.

Patricia Lanssiers: Ik zal nog twee of drie punten aanhalen en dan geef ik het woord aan de heer Goemaere.

Ten eerste is het niet zo dat we aan de regering vragen om bijvoorbeeld een onderneming te creëren voor een strategische stock. We doelen meer op een ondernemingsklimaat. We hebben een draaiende stock nodig maar ook voldoende stockeerruimte, want die is niet altijd voorhanden in de verschillende instellingen.

In verband met de veldhospitalen herhaal ik dat er in Brussel een discussie is geweest over de schakelzorg. Als je bijvoorbeeld hotels inschakelt is er niet zozeer een probleem met de infrastructuur, maar wel met het personeel. Daar wil ik graag de nadruk op leggen. Met het oog op een mogelijke derde golf is er intussen in Brussel wel in schakelzorg voorzien. Laten we hopen dat we derde golf kunnen vermijden. We zullen alleszins alles op alles zetten.

Op federaal niveau zijn wij niet betrokken bij de taskforce vaccinatie. Maar we volgen wel op de voet op hoe de vaccinatie in Brussel geïmplementeerd wordt. Verder hebben we momenteel nog geen debriefing gehad over de crisis en de toekomst van de gezondheidszorg.

Dieter Goemaere: Ik dank u voor de gelegenheid om uw vragen te beantwoorden. Ik wil er eerst even op wijzen dat we nu nog volop in crisismodus zitten, we stellen een aantal diagnoses en doen aanbevelingen. Daarover moet worden overlegd met alle stakeholders, in de eerste plaats de instellingen die wij vertegenwoordigen. Vandaag hebben wij geen sleutel-op-de-deuroplossing, wel een aantal richtingen die men volgens ons uit moet.

Ik zal in dat kader ingaan op drie punten. Men stelde een vraag over de capaciteit voor covidzorg en reguliere zorg, met name of we die tegelijkertijd kunnen aanbieden. Wat we moeten onthouden uit de tweede golf is dat bepaalde activiteiten moeten kunnen worden voortgezet, ook als die planbaar of electief zijn. Er is geen zwart-wit onderscheid tussen gepland of dringend, wat vandaag gepland is kan morgen dringend worden omdat het niet behandeld werd.

Het is belangrijk dat er algemeen kader bestaat en we hebben dat nu met de niveaus van afschakeling. Binnen dat algemeen kader geven we lokaal flexibiliteit om de afschaling in te vullen, in functie van de beschikbaarheid. Het minimum is dat men zoveel mogelijk de raadplegingen moet behouden. Idealiter behoudt men ook het dagziekenhuis dat geen beroep doet op de ICU. Zo

kan men de diagnostische functie grotendeels behouden.

Idealiter komen we op langere termijn tot een zorgprogramma en een afschakelingsplan die echt geïntegreerd zijn in de normale werking, want het is weinig realistisch dat men een soort reservecapaciteit opzij kan zetten die we kunnen openen bij een crisis. Dat gaat niet werken want het personeel vormt de bottleneck. Personeel kan men immers niet in reserve houden.

Een geïntegreerd programma betekent dat er structurele samenwerking is tussen ziekenhuizen, maar ook met de eerste lijn, de collectiviteiten en alle betrokken zorgactoren. Op heel korte termijn hebben we eigenlijk niet veel keuze, we moeten inzetten op solidariteit en samenwerking. Het lijkt mij bijvoorbeeld niet echt een oplossing om personeel te transfereren in plaats van patiënten. Het zorgpersoneel werkt namelijk in teams en men kan daar niet gewoon iemand uit wegnemen om die in een ander team te plaatsen. Dat zal niet werken.

De solidariteit en de samenwerking tussen zorgactoren zijn dus belangrijk, maar ook de solidariteit en de samenwerking binnen onze samenleving zijn belangrijk. De meest efficiënte manier om covid te bestrijden is immers sociale contacten vermijden en voorkomen dat er meer patiënten in het systeem belanden.

Mijn tweede punt betreft het personeel. Wij willen inzetten op drie elementen. Het eerste element is waarschijnlijk het belangrijkste, met name de attractiviteit van het zorgkundig beroep verbeteren, niet door een betere verloning, maar door ervoor te zorgen dat het een aangenaam beroep is om uit te oefenen en dat er voldoende handen rond de patiënt zijn, zodat er ook tijd is om met de patiënt te spreken. Men moet de indruk hebben dat men zijn werk goed kan doen en dat men er genoeg tijd voor heeft.

Dat is rechtstreeks verbonden met de kwaliteit. Er zijn al een aantal inspanningen vooropgesteld, onder andere via het Zorgpersoneelfonds. Dit is natuurlijk het verhaal van de kip en het ei. Zolang er geen extra financiering is, kan men geen extra jobs aanbieden. Men moet het personeel dan ook nog vinden. Dit moet ook nog gevormd worden.

Het is belangrijk om de attractiviteit van het beroep voor de jongeren te verbeteren, zodat er meer jongeren voor studies van verzorgend personeel kiezen.

Een tweede element om de attractiviteit te verhogen is een betere verloning, maar we moeten

oplettend dat we geen concurrentie creëren. Vandaag zijn er verschillende competenties. Sommige Gemeenschappen en Gewesten, bijvoorbeeld in Brussel, moeten nog altijd beslissen of ze de verloning voor het zorgpersoneel op dezelfde manier gaan verhogen als het federale niveau. We moeten daar absoluut tot harmonisatie komen. Anders ontstaat er concurrentie tussen Gemeenschappen en Gewesten of tussen rustoorden en ziekenhuizen, tussen privé en publiek. Volgens onze organisatie kan dit totaal niet de bedoeling zijn.

Een derde element ligt misschien iets gevoeliger. Wij geloven dat een intelligente manier van delegatie van taken tussen zorgberoepen een signaal van waardering van de bevoegdheden en van de bekwaamheid van de zorgprofessionals is. Ik denk dat we daar niet bang voor moeten zijn. Dat betekent zowel van artsen naar verpleegkundigen, van verpleegkundigen naar zorgkundigen, van zorgkundigen naar logistieke assistenten en dergelijke meer. Dat betekent niet dat men zegt: jij mag die taak niet meer doen. Neen, men delegeert ze. Als er delegatie is, is er ook verantwoordelijkheid en is er ook controle op de goede uitvoering.

Een laatste element dat ik naar aanleiding van de vragen graag zou aanhalen is het ziekenhuislandschap en de financiering.

Op lange termijn is het uiteraard belangrijk dat we investeren in voldoende ziekenhuiscapaciteit, die ook voldoende bestaaf en gefinancierd is.

Ik wil even van de gelegenheid gebruikmaken om een illusie uit de weg te ruimen. De laatste jaren was er de hype dat minder ziekenhuisbedden de oplossing zouden zijn voor alle budgettaire problemen. Dat was toen geen goed idee, en vandaag is het vanzelfsprekend een nog veel minder goed idee. Ten eerste, er is geen link tussen minder ziekenhuisbedden en lagere budgetten, want leegstaande bedden worden vandaag niet gefinancierd. Een uitzondering is de sluiting van hele diensten of sites, want dan kan er op permanentie worden bespaard. Ten tweede, de zorgvraag stijgt, ze daalt niet. De ligduur vermindert, dat klopt, maar daardoor wordt gewoon de zwaarte van de opnames hoger. Er is dus geen budgettaire link tussen de mogelijkheid om eventueel een aantal ziekenhuisbedden te sluiten en het beheersen van de budgetten.

Ik wil ook de illusie wegnemen dat er één gemakkelijke oplossing is voor het hele probleem. Qua organisatie van zorgaanbod bijvoorbeeld, lenen sommige pathologieën zich wel tot zorgconcentratie, bijvoorbeeld complexe chirurgie

voor pancreas- en slokdarmtumoren, maar andere smeken net om een lokale toegankelijkheid, zoals het stabiliseren van een AVC.

Wat COVID-19 betreft, lijkt het ons dus beter om in te zetten op structurele investeringen in een zorgprogramma dat dergelijke pandemieën kan opvangen binnen het systeem en dat alle zorgactoren zo veel mogelijk includeert. Dat is het principe. Wij hebben nog geen sleutel-op-de-deuroplossing, maar we willen daar zeker mee over nadenken en structureel investeren in meer personeel rond de patiënt, zodat de bottleneck voor een stuk kan verdwijnen. Als we dat breder kader dan ook nog flexibeler kunnen inzetten, dan kunnen we waarschijnlijk beter inspelen op dergelijke onverwachte gebeurtenissen.

Ik rond af met de hervormingen. Meer samenwerking is evident. Er moet ook worden ingezet op netwerkvorming, zodat de herorganisatie van de zorg bottom-up kan gebeuren. We moeten daarbij ook respect tonen voor de lokale specificiteit en noden. De programmatiecriteria moeten pertinent zijn voor de betrokken pathologieën en onze financieringsmodellen moet daarop afgesteld zijn.

We gaan waarschijnlijk naar een mix van forfaitaire en prestatiegedreven financiering, maar dat is al een beetje uitwerking. De zorgsector ging in het verleden altijd gebukt onder verschillende besparingsronden. Dat was natuurlijk geen goede vertrekbasis om een crisis te bestrijden. Als we gaan voor een ambitieus zorgbeleid, dan zullen we eerst de sector moeten stabiliseren en ondersteunen en dan hervormen.

Er werden verschillende vragen gesteld over de covidcompensaties. Er zijn tijdig voorschotten geïnjecteerd. Die middelen waren voldoende en zijn vandaag ook voldoende om de sector nog altijd te ondersteunen op tesorievlak. Met tesorie koopt men natuurlijk niks. Op korte termijn kan men er de instellingen wel mee ondersteunen, maar wij moeten vandaag in onze afsluiting 2020 integreren wat we van die tesorie mogen houden. Een deel daarvan zullen we moeten teruggeven of misschien krijgen we een extra. Die afrekening moet echter wel gemaakt worden. Er is een groot engagement van de federale overheid en van de deelstaten geweest voor die compensaties om de meerkosten te dekken en om de vermindering van inkomsten deels te dekken. De federale overheid heeft wel degelijk gegarandeerd dat ze de normale staatstussenkomsten zullen garanderen, dus wat er normaal betaald wordt.

Wat is het probleem? Vandaag wordt echter ongeveer 19 % van de geneeskundige

verstrekkingen niet betaald door de Staat maar door andere partijen, dus door bijvoorbeeld de patiënt of private verzekeraars. Daar hebben we een beperkte compensatie, waardoor de ziekenhuizen vrezen voor onvoldoende compensaties, globaal genomen. Wij stellen voor dat we na de afsluiting van de jaarrekening 2020 een finale evaluatie uitvoeren. We kijken in welke mate de compensaties volstaan hebben. Als die niet volstaan hebben, vragen wij echt om die te vervolledigen. Deze situatie zal niet leiden tot onmiddellijke faillissementen, maar ziekenhuizen met een schuldenberg kunnen in de toekomst niet investeren. Dit zal een impact hebben op het toekomstige aanbod, op kwaliteit en misschien nog het meeste op innovatie. Wij pleiten er dan ook voor om tijdens deze regeerperiode te gaan voor hervormingen, nieuwe maatregelen die essentieel zijn om de financiële gezondheid van de ziekenhuizen te herstellen.

Er is heel wat geïnvesteerd in de zorg, er is met andere woorden heel wat engagement getoond om te investeren in de zorg. Dat zijn voor de ziekenhuisbeheerders echter *ins* en *outs*. Dit zijn belangrijke *ins* en belangrijke *outs* voor bijvoorbeeld ons personeel, maar het zal de financiële situatie van onze ziekenhuizen niet veranderen. We pleiten dus voor hervormingen om de financiering te organiseren, zodat financiële prikkels zorgen voor een optimaal efficiënte organisatie van de zorg. De financiering zal waarschijnlijk ook meer op de meer integrale zorgbenadering afgestemd moeten worden. Alle zorgactoren moeten ook verantwoordelijk worden gemaakt voor de middelen die ze beheren. Het is toch niet logisch dat ziekenhuisbeheerders tekorten moeten aanvullen met afhoudingen op honoraria die eigenlijk voor de artsen bestemd zijn.

We hebben geen nood aan een nieuw softwaresysteem, maar aan een correcte financiering van onze IT in het geheel. Vandaag kost de IT ongeveer 500 miljoen euro in de ziekenhuizen. Dit werd ingeschat door Zorgnet-Icuro. Er is in een budget van 58 miljoen euro voor voorzien in ons Budget van Financiële Middelen. Dat is iets meer dan 10 %. Daar moeten we het mee doen.

Vincent Fredericq: Monsieur le président, ce qui est très pratique au Parlement bruxellois - puisque maintenant j'ai presque un guide du routard des commissions spéciales - c'est qu'il y a un compte à rebours qui se trouve devant les intervenants. On décompte le temps et vous voyez le nombre de secondes qu'il vous reste. C'est très pratique.

Ceci étant dit, un grand merci pour l'attention qu'a consacré la commission à nos interventions à tous.

Le nombre de questions en témoigne. Je vais donc essayer d'être aussi synthétique que clair.

En ce qui concerne le matériel, une question a été posée sur le sujet suivant. "Vous aviez reçu des signaux d'alerte au mois de février. En avez-vous averti les autorités de tutelle?" La réponse est oui. Nous avons eu, nous, en tant que fédération, vraiment la chance de pouvoir mettre la main sur deux lots de matériel qui, je le répète, étaient conformes. Après il faut savoir qu'au niveau d'Iriscare et de l'AViQ, on a aussi avancé en même temps, et les premières livraisons sont arrivées quasi simultanément. Je pense vers le 27. Il y a eu une anticipation des problèmes de la part des instances de tutelle. Mais le temps qu'elles passent les marchés publics, il y a eu ce *gap* de disponibilité de matériel.

En ce qui concerne les stocks, à ma connaissance, il y a bien un stock fédéral. Il y a eu un engagement de la part des entités fédérées d'avoir un stock régional centralisé. Je rappelle qu'au niveau de Bruxelles, les maisons de repos bruxelloises ont été tenues de constituer un stock d'un mois de matériel de protection *sensu lato*. C'est donc tout le panel avec les blouses, etc. Je précise que ce matériel de protection a été fourni gratuitement par Iriscare. Le stock a été fourni gratuitement par Iriscare.

En Wallonie, il s'agit d'un stock stratégique de trois mois. Il y a eu un certain nombre de livraisons. La manière de le rendre tournant doit encore être mise au point. Je signale qu'Iriscare a créé, avec l'accord du Collège réuni bien sûr, une centrale d'achats et un contrat avec la firme Deltrian sur un appel au fur et à mesure des besoins. En Wallonie, il n'y aura pas de centrale d'achats mais on a eu des discussions avec les hôpitaux pour voir dans quelle mesure les maisons de repos ne pourraient pas s'intégrer dans certaines centrales d'achats hospitalières. Les discussions vont se poursuivre et reprendre au printemps.

Pour l'oxygène, je confirme tout à fait le propos de M. Geboers. Il y a eu en effet un problème à un moment donné avec ces établissements qui conservaient le matériel. J'ai assisté à des groupes de travail virtuels avec des échanges de tirs assez violents de l'Agence fédérale des médicaments sur l'industrie. Entre-temps je pense que la situation s'est améliorée et normalisée.

En ce qui concerne les tests: refus de tester par exemple les nouveaux arrivants, les stagiaires, etc. C'est une information qui nous a été donnée par les tutelles wallonnes qui ont demandé en conférence interministérielle que ces catégories de personnes soient testées (les nouveaux membres du

personnel). Il semblerait que cette demande n'ait pas été suffisamment soutenue par les autres entités fédérées, ce qui fait qu'au final, cela n'a pas passé le cap de la conférence interministérielle. Il est évident, en ce qui concerne l'absence de publication des plans de 2009, que si ceux-ci avaient été mis en œuvre, on aurait disposé du matériel parce que l'on aurait calé un budget. Par essence, le manque à la fois de mise à la connaissance des plans et de concrétisation de ceux-ci a posé de très graves préjudices.

En ce qui concerne les questions de mise en réseau et de collaboration: c'est un élément sur lequel nous allons devoir réfléchir. Il y a un intérêt majeur à ce que ces collaborations informelles mises en place en urgence entre hôpitaux et maisons de repos - mais il faut aussi intégrer la première ligne - puissent faire l'objet d'une certaine structuration. Par exemple, pour la distribution des vaccins, on a désigné un certain nombre de *hubs* hospitaliers et on leur a désigné un certain nombre de maisons de repos dans une zone territoriale plus ou moins proche. Je ne dis pas que c'est ce territoire-là qui doit être pris, mais quelque part, il y a une forme de proximité qui pourrait mener à des solutions. Une plus grande intégration des différents opérateurs de soins au sens large, c'est quelque chose que nous devons immédiatement favoriser.

Pour les hospitalisations, je confirme bien ce que j'ai dit et déclaré: j'ai l'intime conviction qu'il n'y a jamais eu de directive d'interdiction donnée. Je l'ai confirmé aux autres commissions et je le répète dans mon intervention. Il y a bien eu, comme le disait Christophe Happe, des situations individuelles. Personnellement, je pense fondamentalement qu'il y a un climat qui s'est instauré dans la situation de crise. Il y a eu des circulaires dans certaines entités fédérées, à Bruxelles notamment, disant que dans toute la mesure du possible, les hospitalisations ne devaient être envisagées que lorsque c'était strictement nécessaire. Bon! Il y a des médecins traitants qui ont sans doute beaucoup hésité. Il y a cette fameuse directive de la société de gérontologie.

Toujours est-il qu'il y a eu un certain nombre de problèmes individuels, non généralisés, qui ont poussé à ce rappel, dans cette circulaire, de principes éthiques élémentaires.

J'en viens aux grandes structures par rapport à ce que l'on appelle communément maintenant, même chez les francophones, le *kleinschalig wonen*. Pourquoi les petits établissements ont-ils disparu? Tout simplement, parce que, avec l'évolution des normes, ils se sont retrouvés dans une situation où

ils ne pouvaient plus s'adapter. Pour construire une nouvelle maison de repos, il faut obligatoirement avoir au minimum une centaine de lits. Le problème d'adaptation des petites maisons de repos pose un problème de proximité dans des régions moins urbanisées. Il faudrait donc avoir un certain nombre de réflexions à ce sujet.

J'en arrive ainsi à la question qui est censée me fâcher, la question des prix. Il faut être relativement clair. En un peu plus de dix ans, les coûts de construction ont augmenté de presque 20 %. Aujourd'hui, j'observe un sérieux problème d'accessibilité lié au prix qu'on est strictement obligé de demander même quand on est un CPAS. La nouvelle maison de repos du CPAS de Bruxelles qui s'est ouverte demande 74 euros par jour. Et je ne pense pas que ce soient des voleurs. Ce sont des prix qui sont justifiés économiquement. La question de l'accessibilité doit se régler, le cas échéant, grâce à l'intervention du pouvoir public en matière de soutien aux personnes, mais pas pour permettre à ceux qui ont parfaitement les moyens de payer le prix normal de l'hébergement de se faire subsidier, peut-être par des résidents de la commune qui sont moins fortunés.

Pour ce qui concerne les grands groupes cotés en bourse, je suis prêt à avoir un débat complet à ce sujet et sans tabou. Toutefois, l'émission qui a été diffusée était intellectuellement malhonnête. Il a été question de 3,9 euros pour le *food cost*; c'est entièrement faux. En règle générale, il est plutôt question de 5,6 à 6 euros. Vous me demanderez comment il est possible de nourrir une personne avec 6 euros par jour. Quand on sert entre 400 et 500 000 repas par jour, dans certains groupes, les discussions se font, par exemple, directement avec Danone. Je crois pouvoir dire que le prix qui leur est demandé pour des yaourts n'est pas le même que celui affiché dans les magasins.

S'il fallait une discussion ouverte, je suis tout à fait ouvert à la faire, mais le temps va manquer.

En ce qui concerne la question des vaccins et l'implication dans la task force fédérale, nous ne sommes pas impliqués dans celle-ci mais par exemple, en Wallonie, nous avons une réunion hebdomadaire de contact avec le cabinet et l'administration. À cette occasion, depuis que l'opération de vaccination a commencé à être préparée, nous sommes en contact soit avec M. Yvon Englert, soit avec le docteur Stamatakis qui est son adjoint direct au Commissariat spécial covid. Nous avons donc bien des contacts réguliers hebdomadaires qui nous permettent de suivre la situation en Wallonie. À Bruxelles, nous avons aussi des contacts tout à fait réguliers. Nous ne

ressentions donc pas personnellement le besoin d'intégrer la task force.

Par contre, je vais revenir sur un point important en réglant immédiatement la question des vaccins commandés en trop. En effet, à Bruxelles, on a attiré notre attention sur le fait que certains établissements commandaient des doses supplémentaires et qu'il en restait. On vaccine ainsi les pompiers volontaires à Bruxelles avec le surplus. Il est arrivé qu'avec le nombre de personnes pour lesquelles un vaccin était commandé, on ait des vaccins en excédent. En fonction des disponibilités dans la maison, on a vacciné du personnel qui acceptait de se faire vacciner ou, en règle générale, on a contacté les médecins traitants qui fréquentent régulièrement l'établissement.

Je ne parle pas des seringues *parties* qu'on a pu organiser dans certains établissements isolés pour inviter les amis à se faire protéger. Je suis intervenu auprès des tutelles en disant qu'à ce moment-là, ces personnes ne devaient pas recevoir la deuxième dose.

Un point essentiel, mesdames et messieurs, c'est que si on n'arrive pas à un taux d'immunité collective, à un niveau de vaccination suffisant du personnel soignant qui permette de créer une immunité collective dans l'établissement et qui permette, surtout, à l'établissement de retrouver une vie plus normale, je demanderai, et je ne serai pas le seul, de rendre la vaccination obligatoire, en tout cas pour le personnel des établissements de soins. Je reviendrai certainement sur ce point. Ce qui est interpellant, c'est qu'il semblerait que le pourcentage d'acceptation en Flandre soit beaucoup plus important tout comme le pourcentage d'acceptation chez le personnel hospitalier.

Pourquoi? Je n'ai pas d'explication scientifique mais je pense que je m'expose à un moindre risque de refuser, de manière inopportune et irrationnelle, une vaccination qui est efficace et sûre car, personnellement, je ne fréquente pas les réseaux sociaux.

En ce qui concerne la structure de l'État et l'offre d'intervenir en tant qu'État fédéral comme structure de coordination, cette question a été posée dans les autres instances sur cette proposition d'Erika Vlieghe, si ma mémoire ne me trahit pas. Je me souviens qu'au Parlement wallon, on a donné lecture du projet de procès-verbal de cette réunion où cela n'était pas vraiment venu comme une offre. La conclusion était rédigée en anglais comme ce n'était qu'un projet: les Régions feront *as they please*. Voilà la conclusion!

Sur une septième réforme de l'État, c'est évidemment ouvrir la boîte de Pandore. J'ai parlé d'une révision de la loi spéciale de financement. Il est évident que si d'autres compétences sont transférées, il faudra une révision de la loi spéciale de financement. C'est clair! Maintenant, tout ce que je peux dire, c'est que, si je prends ma qualité de membre du comité de direction d'une fédération flamande, si je coupe mon cerveau en deux et que je prends mon hémisphère nord, je dis qu'en fait, il y a une cohérence qui se crée au niveau flamand pour avoir et reprendre plus de compétences, avec des moyens qui sont disponibles. Si je prends mon hémisphère sud de secrétaire général, je dis attention car des Régions n'auront pas les moyens de leurs ambitions et que, pour l'instant, en particulier en termes de vieillissement, la politique de maintien à domicile est largement ou en partie supportée par l'État fédéral puisque les soins à domicile demeurent de financement fédéral, alors que l'aide est de financement régional. Ce n'est pas ma responsabilité mais il est clair que c'est une chose qui ne manquera pas d'intérêt quand on en rediscutera. Nous n'avons pas été contactés par les deux ministres mais, pour moi, comme on le disait dans un film américain, *le ciel peut attendre*.

On a parlé du personnel, de la pénurie des formations et de l'emploi. En ce qui concerne la pénurie de personnel, je rejoins tout à fait ce que Dieter Goemaere a dit. Il n'y a pas que l'argent qui compte. Le sens qu'on donne à son travail est aussi essentiel. Les gens ont beaucoup travaillé partout, pendant des mois pendant cette crise. Pourquoi? Parce que ce que l'on faisait avait du sens. Essayer de donner un sens en permettant aux différentes catégories de personnel de mieux se réaliser dans leurs compétences, c'est important, de même qu'avoir une véritable étude de la charge de travail, pas à la minute, mais en posant la question de savoir comment on peut permettre aux gens de réaliser au maximum leurs compétences.

Cela pourrait déjà donner une certaine attractivité à la profession.

Pour ce qui est des pénuries de personnel, j'ai assisté à une réunion houleuse avec les différents ministres fédéraux à propos du projet de réquisition du personnel. Je pense que les organisations syndicales n'étaient pas de très bonne humeur ce jour-là. Je crois que nous pouvons y réfléchir. Comme le disait Yves Smeets, il est clair que s'il n'y a pas de formation continuée, cela ne sert à rien de créer une réserve.

En ce qui concerne les menaces pour l'emploi, et le développement de l'emploi, je dirais, pour

conclure, que la sécurité sociale, la protection de la santé, c'est un choix de société. On donne des priorités dans ce choix de société ou on les donne moins, en fonction de ses moyens ou en fonction des décisions qu'on prend. On parle d'augmenter l'encadrement du personnel. Si vous regardez la situation au Grand-Duché de Luxembourg – évidemment ce n'est pas un pays qui est dans la misère la plus noire – ou aux Pays-Bas, vous verrez qu'on finance le double de personnel au chevet du patient dans les équivalents des maisons de repos.

J'ai essayé de répondre le plus brièvement possible, et dans le délai. Je me tiens évidemment à la disposition de la commission si elle souhaite être plus éclairée. Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Je vous remercie aussi, monsieur Fredericq, et tous les autres intervenants.

Erg bedankt voor jullie uitgebreide toelichtingen.

U zult nog een woordelijk verslag van deze vergadering ontvangen, waarin dus ook alle vragen opgenomen zijn. Wanneer u vaststelt dat bepaalde vragen mogelijk niet beantwoord zijn of nog extra informatie behoeven, dan kan uw antwoord altijd nog via het commissiesecretariaat bezorgd worden. Wanneer leden nog vragen hebben, dan verneemt u dat zeker en vast ook.

Nogmaals dank ik u van harte. Ik wens u een prettig weekend.

La réunion publique de commission est levée à 15 h 30.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.30 uur.