

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

du

VENDREDI 29 JANVIER 2021

Après-midi

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

van

VRIJDAG 29 JANUARI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.42 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 42 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met:

- de heren **Paul d'Otreppe, voorzitter, en Eric Christiaens, bestuurder BVZD en algemeen directeur AZ Vezaïus Tongeren;**

- de heer **Renaud Mazy, voorzitter, en mevrouw Chantal De Boevere, algemeen coördinator van de Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België (RUZB).**

Audition de:

- **MM. Paul d'Otreppe, président, et Eric Christiaens, administrateur ABDH et directeur général de l'AZ Vezaïus Tongeren;**

- **M. Renaud Mazy, président, et Mme Chantal De Boevere, coordinatrice générale de la Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB).**

De **voorzitter**: Ik verwelkom de heren Paul d'Otreppe, voorzitter, en Eric Christiaens, bestuurder BVZD en algemeen directeur AZ Vezaïus Tongeren. Zij zullen een inleiding geven op basis van de vragen die ze vooraf van ons hebben gekregen.

Paul d'Otreppe: Monsieur le président, mesdames et messieurs les parlementaires, je vous remercie de me donner la parole et, surtout, d'avoir créé cette commission d'enquête. Si, dans la plupart des commissions d'enquête, on attend la fin des événements, nous sommes ici à dix mois de leur début et probablement à huit autres de la fin de cette pandémie - le temps que tout le monde soit vacciné. Je trouve déjà remarquable qu'une commission d'enquête se pose déjà cette question maintenant.

L'Association belge des directeurs d'hôpitaux est une association de directeurs. Il faut être directeur actif d'un hôpital pour en être membre, et ce, bénévolement. Aujourd'hui, près de 85 à 90 % des hôpitaux y sont représentés. Comme vous le voyez sur la carte, notre association est belgo-belge.

Nous avons voulu une association qui défende clairement l'ensemble des hôpitaux - aussi bien publics que privés, néerlandophones que francophones et germanophones, universitaires ou non. L'idée est d'avoir une plate-forme professionnelle de directeurs d'hôpitaux - ce ne sont donc pas les établissements, mais leurs directeurs, qui sont représentés -, qui puissent expliquer comment se déroule la situation sur le terrain et les former en termes de leadership en indiquant la nécessité de disposer d'outils de gestion pour anticiper les changements qui se profilent à l'horizon. Très clairement, la pandémie en représente un.

Ensuite, nous défendons le principe que c'est l'excellence qui prime. Nous ne sommes pas simplement là pour prodiguer des soins de santé ou les organiser à disposition des patients, mais surtout pour apporter les meilleurs soins de santé. Tout cela passe par un débat autour de l'innovation. Nous organisons des journées d'études et des voyages d'études pour former les directeurs. La question est: "Quoi pour demain?"

Pour savoir où nous nous situons dans la carte de tous les gens que vous avez certainement interrogés au sein de votre commission d'enquête, nous avons les fédérations hospitalières. L'ensemble des hôpitaux sont associés à une fédération: Zorgnet (néerlandophone), GIBBIS (principalement pour Bruxelles), Santhea (qui va de la Wallonie publique vers Bruxelles) et UNESSA (qui va de la Wallonie associative privée vers Bruxelles). Cette carte de représentation des

hôpitaux reprend les acteurs d'un débat aussi bien régional et communautaire que philosophique.

En bas à gauche du plan, vous voyez les syndicats de médecins. Ce sont les médecins qui se trouvent sur le terrain, autrement dit: notre première ligne dans l'hôpital et en dehors de celui-ci. Cependant, ils ne sont pas tous au fait de la gestion de la crise, puisqu'ils en ont un seul point de vue. Il est clair que les instructions passent par les gestionnaires.

En haut à droite, vous voyez les représentants des patients, en l'occurrence les mutualités chrétiennes (...), puisque tout Belge est supposé être affilié à une mutuelle. Notre personnel est représenté dans les délégations syndicales, en haut à droite.

Mais à qui étaient destinés tous les courriers que les autorités et tous les acteurs de cette crise envoyaient? Clairement à des directeurs d'hôpitaux, à des médecins chefs. L'association des médecins chefs est *splitée* entre néerlandophones et francophones. J'ai appris avec grande joie qu'ils avaient été invités prochainement. Elle a été un des acteurs majeurs dans l'explication de la manière dont les choses se sont organisées.

Puis ce sont les infirmiers et vous avez reçu récemment l'UGGIB. Puis ce sont les hôpitaux universitaires. On retrouve clairement dans ce plan l'ensemble des acteurs.

BVZD-ABDH, ce sont bien des directeurs, des associations professionnelles. Nous sommes plutôt orientés sur l'avenir et sur la santé de demain. Nous aurons un vocabulaire ou une façon d'appréhender les choses qui tournera autour de "notre futur" plutôt que la situation du passé ou des problèmes actuels. Nous essayons de gérer de façon globale - c'est un débat de stratégie - et locale parce que nous sommes tous à la tête de nos hôpitaux. Cela veut dire que nous avons une idée relativement fidèle de ce qui s'y passe.

Je ne vais pas me lancer dans un plaidoyer de ce que représente l'association, ce serait peut-être long et ennuyeux pour vous. Vous êtes appelés à analyser la crise covid. Nous avons essayé d'élaborer un petit cheminement pour parvenir aux premières réponses aux questions que nous avons reçues; tirer aussi quelques conclusions sur les difficultés rencontrées par d'autres. Ce sera déjà un premier éclairage, ce qui vous permettra soit de nous interpeller à nouveau sur des points précis, soit de nous poser d'autres questions, auxquelles nous pourrons vous répondre en direct à la fin de cette séance, ou plus tard.

La première problématique amenée dans votre

questionnement était l'anticipation et la gestion de la crise sanitaire de grande ampleur au niveau fédéral. Vous demandiez quelles sont les principales difficultés que nous avons rencontrées pour gérer la pandémie. Quelles sont les causes des problèmes rencontrés? Quelles sont nos recommandations concernant la gestion de la crise? De quelle façon cela a-t-il été préparé? Pourquoi n'avons-nous pas réagi par rapport à 2008 et au fait que les stocks stratégiques n'étaient plus là? Quelles leçons peut-on déjà tirer de la crise sanitaire, pour autant qu'on puisse déjà en tirer, vu qu'on est seulement, je dirais, à 60 % de la pandémie? Voilà à peu près les questions.

Clairement, on a plutôt assisté à une réaction au niveau du terrain. On était face à deux possibilités: soit, un plan pandémie que j'appellerais exhaustif, qui aurait anticipé la totalité de ce qu'on a découvert à partir du mois de mars; soit, un plan pandémie partiel, ce qui était typiquement la situation dans laquelle on se trouvait. En fait, au moment où on se situe, la préparation est dépassée. Entre 2008 et 2020, il y a eu, je pense, 12 gouvernements qui ont, de façon relativement variable, préparé le débat de la pandémie.

Nous ne nous posons pas tellement la question de savoir si le gouvernement actuel a fait ce qu'il fallait. On se pose la question plutôt de savoir ce que l'on va faire demain, et certainement au départ du Parlement, pour que la prochaine pandémie (en 2035, disons) soit combattue avec succès sur la base de nos apprentissages de la pandémie 2020 et de ce que nous aurons fait demain matin et dans les prochaines années. Car un plan pandémie, cela prend des années. C'est donc dans la tranche 2021-2025 que l'on doit voir apparaître le plan pandémie qui fera qu'en 2035, tous les Belges vous féliciteront d'avoir appris les bonnes leçons des événements actuels.

Face à la pandémie, la première réaction d'un directeur d'hôpital, c'était son plan d'urgence. Était-il suffisant? Non. La situation dans laquelle nous nous sommes retrouvés était comparable au tsunami de 2004. Tout le monde savait que cela existait, mais tout le monde l'a appris ce jour-là. Aujourd'hui, tout le monde a appris pendant les premiers mois de 2020, que l'interprétation de ce qui allait arriver n'était pas adéquate et qu'on a sans doute sous-évalué la situation.

On ne peut pas dire qu'il n'y avait rien puisque les plans d'urgence étaient là et qu'ils ont été appliqués dès les premiers éléments. Mais nous n'avons eu que quelques semaines de préparation. L'accréditation est aussi un élément important. Elle est obligatoire en Flandre; elle est volontaire à

Bruxelles et en Wallonie. L'accréditation est une forme de préparation, mais pas suffisante par rapport à l'enjeu; c'est ce que nous découvrons aujourd'hui.

Il y a des questions au sujet du stock. La stratégie des stocks est nécessaire et doit être dynamique. C'est absolument indispensable. Mais cette stratégie doit être anticipée avant la crise et déclinée à tous les niveaux. En gros, si vous partez d'un consommateur tel que l'hôpital, vous pouvez assez facilement évaluer tous les moyens de protection dont vous disposez en cas de pandémie et savoir ce que vous consommez. Quand je connais la date de péremption des produits que j'utilise et la quantité dont j'ai besoin pour les remplacer, je peux clairement envisager les choses au niveau des stocks. Ces stocks peuvent se retrouver dans l'hôpital et, certainement demain, auprès des réseaux, des Régions et au niveau fédéral. Mais n'oubliez pas que ces stocks n'ont de sens que s'ils sont approvisionnés dans des volumes leur permettant d'évoluer. Aujourd'hui, même en apprenant des expériences précédentes, personne n'a imaginé qu'il faudrait des stocks aussi importants et qu'ils n'auraient suffi que pour les premières semaines!

Un plan d'urgence exhaustif préalable: oui. En effet, cela existe. J'ai pris l'exemple de Singapour. On a demandé à deux directeurs. L'un vient du Limbourg qui a clairement été le premier à subir le tsunami de la première vague. L'autre vient de Namur qui a probablement été la plus épargnée lors de cette dernière, mais qui s'est probablement retrouvée dans la même situation que le Limbourg lors de la deuxième vague. Selon nous, il était intéressant de vous faire bénéficier de l'expérience de deux directeurs généraux qui ont vécu, chacun à leur façon, les deux vagues.

Il faut rappeler qu'on doit juger une situation par rapport à la réalité qu'on connaît au moment où on prend la décision. Souvent, on se rend compte que les gens font des interprétations parce qu'ils connaissent la conclusion.

Aujourd'hui, je n'ai toujours pas de boule de cristal. En tant que gestionnaire, je n'ai toujours pas une connaissance parfaite de ce qui se passera demain. Je ne peux juger que sur la base de ma préparation et de ce que je connais aujourd'hui. Et, aujourd'hui, on préfère dire qu'on peut juger de ce qu'on fera lors de la prochaine pandémie, mais qu'on n'est pas là pour porter des attaques quelconques contre les uns et les autres. Je pense que tout le monde s'accorde à dire que chacun a fait ce qu'il fallait en fonction des moyens et des informations dont il disposait au moment où il a pris la décision.

Comme tout le monde, on prend des bonnes ou des mauvaises décisions mais, de fait, ce n'est pas un métier facile. Je prends un exemple parce que l'association belge est une association très curieuse qui va voir un peu dans le monde entier, que ce soit au Canada, aux États-Unis, à Singapour, etc. Nous avons regardé ce que faisaient nos collègues à Singapour. Pourquoi certains pays étaient-ils plus avancés? Pourquoi la réponse de certains pays pourrait-elle être meilleure que celle que nous avons vue chez nous? Sans vouloir dire "comparaison n'est pas raison", c'est de dire, oui, en 2013, à Singapour, le débat relatif au vieillissement de la population, qui est un débat qui nous intéresse aussi, était déjà présent chez eux.

Les maladies chroniques constituent un débat très important en Belgique, puisqu'on reproche un peu au monde hospitalier de faire une espèce de mélange entre l'aigu et le chronique. C'est d'ailleurs un des problèmes qu'on a dans la réponse à ce genre de pandémie. Comme on a tout mélangé, la non-préparation de la structure hospitalière à ce genre de débat est aussi un problème qu'on a rencontré.

L'émergence des maladies infectieuses dans les pandémies était déjà un débat sur la table en 2013 à Singapour. On se dit donc qu'ils avaient senti les signaux un peu plus fort que le reste du monde. L'Asie les avait mieux appréhendés. Le financement de la sécurité sociale était un élément important. Il est intéressant de voir qu'en 2013, ils avaient créé un centre national pour les maladies infectieuses.

Je dirais que, si votre commission veut lancer les débats pour l'avenir, un organisme qui prévoit ce que va être la réponse dans toutes les modalités... Car, aujourd'hui, avec la pandémie covid, on a connu une modalité d'une pandémie. On n'a pas connu toutes les formes possibles. Je pense donc qu'il faut voir en termes de logigramme quels seront exactement les différents cas qui vont se poser à nous. Et, en fonction de cela, il faut déterminer la meilleure anticipation. Cela ne s'arrête pas au débat des masques qui a été très présent en Belgique, du *testing* ou autres. Mais c'est bien la réponse structurelle d'un secteur avec des capacités hospitalières de grande envergure – Singapour a plus ou moins la taille de la Flandre –, et des capacités de soins intensifs. Tous les débats étaient déjà sur la table. C'est aussi la création de laboratoires nationaux, le centre de *screening* et l'intégration de toute la recherche et développement et de tous les acteurs.

Il est relativement important de pouvoir le dire.

Aujourd'hui, nous sommes, grâce à vous, probablement au jour zéro d'un nouveau modèle qui permettra qu'en 2035, nous nous féliciterons de ce qui a été fait.

Je passe maintenant la parole à mon collègue pour la suite.

Eric Christiaens: Er waren geen internationale contacten met gelijkaardige instellingen, met ziekenhuizen. Zoals iedereen hebben we voor het eerst gehoord van de pandemie via de media, eerst over de problemen in Wuhan en later hebben we de beelden uit Italië gezien. Toen hebben we vastgesteld dat ook wij de nodige problemen gingen krijgen. Maar hier hebben we geen contact over gehad met het buitenland.

Zoals de heer d'Otreppe heeft gezegd, zou er een soort controletoren of een waaksysteem moeten zijn om op nationaal niveau in de gaten te houden wat er zich afspeelt. Een pandemie is per definitie nooit lokaal. Het virus houdt geen rekening met de landsgrenzen. Er zijn ook geen lokale oplossingen voor internationale problemen. We zullen dus meer moeten inzetten op een internationale aanpak met een internationaal waaksysteem.

Op 27 februari 2020 hebben we de eerste officiële nota gekregen van het Agentschap Zorg en Gezondheid, waarin enkele richtlijnen werden gegeven over de aanpak van COVID-19. Vanaf 8 maart is er een *case definition* gekomen: daarin werd vastgelegd vanaf wanneer je kan spreken van een covidpatiënt. Die *case definition* is later regelmatig aangepast. Op vrijdagmiddag 13 maart is de nota gekomen van het comité Hospital & Transport Surge Capacity, dat intussen geactiveerd was, dat we in lockdown gingen. Alle patiënten die ingepland waren voor maandag, hebben we dan afgebeeld. Dat was de officiële, schriftelijke start van de lockdown.

Jammer genoeg hebben we heel snel vastgesteld dat we geen aangepaste structuren hebben, dat de governance van de zorg in ons land niet goed is in snel handelen en snel beslissingen nemen.

Er zijn verschillende organen. Ik laat in het midden hoeveel instanties en hoeveel comités, conferenties, vergaderingen ons instructies hebben gegeven. Comités, conferenties en dergelijke die dan ook nog eens regelmatig zijn gewijzigd, qua naam of qua inhoud of qua deelnemers. Net leadership is in een crisissituatie heel belangrijk. Een crisissituatie vergt snelle beslissingen. We hebben nu eenmaal een complex land, we zijn zodanig georganiseerd dat heel veel actoren hun mening moeten geven over de aanpak. Dat is natuurlijk goed, want dan heeft men

altijd wel breed draagvlak, maar dat vergt ook heel veel tijd. Het is goed dat er interministeriële conferenties bestaan om overleg te hebben tussen al de bevoegde instanties, maar elk overleg vraagt tijd en daardoor gaat het veel trager dan noodzakelijk is om op het terrein te kunnen ageren.

Vorming en ervaring die noodzakelijk zijn voor de crisissen, zijn aanwezig op verschillende niveaus, maar niet noodzakelijk in de bestaande structuren. Ik neem een voorbeeld uit de ziekenhuizen. Wij hebben een directiecomité. Normaal stuurt het directiecomité het ziekenhuis aan, maar in een crisisperiode wordt dat directiecomité vervangen door een coördinatiecomité of een crisiscomité waar de directie weliswaar aanwezig is, maar ook heel wat andere mensen die specifieke competenties hebben die noodzakelijk zijn. De macht of de hiërarchische positie van de directie wordt vervangen door dat comité, omdat daar de ervaring en de kennis en de kunde is. Op overheidsniveau hebben wij het gevoel dat vastgehouden wordt aan de bestaande structuren, eerder dan aan beschikbare competenties. Dat is een nadeel.

Ook nog essentieel bij een dergelijke crisis is een goede samenwerking tussen de eerste lijn – de huisarts, de apotheker, de rusthuizen – en de tweede lijn, de ziekenhuizen, en de derde lijn en dergelijke. Maar daar zien we ook grote verschillen in de organisatie tussen de Gemeenschappen. In Vlaanderen hebben we de eerstelijnszones die daar bestaan, maar niet noodzakelijk gelijklopen met de structuren van de ziekenhuisnetwerken. Dat is jammer, maar goed, ze bestaan tenminste. In Wallonië is dat veel minder het geval. Wij hebben hier, in Limburg, zeker vanaf de eerste dag van de eerste golf heel nauw samengewerkt en dat is essentieel. Maar ook daar zijn flinke verbeteringen mogelijk, door dat beter op elkaar te laten aansluiten.

Er werden ook vragen gesteld over de beschikbaarheid en de kennis en kunde die er in huis is. Ziekenhuizen en woon-zorgcentra worden soms over dezelfde kam geschoren, maar in de praktijk is dat natuurlijk niet het geval. In de ziekenhuizen hebben we infectiologen en ziekenhuishygiënist en zowel de artsen als de verpleegkundigen zijn het gewoon om te zorgen voor een goede handhygiëne en om de zes gouden regels te respecteren. Dat is allemaal verankerd in een ziekenhuis. Mogelijk is dat in de woon-zorgcentra minder het geval. Wat dat betreft, waren we voorbereid op wat in dit geval noodzakelijk was, namelijk de hygiënemaatregelen.

Uiteraard hebben we uit de eerste golf geleerd. In de tweede golf is de bezetting erg hoog en is de

druk op de werkvloer erg groot, maar het aantal vragen dat we ons moeten stellen en de onwetendheid zijn veel minder groot. Zonder te spreken van een routine kunnen we toch wel stellen dat we in de tweede golf op een andere manier met de problematiek hebben kunnen omgaan op de werkvloer, aan het bed, dan in de eerste golf. En natuurlijk leren we ook nu nog bij voor een derde en eventueel een vierde golf, mochten die er komen.

Tussen de golven in hebben we ons vooral geconcentreerd op het personeel. Zoals de heer d'Otreppe daarnet zei, is er op het vlak van timing een heel groot verschil tussen de regio's. Wij hebben een heel heftige eerste golf gehad. Herinner u Sint-Truiden, dat heel snel in de media kwam als het ziekenhuis dat bijna werd overspoeld. Onze collega's in Namen begrepen op dat ogenblik niet wat er bij ons gebeurde, net als in Gent, waar het veel rustiger was dan hier.

Daarna hebben wij de tweede golf gehad, die hier dan weer wat later op gang is gekomen. Tussen die twee golven hebben wij ons vooral toegelegd op onze medewerkers. We hebben ervoor gezorgd dat ze de nodige rust kregen, dat ze niet alleen fysiek maar ook mentaal tot rust konden komen.

Wat de stockbreuken betreft en de vragen over de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmateriaal en medicatie. We zijn, althans hier, niet echt in de problemen geraakt. We hadden voldoende stock. We hebben natuurlijk heel veel gevallen gehad waar de dag van overmorgen problematisch was, maar gelukkig is het nooit de dag van morgen of vandaag geweest.

Er is wel heel veel creativiteit noodzakelijk geweest, er is heel veel gezocht naar oplossingen. Wij kregen oplossingen toegereikt van bronnen waaruit wij het nooit hadden verwacht. Zoals u weet, is er heel veel solidariteit ontstaan bij bedrijven, bij medewerkers, op het aandoenlijke af, van mensen die ons kwamen helpen en maskers kwamen brengen, die wij op bepaalde momenten hebben kunnen inzetten om comfort te bieden. Wij noemden dat geen chirurgische of FFP2-mondmaskers, maar comfortmaskers, omdat er, zeker in de eerste golf, ook bij onze medewerkers sprake was van angst en onzekerheid. De hele wereld is eigenlijk gek geworden op basis van beelden uit Italië. Die angst en onzekerheid zorgden ervoor dat er vragen werden gesteld over persoonlijke beschermingsmiddelen die wetenschappelijk niet noodzakelijk correct of relevant waren, maar waardoor wij toch het comfort van onze medewerkers hebben moeten verhogen.

Er zijn ook vragen gesteld over de inzet van de

ziekenhuisnetwerken. Zeker in de eerste golf is dat weinig tot niet concreet ingevuld, maar – daarover moeten wij eerlijk zijn – de covidcrisis is heel erg vroeg in het ontstaan van de ziekenhuisnetwerken gekomen. Die netwerken zijn er natuurlijk, zij bestaan op papier, maar voor onszelf was het duidelijk dat wij vijf tot tien jaar nodig hebben om die netwerken echt tot implementatie te brengen. De crisis is dus heel erg vroeg gekomen om nu al te zeggen dat de netwerken niet hebben gefunctioneerd. Integendeel, in de tweede golf zijn er veel meer nauwe samenwerkingen gekomen.

Wat betreft de leveringen en de verdeling van de beschermingsmaterialen en de pogingen die er zijn geweest om dat globaal aan te pakken, heeft de heer d'Otreppe er reeds op gewezen dat zo'n strategische stock absoluut moet worden aangelegd. Die stock is natuurlijk dynamisch, want hij mag nooit over datum gaan, maar dat is op zich vanuit logistiek oogpunt allemaal wel op te lossen. Wij kijken daarbij niet alleen naar wat en hoeveel wij ter beschikking hebben, maar ook welke productiemiddelen wij beheersen. Met 'wij' bedoel ik dan op zijn minst het Europees niveau. De pandemie was immers wereldwijd van toepassing, wat betekent dat letterlijk de hele wereld op hetzelfde ogenblik bestellingen plaatste voor een aantal beperkte artikels. In welke mate kunnen wij ons dan voorbereiden op voldoende stock om dat aan te kunnen, zeker voor een duur van nu al een jaar en straks anderhalf jaar? Een stock aanleggen zonder na te denken over de productiecapaciteit en de controle daarover, is dus geen oplossing. Het moet beide zijn.

Voor het ogenblik hebben wij geen exacte wettelijke bepalingen of dwingende richtlijnen over het gebruik van de persoonlijke beschermingsmiddelen. Wanneer moet een FFP2-masker gebruikt worden of wanneer moet materiaal met een nog hogere beschermingsgraad worden gebruikt? Dat is nu *learning by doing* geweest. Uiteraard zijn er wel enkele richtlijnen, want, zoals ik daarstraks al zei, de ziekenhuizen zijn in dat verband zeker niet het slechtst geplaatst om te weten hoe er met sanitaire maatregelen en hygiënemaatregelen moet worden omgegaan. Toch kregen wij vragen over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen die niet op *evidence* waren gebaseerd, maar op paniek, angst en onrust. Als ziekenhuizen hebben wij nooit mensen naar het zogenaamd front moeten sturen met onvoldoende middelen, want dat is in de ziekenhuizen niet gebeurd, maar op andere plaatsen is dat mogelijk wel het geval geweest. Er moet dus duidelijk worden bepaald wat er wanneer wordt ingezet.

Daarbij hoort ook het debat over de kwaliteit van de

personnelles des moyens de protection. In dat verband hebben wij ook heel veel problemen gehad. Op een bepaald moment hebben wij 150.000 mondmaskers besteld, die wel geleverd werden, maar centraal "in beslag genomen" werden, om beheerd te worden, ten eerste om verdeeld te worden in functie van de noden, nog tot daaraan toe, maar ten tweede ook voor de uitvoering van kwaliteitscontroles. De problemen in dat verband waren groot, omdat op voorhand niet duidelijk was wat gecertificeerde productie was en welke certificaten al dan niet betrouwbaar waren. Dat heeft vreselijk moeilijke situaties opgeleverd.

Paul d'Otreppe: Tout le monde a travaillé avec la peur au ventre, car on ne savait pas ce qui nous tombait dessus. Il a fallu apprendre à connaître le risque, l'évaluer.

Je me souviens de la première réunion qu'on a eue avec le gouverneur et le chef des urgences qui disait: "Je ne sais pas si nous serons tous vivants à la fin de cet événement." Je pense qu'il y croyait vraiment. Quand les médecins des soins intensifs commencent à être contaminés, qu'ils se retrouvent aux soins intensifs de leur propre service, qu'on doit les mettre dans un hôpital à côté parce que c'est traumatisant d'avoir vos collègues aux soins intensifs et de les voir intubés... C'était vraiment l'image de la première vague. On apprenait la pandémie. On essayait de voir et d'appréhender quel était le risque. Puis, il fallait faire en fonction des moyens pour s'en sortir. Je pense que la réactivité de nos collègues, qu'il s'agisse des médecins, des infirmiers, de tous les acteurs, a vraiment été incroyable. Le niveau de formation montre que c'est à ce moment-là que les gens peuvent démontrer toutes leurs connaissances pour amener la réponse la plus adéquate et la plus positive à la situation. C'est déjà un succès.

Par contre, lors de la deuxième vague, on avait appris à maîtriser la contamination. On savait comment réagir. On a organisé en 2019 le Congrès européen des directeurs d'hôpitaux à Gand. On a eu une délégation de vingt CEO chinois dont quinze avaient une taille de bassin de soins plus grande que la Belgique. Quand la pandémie est arrivée, la première chose qu'ils ont faite, c'est de nous envoyer leurs informations. Tout ce qui venait de Chine était en effet intéressant. On a pu se rendre compte que malgré tout ce qu'on a dit, les informations qu'on recevait arrivaient bien au niveau belge et au niveau européen. On a eu beaucoup de communications et d'échanges entre pairs. On disposait donc de pas mal d'éléments. On ne peut pas dire qu'on était à 100 % surpris. Les gens ont vraiment joué la solidarité.

J'en viens à un premier groupe de questions concernant l'organisation des capacités hospitalières et les liens avec les maisons de repos, dans notre façon de *versnippering*; j'aime bien le mot néerlandais parce qu'il s'agit vraiment d'un morcellement de tout notre système. On n'était pas dans le même monde. L'hôpital était voisin des maisons de repos. Il n'était pas spécialement connecté aux maisons de repos. Les liens qu'il y avait entre l'hôpital et les maisons de repos étaient souvent dus au fait que les directeurs d'hôpitaux sont souvent administrateurs des maisons de repos. Par exemple, moi, je suis administrateur d'un ensemble de maisons de repos comme je suis administrateur d'un ensemble de maisons pour handicapés. C'est un peu notre deuxième métier. Comme directeurs d'hôpitaux, on a beaucoup de mandats à droite et à gauche. Ces liens ont été informels. Nous nous sommes intéressés à ce qu'il se passait dans les maisons de repos et nous leur avons téléphoné avant qu'elles ne nous téléphonent.

C'est en faisant le tour de tous les gens que l'on connaissait qu'on a essayé de comprendre et de leur dire: "Écoutez, il faut en parler, parce qu'il faut sortir de la situation catastrophique de certaines maisons de repos et voir comment les aider". Aujourd'hui, la bonne chose, en Wallonie du moins, c'est qu'entre la première et la deuxième vague, la ministre a décidé que la totalité des MR, soit 280 maisons de repos pour la province de Namur, devaient se connecter au mois à l'un des six hôpitaux. Certes, on ne fait pas tout tout de suite, mais c'était une mesure intéressante. Elle a permis de comprendre les problèmes qu'on avait, comment déjà les résoudre en attendant la deuxième vague. On a pu constater alors que le système fonctionnait.

Eu égard au transfert de patients vers l'hôpital ou comprendre ce qu'il se passe, je dirai que, contrairement à la Flandre, la Wallonie et Bruxelles n'ont pas de médecin titulaire dans les maisons de repos. Donc, si vous n'avez pas d'interlocuteur, cela vous obligeait d'aller voir sur place comment cela se passait.

De ce fait, on a élaboré des équipes un peu mobiles: un groupe de médecins constitué de pneumologues, infectiologues, hygiénistes pour répondre aux questions qu'avaient les maisons de repos – c'est la base.

Le second groupe s'occupait de la logistique... Et non, ils n'avaient pas le temps de lire des notes de procédure, de savoir comment faire un bon isolement des patients. On a plutôt refait toutes les notes que l'on utilisait pour l'hôpital pour les transposer sous forme de films même et on les a

distribuées à un maximum de maisons de repos. On venait, en quelque sorte, offrir ses services en disant si on les aide à régler la situation, c'est une façon aussi de protéger l'hôpital et tout le monde.

Le troisième groupe était composé d'infirmiers. On a plutôt envoyé des infirmiers, chefs de service, plutôt bien formés en hygiène pour leur expliquer en pratique comment ils feraient avec une compétence qui datait déjà de quelques semaines au niveau de l'hôpital.

Le dernier groupe était plutôt affecté à la partie achat/logistique. On a procuré du matériel quand il ne fallait pas. Comme le disait Éric, souvent on se disait: "Demain, je n'aurai plus de curare. Comment vais-je opérer les patients? Comment va-t-on pouvoir continuer à les soigner aux soins intensifs?" On trouvait toujours, à quelques heures de l'échéance, des collègues des hôpitaux, - le fédéral est intervenu aussi – qui nous donnaient une solution. À ce niveau-là, on n'est plus dans un débat de Régions-Communautés. On a un ensemble de systèmes hospitaliers pour lequel tout le monde joue la solidarité.

Cela s'est assez bien vu. Nous n'avons jamais été en rupture. Cela a dans tous les cas permis de réagir pour la vraie urgence.

Un des éléments que j'évoquerai aussi, c'est le fait que, dans notre système structurel en Belgique, nous avons sous-développé le soin à domicile. C'est très bien de dire que nous mettons tout à l'hôpital, mais dans l'hôpital, il y a un mix entre l'aigu et le chronique. Le fait de rassembler dans des ensembles intégrés, comme une maison de repos, les patients, était un élément qui jouait contre nous dans une pandémie.

Si vous voyez les normes internationales, de fait, investir dans les soins à domicile, se reconnecter plus avec votre bassin social, est peut-être une des grosses leçons que nous aurons à retenir pour l'avenir.

La collaboration entre les maisons de repos et les hôpitaux est bonne, mais elle n'était pas encouragée par les structures. C'est vrai qu'il y a des organisations différentes. Les hôpitaux ont une organisation plutôt fédérale. De l'autre côté, l'organisation est plutôt régionale. Mais aussi, la taille des maisons de repos! Il y avait des maisons de repos avec un nombre de lits tellement important qu'on noie les hôpitaux en quelques jours de pandémie si tout le monde se dit que la solution est de les amener dans les hôpitaux.

En fait, la question était plutôt de dire: "Quels sont les meilleurs soins à amener en fonction de la

situation?" On ne peut pas tout résoudre. Mais c'était de considérer l'ensemble de l'écosystème soins de santé dans une zone déterminée. Le bassin de soins était pour cela une bonne chose, et donc le réseau.

À Namur, c'est le réseau qui a pris la main. Le réseau n'était quasi pas constitué avant la pandémie. Nous savions qui en faisait partie. Il a été vraiment l'utilisateur. Cela a été le cas en province de Namur, mais pas spécialement dans d'autres provinces. C'est un peu en fonction de l'organisation existante au départ, de la façon dont cela s'est mis, que dans certains cas, les réseaux ont pris la main. Ici, c'est le gouverneur, parce que le gouverneur correspondait en province de Namur à un réseau, qui correspondait à une organisation. Cela a permis d'amener une réponse, qui s'explique pour cette province-là.

Je pense que ce sont tous ces exemples que nous allons devoir prendre à l'avenir pour voir comment nous allons pouvoir fonctionner.

La régulation obligatoire des soins intensifs serait une possibilité pour améliorer le système. Il y avait un côté un peu choquant, c'est que tout le monde parlait de la pandémie comme si tout le monde était touché de la même façon. Tout le monde achetait des masques, tout le monde avait des problèmes de personnel, tout le monde avait des patients. Sauf que nous étions quasi, en termes de taux d'occupation lits "hospi covid" ou "USI covid" (soins intensifs covid), à des taux qui étaient du simple au triple ou quadruple entre certaines parties du pays.

Dans un système intégré, cela implique un mouvement dans les patients. Nous l'avons vu à Namur lors de la deuxième vague, puisque nous avons atteint 100 % à un moment. Donc, toutes les capacités étaient saturées. Cela signifie qu'alors le taux de mortalité explose, parce qu'on veut bien faire, mais en oubliant que la meilleure façon d'accorder une meilleure chance aux patients était d'accepter de travailler en équipe et de partir d'un ensemble intégré belge. C'est ainsi qu'on a vu de gros mouvements de patients du sud vers le nord. Selon moi, si jamais la Flandre n'était pas venue prendre tous ces patients francophones et wallons durant la deuxième vague, le taux de mortalité aurait été bien supérieur. C'est comme ça. Bref, le système de santé intégré en période de pandémie est la seule méthode.

Le matériel est, certes, important. Il a été dit qu'on n'avait pas passé les 36 % d'utilisation des respirateurs. Le problème n'est donc pas posé par eux, alors que tout le monde en a parlé au début. En revanche, le plus évident pour les gestionnaires sur le terrain dans les hôpitaux est que la denrée la

plus fragile et la plus indispensable, ce sont les collaborateurs: les médecins et les infirmiers, dans la façon dont vous les soutenez. On a parlé du *burnout*. Le sentiment d'abandon de toutes ces personnes est ce qu'on a lu dans la presse. Chacun l'exprime de façon assez personnelle, mais il y a eu un véritable sentiment de détresse de l'ensemble du secteur, qui avait besoin d'une réponse et, au moins, d'une écoute. Je ne dis pas que toutes les demandes étaient justifiées. Simplement, à un moment, les gens doivent être entendus. En deuxième partie de crise, nous avons clairement perçu un retour ou, en tout cas, une oreille attentive. Cela s'est vraiment ressenti sur le terrain.

Certes, on ne résout pas tout du jour au lendemain. Que l'on n'ait pas pu tout anticiper et que la réponse n'ait pas correspondu aux événements, c'est une évidence. En tout cas, la forme compte beaucoup dans l'écoute à apporter à la souffrance des gens.

Les données relatives à la pandémie, qui se sont fortement améliorées, étaient judicieuses. Il était clair que nous vivions dans un monde "*data reluctant*", comme je dirais. En effet, les *data* étaient diabolisées. Il ne se passe pas un moment sans que l'on vous parle de GDPR en vous disant: "Surtout pas de *data*, protection du patient avant tout!" Or, les *data* sauvent des vies.

Donc, on parvenait à un moment à avoir une automatisation des informations dans l'hôpital où je pouvais en temps réel savoir quand les patients entraient aux urgences, s'ils étaient covid, ou non covid, s'ils étaient suspects. On pouvait les voir passer d'une unité à l'autre. C'est donc très important parce que vous entendez des chiffres globaux de Sciensano qui sont excellents. Le travail qui a été fait là est remarquable mais c'est la déclinaison locale de ces chiffres qui vous intéresse, pour gérer. Le fait d'avoir des chiffres au niveau local, parce que la demande s'est faite... Je crois que Saint-Luc a eu un prix européen à ce sujet. Juste pour la digitalisation de la couche locale de ces *data*. Mais on aurait presque pu avoir cela dans l'ensemble des hôpitaux, parce qu'à ce moment-là, on répondait à une question existentielle. L'hôpital, pour fonctionner, a besoin de décisions fédérales et globales pour pouvoir avancer, sur ce qu'il faut faire, sur la décision de *lockdown*, à tous niveaux. Pour cela le fédéral a besoin d'informations aussi précises que possible mais qui n'étaient quasi accessibles qu'en temps réel au niveau du terrain et qu'on remplissait à 11 heures du matin tous les jours de façon manuelle. C'était un peu le décalage.

Il y a, à un moment, une posture par rapport aux

données indispensables. Elle fait que si les données, dans la tête de tout le monde, sont devenues un élément qui permet justement de mieux soigner, il reste, comme vous le faites avec vos cartes d'identité ou beaucoup d'autres éléments, ... Vous demandez que ce soit sécurisé et que vous soyez protégés. Mais vous ne "bloquez" pas l'accessibilité des données.

Clairement la transformation digitale s'est fortement développée. Pour tous ceux qui donnent des leçons à tout le monde, je remarque que la vidéoconférence qui était diabolisée jusqu'au premier jour de la pandémie est devenue un standard. Imaginez tous votre journée sans vidéoconférences; je ne sais pas comment vous feriez. Mais aujourd'hui, nous sommes entre 10 et 15 heures par jour derrière notre ordinateur. Je dois aller chez l'ophtalmologue demain matin. Mais grosso modo, cela a permis la communication, cela a permis d'aller beaucoup plus loin. Mon ordinateur ne transmet pas le covid, j'en suis certain. Donc, je me protège en pouvant continuer à travailler et c'est une bonne chose. Mais je pense que personne, pas un syndicat n'a défendu la vidéoconférence, qui était diabolisée comme un moyen totalement inhumain d'avoir des relations. Je pense que ce n'est pas un moyen absolu pour tout mais il répond à une partie de la problématique. Il faut se poser la question de nos blocages aux changements et notre incapacité à accepter que le changement puisse avoir quelque chose de positif, et ne pas toujours considérer le changement comme une menace.

C'est une chose avec laquelle il faudra se mettre d'accord: le changement amène des solutions.

Il est un peu trop tôt pour analyser les effets des reports des interventions en soins semi-aigus. Il y a eu un article basé sur une enquête dans *Artsenkrant* auprès de l'ensemble des directions médicales du pays qui n'a pas permis, entre les deux vagues, de confirmer les effets. Aujourd'hui, on en parle mais à un moment donné, au plan universitaire et scientifique, il faudra faire des recherches pour arriver à modéliser et calculer cela. En effet, d'un côté, votre hôpital en première vague était réduit au covid - c'était donc covid ou les soins extrêmement urgents -, en deuxième vague, c'était du covid, de l'urgent et du semi-urgent.

La coexistence de deux hôpitaux, incompatible en première vague, est devenue une coexistence recommandée pendant dans la deuxième vague. Je reste convaincu que c'est ce qu'il faut. Certains ont imaginé, pourquoi pas, faire des sites covid dédiés. Le problème, c'est que le patient ne rentre pas à l'hôpital en déclarant qu'il est covid et qu'il

faut un certain temps pour le détecter. Quand vous voyez qu'il est positif, vous vous dites, zut! le patient dans la chambre à côté est à présent contaminé, ainsi que tous les membres du personnel. En effet, ce patient n'était pas identifié comme étant dangereux au moment de son admission à l'hôpital.

C'est le cauchemar auquel nous avons été confrontés dès le début. Nous avons appris à être de plus en plus prudents – l'hygiène des mains par exemple. La pandémie a été la meilleure école de formation que nous puissions avoir en termes d'hygiène. Je pense qu'aujourd'hui, les gens sont vraiment au top en termes de protection. Cependant, vous êtes soignant et vous gérez correctement le lien entre vous et le patient mais, dans la salle de garde, vous ne vous méfiez pas de la proximité avec vos collègues, vous êtes peut-être moins prudents et puis le risque s'invite à la maison. Voilà la situation à laquelle nous étions confrontés. Il y a des gens qui n'osaient pas rentrer chez eux par peur de contaminer leur famille. C'est la réalité.

Le plan de répartition des patients: le plan de nivellement a globalement bien fonctionné. Je pense que c'était beaucoup plus fort en deuxième vague parce que les transferts du Sud vers le Nord étaient remarquables. Je l'ai vécu de près. L'ouverture des gens a été un vrai plus. Par contre, pour transférer un patient, vous pouviez rester deux à trois heures au téléphone.

Il y a le côté extrêmement manuel que tous les médecins dénoncent car ils estiment que leur métier consiste à faire de la médecine, à prodiguer des soins alors qu'ils doivent passer la moitié de leur temps à tenir un bic, un crayon pour faire de l'administratif.

En 2017, on a visité un hôpital à Singapour où tout est digitalisé. Le médecin demande quelque chose: il s'occupe de la partie médicale, mais la digitalisation des processus permet d'automatiser. Les soignants prodiguent des soins, les médecins font de la médecine grâce à une automatisation qui permet de remplir des tâches qui représentent aujourd'hui un cauchemar pour nos soignants.

L'échange d'informations et la coordination étaient surtout présents au niveau du réseau. Comme je l'ai dit, l'échange d'informations est important. En effet, au sein de la partie locale qui est souvent le bassin de soins - ce n'est pas toujours le cas parce que certains réseaux sont superposés -, dans des réseaux qui étaient géographiques, on s'est aperçu qu'on avait tout intérêt à échanger toutes nos données notamment en fonction de l'expertise. Si je prends les données, un lit de soins intensifs n'est

pas un lit de soins intensifs. Il y a des soins intensifs avec des chirurgies cardiaques derrière, qui savent faire des ECMO. En fait, le diable se cache dans les détails. La répartition, au niveau des soins intensifs, des types de patients, dans des lits plus spécialisés que d'autres, en fonction de la gravité des pathologies est apparue lors de la fin de la première vague. À la fin de la deuxième vague, les patients étaient répartis pour être sûr qu'ils se retrouvent dans le bon lit et au bon endroit afin d'augmenter clairement les chances de succès. En effet, en gros, pour les cas de covid standards, on estime que 80 % auraient pu être soignés à distance, mais pour les cas lourds pour ne pas dire plus, on aurait dû trouver le bon service de soins intensifs.

Par ailleurs, j'ai bien souligné que le transfert de patients du Sud vers le Nord a démontré qu'il n'y avait pas de frontière linguistique au niveau de la médecine.

Il faut quand même souligner les points positifs. Certaines personnes ont clairement tiré leur épingle du jeu. Ainsi, le fait que l'AFMPS/FAGG transmette des informations adéquates était clairement judicieux et pertinent. Il faut le dire car il s'agit de données scientifiques. Quelqu'un a dit que, quand il fait de la médecine, lorsqu'il est confronté à certains problèmes, il va revoir la littérature. Mais, dans ce cas, la littérature n'existait pas. On demandait donc aux prestataires de construire leur expérience. Donc, cette fluidité de l'information avec des agences gouvernementales qui réagissent et répondent aux questions posées au jour le jour constitue un élément positif.

De fait, les vidéoconférences ont permis d'accélérer la transmission d'informations, ce dont nous pouvons nous féliciter.

Le débat des masques (types, quantité, certificats). Il est très facile de dire que l'on n'a pas bien acheté, mais comme tout le monde, j'ai regardé la télévision au mois de décembre pour voir s'il se passait quelque chose en Chine, puis au mois de janvier et en février. Quand la crise a éclaté en Italie, on a tous vu ces images catastrophiques. Le vrai déclencheur, ce fut ça! Un système d'alerte permettrait d'anticiper. Je n'avais jamais entendu parler d'une norme KN95 pour des masques avant la pandémie. Après, nous sommes devenus des spécialistes. On a envoyé tout le monde récupérer ce que l'on pouvait comme stocks et puis il y a eu des cas.

Il faut néanmoins positiver: si quelqu'un a acheté des masques et qu'il les a mal achetés, cela fait partie des choses qui arrivent. Doit-il avoir le courage de reconnaître qu'il les a mal achetés et

les détruire? Oui! Je pense que le fil conducteur était le suivant: tout le monde était en mode "on protège nos patients et nos soignants" et le matériel mis à disposition fut à chaque fois le meilleur disponible. Mais certaines choses faites dans l'urgence n'ont pas été tout à fait optimales.

Le rapport d'Amnesty International au sujet de l'échec de nos autorités. De fait, cette analyse devra être faite post-crise. Il est clair que c'est au gouvernement en post-crise à qui on enverra le message et non pas à celui qui siégeait durant la crise. Je pense que vous tiendrez des débats aussi passionnants que passionnés. Vous avez à construire notre système de santé qui sera notre solution pour demain.

Eric Christiaens: Mijnheer de voorzitter, de volgende vragen gingen over de vaccinaties, de vaccins en de vaccinatiecampagne. Het is vandaag veel te vroeg om te beoordelen of de uitgerolde aanpak de juiste is. Het is heel moeilijk om dat nu te bepalen, niet alleen omdat wij echt wel aan de start staan, maar ook omdat de onduidelijkheid ter zake nog bijzonder groot is.

Ik hoop dat u begrijpt uit het verhaal van de heer d'Otreppe en van mij dat wij hier niet zitten om aan te klagen of te zeuren over wat allemaal fout is gelopen, maar wel vooral om vooruit te kijken.

Inzake de vaccinatiecampagne hebben wij wel een groter probleem. De manier waarop ze immers tot stand komt – wij spreken dan echt van wat op dit ogenblik uur per uur verandert –, is bijzonder jammer.

Ik zou eerst willen verwijzen naar de laatste lijn, namelijk dat de desinformatie of de informatie die veel te vroeg naar buiten komt en herroepen moet worden er heel hard bij onze medewerkers, die al een jaar in heel moeilijke omstandigheden werken en dat schitterend doen, inhakt. De manier waarop zij echter nu vooruit- en achteruitverhalen horen in de vaccinatiecampagne, is heel zwaar om dragen.

Ook inzake de vaccinatie en de vaccins die worden gebruikt, is de vraag rond productie, beheer en beheersing van de productieprocessen essentieel. Ik herhaal dat het op dit ogenblik nog veel te vroeg is om echt duidelijke uitspraken te doen over de vaccins.

Ook bij de beschikbaarheid van de tests hebben wij heel wat wijzigingen en curs de route gehad. Bij het begin van de eerste golf hadden wij twee problemen. Wij werden heel snel geconfronteerd met de vaststelling dat er onvoldoende materiaal was en er onvoldoende reagentia waren, zijnde de producten nodig om de tests uit te voeren.

Dat blijft ook vandaag nog een zorg. Wij kunnen ze wel krijgen, maar nooit in voldoende hoeveelheden om een lange periode van meer tests te garanderen. Wij hebben nog geen echte tekorten gehad, maar het is echt wel al tien maanden lang dansen op een slappe koord.

Ook hier moet een meer geïntegreerd systeem worden opgezet, niet tijdens de pandemie maar voor een volgende pandemie. Zoals de heer d'Otreppe heeft aangegeven, zouden wij dat voor 2035 sneller moeten aanpakken.

Het gaat om de capaciteit: waar is die voldoende aanwezig? Het gaat echter ook over de manier van aanpakken. Ik geef nogmaals toe dat het voor iedereen nieuw is en dat iedereen de informatie ontdekt. Wij verwijzen echter alleen maar naar de tegenstellingen over de sneltests: zijn ze al dan niet betrouwbaar? In welke mate is het positieve resultaat betrouwbaar? In welke mate zijn de negatieve resultaten betrouwbaar? Wij weten immers dat er heel veel vals negatieve tests bij de sneltests zijn. Niettemin wordt te pas en te onpas aangegeven dat ze zullen worden gebruikt. Die situaties maken het de ziekenhuizen moeilijk om vooruit te gaan.

Het is misschien minder een aangelegenheid wat de ziekenhuizen betreft, maar toch moeten wij aanhalen dat hier heel veel materiaal, middelen en geld is gegaan naar de privélabo's, waardoor wij eigenlijk een deel van de middelen van de gezondheidszorg in België naar het buitenland zien gaan. Ondertussen zijn die labo's immers allemaal in handen van multinationals, waardoor wij eigenlijk onze gezondheidsmiddelen exporteren, wat jammer is. Wij zouden onze gezondheid moeten exporteren, maar niet de middelen daartoe.

De discussie over welke tests wanneer moeten worden gebruikt, is nog versterkt door de vele verhalen in de media. Op de media komen wij straks nog even terug. Dat heeft niet bijgedragen tot een duidelijke situatie. Wij hebben heel veel tijd moeten stoppen in het begeleiden van de eigen mensen, over wie zich op welk moment moet laten testen.

Moet ik mij laten testen als blijkt dat mijn buurvrouw positief is? Moet ik dat alleen doen als mijn inwonende moeder positief is? Hoe zit het met de verplaatsingen naar het buitenland? Hoe zit het met de vakanties, en dergelijke? Het is een vrij zware situatie geweest.

Zoals al gezegd, doen wij hier ook een oproep opdat achteraf het nodige wetenschappelijke werk zou worden geleverd om de kennis ter zake flink te

verbeteren.

Paul d'Otreppe: Concernant les capacités de dépistage et la politique de dépistage, notamment au regard d'autres pays, un élément qui intervient, c'est aussi la présence de tests. C'est-à-dire, quand vous êtes pays producteur, vous avez une situation tout à fait différente de ceux qui ne le sont pas.

L'absence de zones de médecine générale similaires à la Flandre, pour la Wallonie, induit une organisation différente. Aujourd'hui, connecter l'hôpital avec sa première ligne ne se fait pas du jour au lendemain. Nous avons vu des réalités tout à fait différentes suivant les Régions.

Oui, il fallait des centres de triage mais il y avait des "centres de triage" de l'hôpital devant l'hôpital, puisque nous devons créer des doubles circuits entre contaminés et non contaminés rien qu'à l'entrée des urgences. En outre, il y avait une réalité d'une médecine générale qui avait besoin d'un support. Les moyens qu'avait l'hôpital étaient bien supérieurs à ce que pourrait avoir un cercle de médecine générale.

Pour la médecine générale, nous avons monté tout un système devant l'hôpital, qui n'a pas servi pour la première vague, parce que la situation en province de Namur était totalement différente; il a servi reconverti en centre de *testing*. Aujourd'hui, la porte d'entrée de l'hôpital est clairement détenue par la médecine générale dans le cas qui nous occupe.

L'incidence de la pandémie d'une Région à l'autre explique clairement les réponses différentes. C'est la raison pour laquelle il faut toujours avoir une approche globale, mais aussi une réalité locale pour laquelle vous "adaptez" les *guidelines* générales à la réalité. C'est toujours cet ensemble-là qui est important.

Nous étions sur le terrain. De fait, nous étions présents pour les décisions prises au niveau fédéral. Nous passons par les fédérations pour faire passer des messages, et nous avons des représentants dans ces groupes. Et puis, à un moment, la décision de consensus qui est prise s'oppose à nous; et donc nous prenons la décision et nous la suivons.

Nous ne devons pas être dans tous les débats, parce que cela crée une certaine cacophonie. Mais à un moment, les décisions sont bien prises. Et puis, il y a des choix à faire et nous les appliquons. Je pense que c'est quand on met un peu d'ordre là-dedans que cela fonctionne mieux.

Pour ce qui concerne les centres intermédiaires (*schakelzorgcentra*) dont nous avons parlé, cela a été relativement complexe. Quelqu'un a dit que le problème, c'est que dans la première vague, on a vidé l'hôpital. Il fallait, en gros, deux fois plus d'infirmiers pour tenir une unité covid par rapport au nombre d'infirmiers dans une unité classique. Pour avoir la moitié de votre hôpital en covid, vous aviez besoin de la totalité de vos membres du personnel. Mon collègue du Limbourg n'a mis personne en chômage.

Il a consommé tous les bras et tout ce qu'il pouvait trouver pour traverser la période compliquée. C'est exactement ce que nous avons vécu lors de la deuxième vague, surtout que nous avons laissé reprendre une activité semi-urgente. Donc, les réalités étaient fort différentes d'un cas à l'autre.

Pour les centres intermédiaires, le test a eu lieu en province de Namur pendant un mois demi. Toutefois, le problème est celui que j'ai expliqué au tout début: ce sont les médecins et infirmiers qu'il fallait. Nous avons un bâtiment lié à l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon. On y a mis des médecins à la retraite, des volontaires pour parvenir à tenir, mais c'était bien parce qu'il s'agissait de patients très légers. Cependant, nous nous sommes interrogés. Nous voulions poursuivre le test jusqu'au bout. Si quelque chose avait mal tourné, il aurait été plus facile d'envoyer ces gens dans une unité qui était vide qu'ailleurs. D'un point de vue logistique, c'est plus compliqué à régler. Sur le plan du risque, cela rassure plus l'hôpital de savoir que ce sera mieux organisé en cas d'accident, parce qu'ils se trouvent juste à côté si un problème se pose. Cela n'a pas convaincu l'ensemble des intervenants.

Le pré-tri adjoint aux urgences représente une bonne solution. Cela dit, il faudra que notre système de santé l'intègre à la première ligne. Sinon, ce serait aberrant. La connexion entre une première, deuxième et troisième lignes – cette dernière étant formée par la couche universitaire, permettant une compréhension du problème – est aussi nécessaire. Bref, un système de soins morcelé est un véritable cauchemar pour ceux qui doivent le vivre. En tout cas, il doit être connecté. Si vous décidez de scissions quelconques, assurez-vous que votre ensemble réponde comme s'il s'agissait d'un monobloc le jour où survient la pandémie. Je n'ai pas de problème à scinder certaines choses. C'est un choix. La réalité locale correspond en effet à quelque chose de différent d'une décision fédérale. En revanche, tout doit être connecté rapidement et correctement.

Sur ce plan, la complexité du système de santé belge devient vraiment préoccupante. Dispositions-

nous du bon système pour répondre à ce nouvel enjeu de pandémie, sachant que pandémie et écologie sont deux conséquences de notre choix de vie? Dès lors, ne nous étonnons pas de connaître demain des problèmes d'écologie liés à notre façon de fonctionner, puisque la pandémie en est aussi une conséquence. Nous ne pouvons pas l'ignorer. Par conséquent, nous devons trouver des réponses à ce problème. Nous soignons l'humain avec l'humain. Vous soignez bien vos patients, parce que vous vous soignez bien et vos collaborateurs. C'est essentiel.

J'en viens à la coordination et à la mise en oeuvre des mesures de lutte pour la partie Europe. La pandémie n'a pas de frontières. Je suis aujourd'hui dans le bureau de mon collègue à Tongres. Je regarde à droite, je vois la ville de Liège, je suis dans une autre Région. Je regarde à ma gauche, je suis à Maastricht. C'est très bien de penser à un système belge, de penser qu'il faut l'intégrer, mais à un moment, il faut l'intégrer au niveau européen. En effet, cela ne sert à rien de prendre une mesure à Tongres si à Maastricht et à Liège, il n'y a pas de coordination par rapport aux règles qui y sont prises. Ou alors on me donne un système pour expliquer comment on empêche les gens de bouger. Mais aujourd'hui, la coordination fait que pour ceux qui sont le long de la frontière, cela peut devenir un vrai cauchemar. Ils ne maîtrisent pas du tout même les réponses données à leurs problématiques quotidiennes, dans le système qu'on a aujourd'hui.

La production de moyens de protection et autres induit des réponses différentes. Quelqu'un m'a dit qu'on produit des FFP2 en Belgique. J'avoue que je ne pensais pas qu'on en produisait déjà. Je pense que c'est un projet. Je ne suis pas convaincu qu'on en produit déjà aujourd'hui ou qu'en tous les cas, cela pourrait être fait. Il est clair que mon stock dynamique, adapté, qui ne se périmé pas – parce qu'en fait on consomme les masques *first in, first out*, et qu'on ne doit jamais les jeter puisqu'ils sont consommés par les clients derrière – doit être approvisionné. Donc il faudra des usines. Il faut décider si ces usines seront en Belgique. Avec le débat AstraZeneca, on se dira que tout compte fait il faudra qu'elles soient en Europe. Il faut avoir un lien logique entre le consommateur qui est la maison de repos ou l'hôpital et à l'extrême, les lignes de production, parce qu'au moment où cela arrive, tout le monde le veut et il faut être sûr.

Le débat de notre système est aussi qu'on a un système qui pousse à la production et au moins cher. Il faudra à un moment se poser de vraies questions. Je pense qu'il y a trois usines en Belgique qui produisent maintenant, suite au début de la pandémie. Il ne faudrait pas que le lendemain

de la pandémie, on se dise que les masques en Chine coûtent la moitié du prix. Non, pas la moitié: dix fois moins cher. Et se dire, pour des questions de moyens, je vais renoncer à une protection qui est le jour où je tue l'usine qui est juste à côté, ou bien qu'elle soit en France, en Italie, en Espagne, mais il faut savoir comment on approvisionnera notre stock le jour de la pandémie. Mais il faut que vous ayez le contrôle d'une chaîne globale de production qui colle à votre organisation de stockage, qui colle à votre consommation en bout de chaîne. Mais à un moment vous devrez, d'un point de vue réglementaire – et c'est vous qui serez à la manœuvre – vous dire: "Je veux m'assurer qu'en stockage ou en production, j'ai une maîtrise de X mois qui me permet de tenir pour une pandémie." C'est un exemple comme un autre.

On voit que les Asiatiques ont beaucoup plus avancé dans ce domaine-là. Au niveau de l'association, on observe beaucoup ce qui se passe maintenant en Chine et dans les autres pays asiatiques en se disant: "Tiens, cette hyperprogrammation..." Ils en sont à imaginer à cinquante ans ce qu'il va leur arriver. On n'en est pas encore là. Mais penser qu'on n'est peut-être pas les meilleurs en tout et qu'il y a des leçons à apprendre de chez nos voisins est quelque chose d'intéressant. Avoir le courage de dire qu'on peut, dans ces problématiques de pandémie ou de santé, apprendre au niveau mondial, c'est une bonne chose parce que beaucoup d'enjeux sont là.

Eric Christiaens: Er waren heel wat vragen over de gegevens waarover we beschikten. Er is al naar verwezen: bij de start waren we het wat minder gewend om met cijfers om te gaan die werden aangereikt vanuit verschillende ziekenhuizen, maar dat is natuurlijk wel essentieel geworden. Naarmate we vorderden is de uitwisseling van informatie over de beschikbaarheid van bedden en de mogelijkheid om patiënten te transfereren flink verbeterd. We voelen nog altijd wat terughoudendheid bij heel wat spelers om die informatie uit te wisselen maar dat is natuurlijk essentieel. We hebben al de nadruk gelegd op het belang van een geïntegreerd zorgsysteem, wat natuurlijk betekent dat we over alle mogelijke gegevens moeten kunnen beschikken om dat op een correcte manier uit te werken.

Verder blijft de versnippering van de verantwoordelijkheden in ons land een grote zorg. Dat moet absoluut verbeteren, want we verliezen daar veel tijd mee. Zelfs als iedereen het uiteindelijk eens wordt over een beleid, dan nog vereist het bereiken van die consensus tijd. Dat kunnen we best vermijden. Er moet absoluut een evenwicht gevonden worden tussen de snelheid en de kwaliteit van de beslissingen.

Wij hebben een goede aansturing gehad via de federale gezondheidsinspecteurs. Voor het oosten van het land, de regio's Limburg en Antwerpen, hadden we met dokter Winne Haenen een gezondheidsinspectrice die haar rol heel sterk ter harte nam. Bij de eerste golf was er dagelijks minstens één keer per dag overleg met de hoofdartsen van de ziekenhuizen om de situatie op het terrein te bespreken en te bekijken hoe men elkaar kon verbeteren. Dat gebeurde niet alleen onderling, men bekeek ook welke informatie er moest terugstromen naar de gremia die vanuit Brussel de crisis centraal aanstuurden. Dat is echt heel goed verlopen en we kunnen alleen zeggen dat we daar zeer dankbaar voor zijn. In de eerste maanden was er dagelijks overleg, ook op zaterdag en zondag, daarna is men overgegaan naar een lager ritme. Nu is er nog steeds wekelijks overleg en dat moet absoluut in stand worden gehouden. Voor de transfers van patiënten tussen ziekenhuizen, en zeker als we de taalgrens overstaken, was dit een zeer sterke troef.

Men heeft ook gevraagd wie ons politiek aanspreekpunt was. Dat was natuurlijk sterk variabel. Ik wil geen politici choqueren maar dat was natuurlijk niet het eerste contact dat we nodig hadden. Wat u hier doet is wel essentieel, met name nagaan hoe de politiek ons kan helpen om beter voorbereid te zijn in de toekomst.

Wij hadden natuurlijk het lokale contact. Zeker met de lokale overheden hebben wij goed samengewerkt, want elk ziekenhuis voelt zich verantwoordelijk voor de bewoners van een bepaalde regio. In ons geval zijn dat zes of zeven gemeenten rond ons ziekenhuis. Daar hebben we wel gezorgd voor een goede uitwisseling van informatie in de twee richtingen. Daarnaast nemen de ziekenhuizen op heel wat plaatsen ook deel aan de lokale veiligheidsraad. Ook hier hebben we nog tweewekelijks minstens een overleg met de gemeenten om te bepalen wat de stand van zaken is en welke maatregelen we moeten nemen.

Uiteindelijk komt het erop neer dat de efficiëntie die we willen zal moeten worden vertaald in de structuren die onze gezondheidszorg aansturen. Vandaag zijn we niet georganiseerd om crisissen aan te gaan, maar zijn we het gevolg van een aantal staatshervormingen.

Zoals de heer d'Otreppe bij de inleiding zei, bij de Belgische vereniging zijn wij mensen met een professie, die dat zo goed mogelijk proberen te doen. We kunnen alleen maar vaststellen dat dit veel beter kan. Onze structuur of onze aansturing vandaag is echt niet gemaakt om goed werk te leveren.

Zo kom ik tot de volgende slide. Er werd ons ook gevraagd in welke mate wij bij het beleid inzake screening en research betrokken werden. Daar zijn wij zeer weinig of niet bij betrokken. Het zou logisch zijn dat de universitaire ziekenhuizen daar zeker meer een stem in het kapittel hadden en zo hoort het ook te zijn, maar eigenlijk was deze vraag voor ons minder relevant.

Paul d'Otreppe: Sur le point suivant, l'accompagnement opérationnel et le soutien financier. Quand Mevrouw Goossens dit "omwille van de financiële gezondheid van onze ziekenhuizen", elle pense au rapport MAHA qui souligne toujours que les hôpitaux sont toujours sur la corde et que leur fragilité financière est évidente.

Par contre, la question sous-tendant des 2 milliards est de dire: l'intervention qui a été faite de 2 milliards pour la transition était-elle adéquate? Clairement, oui. La transition vise à permettre aux hôpitaux de remplir leurs engagements à court terme, en termes de trésorerie, de payer les salaires, de payer leurs charges, sans savoir actuellement par contre quel en sera le décompte final.

Ce que vous allez pouvoir garder, ce sera en 2023. Aujourd'hui, vous avez une idée relativement claire. Si le montant, globalement, est adéquat, c'est ok. Par contre, personne dans l'hôpital n'est capable de mesurer clairement les effets de la deuxième, et potentiellement de la troisième vague au niveau financier. Il est évident que si le montant a été plus que correctement prévu pour la première vague, il y aura probablement un rééquilibrage à faire entre vos charges de la deuxième et la troisième vague pour compenser le montant de l'aide sur l'ensemble des trois vagues.

Si un hôpital pensait béatement qu'il a été bien subsidié et que c'était une bonne année grâce aux subsides. Il pourrait déchanter parce qu'il aura des charges liées à la suite de la pandémie et il va se retrouver avec un subside qui, somme toute, logiquement, sera moins important parce que le but est qu'il couvre des charges certaines.

Il faut quand même dire un mot à propos de ceux qui ont clairement pris une grosse claque, à savoir les médecins indépendants. Il faut accepter de le dire. Ils ont eu des pertes de revenus. Quand vous arrêtez l'activité un mois ou deux, cela n'a pas de conséquence dramatique au niveau des médecins. Ils peuvent se permettre de le faire. Mais dans une crise qui est aussi longue, tout le monde n'est pas dans une situation aussi favorable.

Même pour les médecins, il y a des gens qui sont

en formation. On peut se demander comment elle se passe. Il y a des gens qui étaient sous contrat forfaitaire mais pour lequel l'activité n'existait plus. Par contre, il y a ceux qui étaient salariés et qui ont trouvé que c'était très bien, puisque rien ne changeait.

De fait, comparaison n'est pas raison. Il faudra se dire qu'il y en a beaucoup qui ont... J'ai (...) les conséquences financières de façon assez désastreuse. Mais je n'ai entendu aucun médecin, sur tous ces mois de crise, qui ait refusé de se dévouer corps et âme pour amener une solution. Le côté financier n'a jamais joué, et n'a même jamais été évoqué, dans aucune des réunions auxquelles j'ai participé. Tout le monde est intervenu, plus qu'il ne faut, et s'est mis à disposition. Nous avons vu les assistants arriver et être repris par l'hôpital.

Ils étaient engagés pour de la chirurgie, ils faisaient du covid. Des internistes ont fait du covid. Des psychiatres se sont retrouvés en médecins interne. On a vu que cette couche-là était intéressante. Le fait de parvenir à une unité médicale pour une réponse aussi complexe a été un vrai plus.

Se pose la question du mode de fonctionnement de nos systèmes d'organisation pour ce genre de pandémie. Les patients sont isolés et ne peuvent pas recevoir de visites; l'infirmière intervient de façon limitée car le personnel est débordé. Il faudrait avoir des assistants et pouvoir doubler vos équipes médicales. Alors vous mettiez un cardiologue avec un pneumologue qui contrôlaient l'équipe, deux assistants que vous aviez récupérés de tous les endroits de l'hôpital et cela rassurait tout le monde parce qu'il y avait des gens sur le terrain. Le vide constaté dans les maisons de repos au niveau des visites a été vécu de la même manière dans les hôpitaux.

Le débat sur l'encadrement doit être poursuivi. Le problème n'est pas là, selon moi. Celui de la rémunération n'est pas prioritaire. On pense que, pour l'instant, il n'y a pas vraiment de débat là-dessus. Par contre, la pénurie aggravée par la réforme des études d'infirmier arrive au même moment qu'un métier qui suscite désormais la peur. Certains commencent à voir les effets sur les inscriptions dans les écoles d'infirmiers et disent que beaucoup ont découvert que soigner les patients peut les tuer. C'est clair que cela a fait peur aux gens. Il faudra pouvoir les convaincre que l'on fait tout pour que ce qu'ils ont vécu ne se reproduise pas une autre fois, qu'ils sachent qu'ils sont épaulés et que le métier redevient un métier fantastique, que tous ces gens avec des vocations pourront exercer sans avoir la peur au ventre.

L'idée du financement à la prestation versus un forfait par pathologie qui devra être mis en place, reste pour moi le problème principal.

Un plan social: non, j'en ai entendu parlé dans vos questions, mais sinon personne n'a parlé de plan social. C'est plutôt l'organisation et la question de l'adaptation pour l'avenir qui est l'enjeu. Trouver les ressources infirmières est le sujet qui nous occupe pour demain. Revenez travailler avec nous!

On a parlé du fait qu'on aurait refusé des patients dans les hôpitaux. On aurait rapporté des cas à certains. Personnellement, je n'en ai vu aucun. Par contre, quand les maisons de repos étaient débordées lors de la première vague, on peut se demander si elles ne pouvaient pas réduire le nombre de leurs patients. En effet, tous les résidents restaient dans leur maison de repos. Elles avaient besoin d'une aide sur place, mais la question s'est posée à un moment donné sur le fait de les vider quelque peu pour pouvoir soulager le personnel. Mais on n'avait pas la capacité de le faire ou, en tout cas, on n'était pas habilité à le faire parce qu'on n'avait pas les moyens de faire mieux que ce qui était là. On a plutôt souvent opté pour l'envoi de ressources ou de moyens sur place quand il y avait des crises.

En outre, chaque maison de repos a ses particularités, dans le sens où certaines d'entre elles ont extrêmement bien fonctionné. Dans disons 80 % des cas que je connais, les gens ont fait des miracles. Ils ont bien fonctionné, ont compris les gestes barrières, ont pris les mesures qu'il fallait. Mais quand un système commence à partir en vrille, cela devient clairement vite catastrophique.

De fait, les seuls cas de refus qu'on nous a rapportés étaient plutôt des différences de points de vue sur la justification du transfert dans l'hôpital. Souvent, l'hôpital ne se justifiait pas du tout par rapport à la situation qui était posée. On m'a récemment posé la question dans le cadre du handicap et alors que je crois qu'il y a un peu plus d'un millier de places pour handicap, on n'a eu aucun cas non plus.

Je pense donc qu'il est nécessaire d'investiguer pour répondre correctement aux questions. Tant que la question se pose, il faut creuser pour pouvoir fournir une raison et une réponse pragmatique à une situation. Mais aujourd'hui, on n'a jamais pu le justifier.

Selon moi, le procès est toujours relatif à la non-intégration de la première et de la deuxième ligne. Vous n'apprenez pas à des gens à travailler ensemble s'ils n'ont jamais travaillé ensemble, à

part au moment de la pandémie. Il s'agit de cela. Je dirais que c'est dans la préparation, dans l'intégration que vous avez la solution.

En ce qui concerne l'avis du Conseil fédéral des Établissements hospitaliers (CFEH) qui prévoyait des moyens, on pense que celui-ci était adéquat. Pour moi, la réponse du gouvernement avec les deux milliards était globalement adéquate. Elle répondait à la question à court terme.

Elle répondait à la question du court terme. Comme je l'ai expliqué au début, il faudra voir si, pour la suite (...) la délégation des actes infirmiers.

Mon directeur des soins infirmiers est passé chez vous la semaine dernière. Quand il a vu la loi arriver, il a dit qu'il s'agissait d'un vrai scandale. De fait, dans l'hôpital que je gère, il n'y aura pas eu de délégation parce qu'il s'est toujours arrangé pour qu'il y ait des infirmiers qui fassent les bons actes. Il ne s'imaginait pas certaines choses. Je peux le comprendre en tant qu'association de défense des infirmiers.

Par contre, imaginons que vous n'avez pas de possibilité. Je vais prendre l'exemple des infirmiers du Siamu, ces spécialistes en médecine d'urgence et en soins intensifs, dans nos soins intensifs. Vous fonctionnez un peu en système *downgrade* quand vous vous trouvez en situation de crise. Vous aviez des infirmiers Siamu que vous mettiez avec des infirmiers de bloc opératoire - qui étaient très bien - et avec des infirmiers en chirurgie. Vous faisiez donc des équipes mixtes qui fonctionnaient très bien, et en faisant cela, vous vous étiez un peu adaptés à la réalité.

Certains ont eu des débats sur leur manque de ressources. Non, les ressources, vous les avez formées pendant toute la crise: en termes de quantité de formations, de communication, de rédaction de notes, etc. C'est incroyable ce qu'on a réussi à faire au moment de la crise. On faisait cela en continu. Vous formiez votre personnel et aviez la pratique disponible. Vous aviez des gens pour lesquels il ne s'agissait pas de grosses formations, mais on a formé sur site beaucoup de travailleurs de maisons de repos. On les faisait venir, mais on a aussi envoyé l'aide dans les maisons de repos.

Cela a permis de constater qu'on pouvait donner des formations préparées pour notre personnel à des maisons de repos. Cela permettait justement que celles-ci profitent d'un système de formation tout à fait utilisable directement sur le terrain.

Je reste donc convaincu que la loi n'est pas une mauvaise chose. En outre, pour déléguer, il faut bien quelqu'un qui décide de déléguer. Si l'infirmier

décide de faire son travail tout seul, c'est son choix. C'est le choix de certains. Par contre, si vous n'aviez pas d'autres possibilités... Ils ne font pas tous des soins infirmiers. J'ai lu quelque part que la moitié des gens avec un diplôme d'infirmier ne faisaient plus d'actes infirmiers. Vous pouviez trouver des formateurs dans les écoles qui pouvaient nous rejoindre. C'était une de nos alternatives.

En ce qui concerne les médecins prévus pour les MRS en Flandre, je trouve qu'il s'agissait d'une très bonne mesure. Nous avons déjà donné des avis là-dessus pour s'assurer que les maisons de repos sans médecin référent n'existent plus.

Vous ne pouvez pas intervenir si vous n'avez même pas d'interlocuteur. De plus, vous attendez des choses des praticiens, mais en gros, il y a la présence des personnes et la façon dont c'est fait. Qu'attendez-vous de chacune des personnes? Le descriptif des fonctions; ce qu'on attend. Pour ce faire, l'accréditation est très bien. L'accréditation par rapport à un débat de pandémie est de dire: "Tiens, qu'attend-on?" Ce n'est pas plus que des noms, ce sont des tâches, des suivis qui sont précis et stipulent exactement ce qu'on attend de chacun. Et cela doit être fait.

Par ailleurs, en ce qui concerne la contamination via les patients voisins par le personnel hospitalier, par les familles, c'est une vraie réalité à mesurer, certes. Mais savoir combien de personnes ont été contaminées, c'est difficile. Je pense que l'on avait davantage focalisé sur le risque externe que sur le risque interne de l'hôpital au niveau des contaminations. Par contre, c'est quelque chose qu'on a beaucoup plus géré dans la deuxième vague.

Le cohortage est une notion très connue dans les hôpitaux. Maintenant, tous ont pu le pratiquer; ça fonctionne bien. L'absentéisme a été exceptionnel en certains endroits. Quand votre occupation lit/hospi, occupation lit/intensif explose, votre personnel commence aussi à présenter des taux d'absentéisme, parce que l'infection se répand aussi parmi votre personnel. Dès lors, quand on dit: "Le taux de mortalité explose quand vous êtes dépassés", il faut surtout avoir un système qui vous apprend à dire: "À partir de ce moment-là, j'atteins mon niveau de saturation en termes de compétence".

En effet, lorsque vous vous attaquez à un feu, vous n'envoyez jamais un seul pompier! Parce qu'il faut bien penser que la ligne doit suivre derrière. Il faut apprendre à arrêter de faire quelque chose pour appeler l'équipe, parce qu'à vouloir trop bien faire, vous faites mal. Cela, on l'a vu, quand ils ont pris

un patient en soins intensifs, ils ont du mal à le lâcher! Désolé, mais une des remarques auxquelles nous sommes à présent confrontés, c'est celle selon laquelle l'hygiène hospitalière est à l'instar de la direction médicale: ce sont des mandats sans pouvoir.

Dès lors, à un moment donné, on se posera peut-être la question en disant: "Si vous êtes dans un système de santé, vous automatisez le système de transfert, mais prenez les décisions de niveler en termes de patients. Quand on se rend compte que l'hôpital A est complètement débordé, alors que l'hôpital B est rempli à 50 %, il faut niveler à un moment et avoir recours à la solidarité. C'est bien de parler de solidarité, mais celle-ci joue partout quand vous êtes confrontés à un manque. Elle joue tant pour le matériel, le matériel est le matériel de tout le monde; pour les médicaments, les médicaments sont les médicaments de tout le monde, que pour vos patients, vous pouvez automatiquement compter sur l'aide des autres. C'est cela l'intégration d'un système de santé! On ne peut isoler la façon dont cela se passe au regard de la réalité globale.

La communication avec l'INAMI a toujours été claire et complète: Aucun reproche à formuler!

Quant aux effets de la crise, soins non-liés au covid: une question portait sur l'enquête réalisée par l'INAMI à propos de ce que nous faisons ou pas dans certains hôpitaux. De fait, le problème est le suivant: en l'absence d'un système permettant de réguler le fait que les médecins soient indemnisés lorsqu'ils réalisent une prestation pendant la pandémie, autant s'ils se trouvent sans activité, ils ne perçoivent plus de revenus. Les cas étaient-ils urgents ou pas? Impossible pour un gestionnaire ou même un médecin directeur de différencier un caractère urgent ou semi-urgent de certaines pathologies. Il faudra à un moment donné essayer de faire confiance aux médecins et instaurer un système basé sur leur acceptation parce qu'ils sont compétents et qu'à la base, ils ont une vocation pour être médecin (ce qui, je pense, concerne 100 % d'entre eux). On ne peut fonctionner dans un système qui, à la fois, les loue et à la fois les contrôle sans cesse.

Votre système de rémunération doit régler cette situation: il faut qu'ils soient responsabilisés afin qu'ils se posent la question eux-mêmes de ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire. Le contrôle de l'INAMI correspondait à un monde ancien de fonctionnement du paiement à la prestation. Demain, le changement de système va peut-être régler cela.

Mais il est clair qu'il y a un côté assez choquant de

demander à des gens formés de manière aussi pointue, de devoir contrôler partant du principe qu'ils trichent. Cela peut arriver, mais c'est à mes yeux plus épistolaire et très rare. Je ne retiens qu'une chose: le dévouement que tous ont eu durant cette pandémie. Le reste est une erreur de l'histoire qui ne leur est pas imputable à mes yeux, mais plutôt au système.

L'impact du report est certain, mais sera compliqué à évaluer parce qu'au niveau des mortalités, il va falloir faire une étude pour chacun des paramètres recensés, l'incidence de chaque élément. Ainsi, *quid* du taux de mortalité en Belgique par rapport à celui à l'étranger? À un moment donné, il sera possible de déterminer la surmortalité que nous avons eue. Parmi ces chiffres, on va pouvoir dire à quel endroit elle a eu lieu et en fonction de cela, il faudra tirer les conclusions qui pourront tout aussi bien être liées à des pratiques qu'à une structure de soins... Il ne faudra pas tirer les conclusions trop tôt. C'est la raison pour laquelle je suis mal à l'aise lorsque d'aucuns tirent déjà des conclusions avant l'analyse. En tout cas, je ne suis pas capable de le faire.

Je préfère attendre que l'on investisse dans des études afin de savoir exactement d'un point de vue scientifique ce qui devra être opéré à ce niveau-là.

La pandémie obligeait de prendre des mesures de report en fonction du choix opéré, c'est-à-dire qu'il nous fallait protéger la première ligne de prises en charge des patient. *De facto*, pour ce faire, nous avons dû fermer la quasi-totalité du reste de l'hôpital. La plupart des hôpitaux ont fonctionné à 30 % de leur volume par choix nécessaire. Pour le reste, le débat relatif aux reports et à l'organisation de la deuxième vague était pour moi tout à fait approprié. Je pense que nous avons bien appris et je pense que nous pourrions toujours en apprendre davantage. À ce niveau-là, c'était relativement bien fait.

La première vague consistait clairement à répondre à l'urgence et la deuxième vague a fait clairement sentir l'évolution des connaissances et la maîtrise du sujet.

Parmi les pathologies, l'oncologie et la cardiologie ont été les secteurs les plus sous tension, parce que dans les deux cas, reporter les consultations avait des conséquences dramatiques.

Eric Christiaens: Er zijn veel vragen gesteld over de geestelijke gezondheid van onze medewerkers en hoezeer zij geleden hebben of nu nog lijden onder de crisis. Van bij de start hebben we gemerkt dat er veel angst en ongerustheid was, niet het minst door de verhalen in de media.

Onze mensen zijn het gewoon om voor anderen te zorgen, maar veel minder voor zichzelf. Na verloop van tijd is de angst en de paniek wel afgenomen. We hebben intussen heel wat middelen aangeboden om de posttraumatische stress of de angstgevoelens het hoofd te bieden of tegen te gaan. Dat ging van rustmomenten tot ondersteuning via onze psychologische diensten, maar er was ook een extern aanbod. We hebben echter vastgesteld dat daar weinig of niet gebruik van gemaakt wordt. Ook in andere ziekenhuizen is dat trouwens het geval. Enerzijds omdat die angst en paniek na verloop van tijd zijn gaan liggen, wanneer men vaststelde dat de verzorging van een covidpatiënt overeenkomt met de verzorging van een gewone patiënt. Anderzijds kan het zorgpersoneel niet zo goed voor zichzelf zorgen. Ze zetten zich liever in voor anderen. Op dat vlak hebben we dus geen grote problemen gehad.

Wat het absentisme betreft hebben we in de eerste golf hogere aantallen afwezigen gezien. Er waren drie groepen bij die afwezigen: de mensen die zelf covid of een andere ziekte hadden, de mensen die in quarantaine moesten omdat mensen uit hun familie of sociale kring positief waren, en ten slotte ook mensen die uit angst weggevallen zijn. In de eerste golf werden daar soms vrij langdurige afwezigheden aangekondigd. Die begrijpelijke angst en onrust zijn echter heel snel gaan liggen. Op enkele uitzonderingen na in Antwerpen en Brussel enkele maanden geleden hebben we al drie à vier maanden, althans in ons ziekenhuis, een absentiemecijfer dat volledig in de lijn ligt van andere jaren. Dat is natuurlijk ook afhankelijk van het seizoen.

De *resilience* van onze medewerkers is heel hoog. Zij hebben zichzelf overtroffen in bijzonder moeilijke omstandigheden. We hebben er wel voor proberen te zorgen dat ze verlof konden nemen wanneer ze dat wilden. We hebben dus geen verlofperiodes ingetrokken. Dat was natuurlijk alleen mogelijk doordat de afwezigheidscijfers relatief gunstig waren.

Natuurlijk, de impact van wat men heeft meegemaakt, die zal op lange termijn moeten blijken. We hebben uiteraard sterfgevallen gehad in het ziekenhuis van patiënten, in hogere aantallen dan wat normaal het geval is. Dus we zullen moeten zien op lange termijn of op middellange termijn welke gevolgen de mensen met zich meedragen.

Over de communicatie zijn ook heel wat vragen gesteld. Communicatie speelt natuurlijk op verschillende niveaus. Op de eerste plaats tussen ziekenhuizen, en dan zeker binnen het netwerk,

hebben we vrij veel communicatie: dagelijks verschillende keren met elkaar overleg over transfers van patiënten, over beschikbare middelen. We hebben elkaar gedepanneerd waar nodig. Over de aanpak, over het bezoekersbeleid, over allerlei zeer praktische elementen is er veel en vaak gecommuniceerd tussen de partners van het netwerk en tussen verschillende functies in het ziekenhuis. Ik heb al verwezen naar de dagelijkse opvolging met de federale gezondheidsinspecteur. Ook daar is de informatie-uitwisseling goed verlopen. We kregen ook informatie vanuit andere netwerken waar we lid van waren. Bijvoorbeeld hier in Vlaanderen is het Vlaams ziekenhuisnetwerk een vrij belangrijk netwerk, dat aangestuurd wordt vanuit UZ Leuven en waar een 25 tot 30 ziekenhuizen ondertussen lid van zijn. Daar ook was er heel veel goede informatie-uitwisseling.

Wat ons leven wel moeilijker heeft gemaakt, maar waarschijnlijk moet ik aan politici niet uitleggen waar we het hier over hebben, is de rol die de media hebben gespeeld, waar we dagelijks gebeld werden door allerlei kranten en andere mediagroepen die wilden weten hoeveel patiënten we exact in huis hadden met covid, hoeveel daarvan op intensieve zorgen lagen, hoeveel beademd werden en hoeveel sterfgevallen. Dat is begrijpelijk, omdat de hele wereld op zijn kop stond en iedereen was gefocust op covid. Anderzijds shockeerde het ons ook van te moeten rapporteren hoeveel mensen er waren gestorven aan covid, en er werden geen vragen gesteld over andere sterfgevallen die we ook nog altijd hebben gehad in het ziekenhuis, alsof sterven aan kanker op de palliatieve afdeling minder erg was dan sterven aan covid. Te meer daar we vaststellen, en ik kan alleen maar spreken voor ons ziekenhuis, dat de gemiddelde leeftijd van de overlijdens die we hebben gehad in het ziekenhuis die aan covid gerelateerd zijn, 83 jaar is. Met andere woorden, de problemen die werden aangehaald van jongeren die sterven en zo, dat zijn anekdotische voorvallen die verschrikkelijk zijn voor de betrokken families, maar die echt wel de uitzonderingen vormen. Maar de media blijven daarop inspelen en blijven zich daarop concentreren en rapportering doen van één ziekte, terwijl we hier heel veel pathologieën behandelen. Dat stuit ons echt wel tegen de borst.

De communicatie-uitwisseling tussen het federaal niveau en de ziekenhuizen werd door de gezondheidsinspecteur zeer goed bejegend. Waarschijnlijk behoort dat ook tot de functie van de gezondheidsinspecteur in kwestie en is dat niet noodzakelijk in alle regio's op dezelfde manier gebeurd, maar wij hadden daar alleszins absoluut geen klachten over.

Waar wij ook op gebotst zijn, is het aantal groepen, organisaties en instanties dat ons informatie of richtlijnen stuurde. Soms veranderen die organisaties of instanties ook van naam of samenstelling, wat het ons ook allesbehalve gemakkelijk heeft gemaakt om met alle communicatie om te gaan. Nadat we de covidperiode kunnen afsluiten, zullen we eens oplijsten hoeveel mails, berichten en brieven we hebben gekregen. Ik denk nu al dat het cijfer gigantisch zal zijn.

Er werden vragen gesteld over het huidig beleid, een nieuwe lockdown en de exitstrategie. Met de exitstrategie zijn we al heel lang bezig, maar we zijn er nog lang niet uit. Laat me zeggen, op basis van wat de virologen ons vertellen, dat het beleid vandaag relatief voorzichtig is, aangezien de knip op de deur gehouden wordt. Vanuit het oogpunt van de ziekenhuizen en het beheer van onze dagelijkse activiteiten wordt dat beschouwd als een pluspunt. Daarbij doe ik geen uitspraak over de vraag of die voorzichtigheid al dan niet terecht is, maar die voorzichtigheid geeft aan onze medewerkers wel de nodige rust. Zij voelen zich niet bedreigd door het gegeven dat mensen te onvoorzichtig zijn. Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen, maar over het algemeen hebben wij het gevoel dat de goed opgevolgde strenge richtlijnen ervoor zorgen dat wij niet opnieuw overspoeld zullen worden zoals in de eerste golf, toen in de eerste weken dat bedreigend gevoel zeker wel leefde. De voorzichtige aanpak is voor de druk op onze mensen dus een pluspunt.

Paul d'Otreppe: Sans tirer de conclusions définitives, nous pouvons déjà avoir certains messages de tout ce que nous avons vu.

Le premier, c'est que la réalité de notre mission, c'est d'amener des soins pour ce qu'on appelle un *health* continuum. Il y a des périodes où le patient est en bonne santé. Il y a une phase de prévention. Puis on pourrait avoir des périodes de diagnostic. Le patient peut être dans des périodes de traitement. Il peut être dans des périodes de post-cure, *home care*. Et puis, tout ce schéma se répète de la naissance jusqu'à la mort.

Si vous n'arrivez pas à créer une structure ou une réponse, en termes de système de soins, qui répond à cette logique de continuum, vous n'arrivez pas à avoir une réponse adéquate. Le morcellement que nous avons maintenant pose un vrai problème par rapport à la réalité de la mission qui nous est demandée.

Je ne dis pas qu'il faut tout intégrer, mais il faut tout connecter. Vous ne pouvez pas, aujourd'hui, avoir

des réalités déconnectées dans ce continuum de soins.

Si vous dites que l'objectif est de créer des soins de qualité, vous devez répondre à l'attente en termes d'innovation. Les patients vont relever la demande en fonction de ce qui est possible. Votre système de santé est donc un système continu.

J'ai parlé tout à l'heure des freins au changement. C'est catastrophique. Systématiquement, vous ré-innovez dans votre système de santé, sur les *process* de soins. Vous allez intégrer tous les débats liés à l'automatisation, l'informatisation, la robotique, toute l'innovation. Vous allez, à ce moment-là, redesigner le job de fait. Et puis, votre roue continue en refaisant un nouveau design, *process* des soins.

Systématiquement, si vous concevez votre système de santé comme un système figé, automatiquement, vous êtes toujours en retard. La présente présentation a été faite par Paul Stoffels à Gand au congrès que nous avons organisé en septembre. Il nous disait: "Détermine déjà où tu veux aller." Parce que, au fur et à mesure du temps, l'innovation attendue par vos patients va évoluer, va augmenter. Vous ne pouvez pas prodiguer des soins dans un monde totalement en rupture par rapport à ce que les gens attendent.

Si vous décidez d'implémenter de l'innovation, cela prend du temps. Je vais prendre la vidéoconférence, c'est un cas facile. Vous pouvez prendre toutes les techniques, qu'elles soient médicales ou non médicales. Un hôpital ne se réduit pas uniquement au médical. Si vous n'êtes pas assez visionnaire et n'anticipez pas l'innovation, systématiquement, vous n'aurez pas d'efficacité, c'est-à-dire que l'innovation implémentée dans votre hôpital n'est pas supérieure à l'attente des patients, et vous aurez donc une inefficacité, c'est-à-dire que votre hôpital correspondra toujours à ce que le patient considère déjà comme insuffisant par rapport à ce que vous pourriez faire.

Et votre métier évolue systématiquement avec le temps. Vous devez toujours vous poser la question: "Est-ce que ce que je fais aujourd'hui correspond à la meilleure valeur que le patient est en droit d'attendre par rapport aux moyens qui me sont donnés?"

Si on voit une espèce de matriochka, si la petite poupée russe qui est au-dessus représente bien des soins de qualité, juste en dessous, la matriochka précédente, ce sera l'innovation. Comment savez-vous faire évoluer votre système de santé pour qu'il corresponde exactement à la

meilleure déclinaison possible? Pour cela, vous avez besoin d'intégrer la structure. Quand on parle de structure, on ne parle pas seulement de l'hôpital. Nous sommes, comme association de directeurs d'hôpitaux, très fort intervenus dans le débat des réseaux, puisque nous étions les premiers à dénoncer que cela avançait au Nord du pays et pas au Sud. C'est normal. Pour beaucoup, nous avons des mandats aussi bien en Flandre qu'en Wallonie. Nous nous rendions compte qu'un *gap* dangereux grandissait au fur et à mesure des mois. Donc nous sommes intervenus, assez fort, pour encourager le fait que les réseaux se mettent en place en Wallonie.

À côté de cela, il y a le financement. Un conseiller d'un ministre français a dit récemment: "Tiens, les Belges sont les seuls à monter l'Everest par la face Nord." C'est la face la plus abrupte. Normalement, le réseau, c'est la conséquence de votre financement. C'est parce que vous avez décidé de financer par pathologies que vous devez rassembler les pathologies, que la connexion sur un bassin de soins impose aux acteurs qui étaient concurrents de devenir partenaires.

Aujourd'hui, qu'avez-vous comme enjeu? Dans votre structure hospitalière, vous n'arrivez pas à amener de solutions tant que vous n'avez pas intégré la première, la deuxième, la troisième ligne et tous les composants. Mais en même temps, vous devez arriver à ce que votre financement pousse les acteurs à devenir responsables. C'est un des gros sujets sur lesquels on a travaillé pendant la pandémie. Il est vrai que le gestionnaire, contrairement à ses collègues médecins et infirmiers, n'était plus vraiment en première ligne. C'est-à-dire dans un hôpital en fonctionnement hors pandémie, le directeur général est à la manœuvre et on est plutôt dans un débat de programmation d'organisation. Dans un débat de pandémie, vous êtes dans la réactivité. Les médecins directeurs que vous allez bientôt recevoir et les infirmiers qui sont là pour la partie soins sont clairement de première ligne, et vous êtes souvent là comme support. On parle peu de finances et de juridique au moment de la pandémie. On a pu utiliser toute cette période-là pour préalablement réfléchir à l'évolution du système de financement des soins de santé. Aujourd'hui, on reste convaincus que le financement *bundle payment*, c'est-à-dire le forfait par pathologie pour l'ensemble de l'activité, est de loin la meilleure solution.

Au même titre que vous travaillez sur l'après-covid, l'INAMI, le SPF et le cabinet se sont penchés sur le futur de notre système de soins, ce dont nous nous réjouissons.

En conclusion, nous disposons de toutes les pièces du puzzle. Nous avons une bonne recherche et développement. Nous avons de bonnes universités. Nous avons un enseignement qui a prouvé qu'il était adéquat pour répondre à la pandémie. Nous avons de bonnes formations. Nous disposons de moyens financiers. Tout le monde n'a pas cette chance. Le tout est maintenant de se fixer un cap et de définir vers quoi on veut aller. On devra pouvoir déminer et procéder à des adaptations là où c'est nécessaire. En effet, il ne sera pas si simple de passer d'un modèle à l'autre. On devra pouvoir mettre un peu d'huile dans l'engrenage. Mais notre système de santé est bien au service d'une population et on a le devoir de s'y adapter. Tel est le message à envoyer pour demain.

Il y a eu un avant-covid où la conviction générale était de croire que l'ancien modèle était un bon modèle, raison pour laquelle on a été rechercher toutes les études pour tenter de convaincre de ne rien changer afin d'éviter de tout casser ou, en tout cas, de faire moins bien.

Il y a maintenant un système après-covid. En effet, on a pu, avec une démonstration flagrante, montrer qu'on avait peut-être pris un peu de retard et que la covid était une opportunité pour un vrai débat de société en vue de définir vers quoi on souhaite aller demain. À ce niveau, vous êtes les architectes du futur.

Selon moi, il faut faire confiance au système et croire que l'on peut se fixer un but en termes qualité de soins attendus et que l'on peut laisser, dans le cadre de ce système, une certaine indépendance aux acteurs en termes de déclinaisons pour y aboutir.

On est, aujourd'hui, à la croisée des chemins, et on ne peut que louer l'initiative que vous avez prise. Travailler pour tirer les conclusions de ces mois de pandémie et sur la question de savoir quoi faire demain est vraiment la base du système. Nous vous félicitons pour cette initiative.

De voorzitter: Merci beaucoup pour vos réponses très détaillées.

Voor de leden wil ik even meegeven dat wij in principe nog een gedachtewisseling zouden houden met de experts, maar ook de experts zijn vragende partij om die uit te stellen. Ik vermoed dat de meeste leden dat goed nieuws vinden. Wij zullen straks overleggen hoe wij dit aanpakken. Zo zal iedereen tijd hebben de nota te lezen. Ondertussen is ook de vertaling naar het Frans opgestuurd.

Nous allons maintenant écouter Renaud Mazy, qui est le président de la Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique.

Renaud Mazy: Monsieur le président, mesdames, messieurs, chers parlementaires, chers experts, j'ai une bonne et une mauvaise nouvelle. La mauvaise est que je ne tenterai pas de répondre à toutes les questions que vous m'avez gentiment adressées et la bonne est que je ferai de mon mieux pour respecter le temps qui m'est imparti.

Merci pour l'invitation à témoigner dans le cadre de la commission covid-19 du Parlement fédéral. Ayant personnellement géré la crise au sein des cliniques universitaires Saint-Luc depuis le mois de février 2020, c'est au travers des événements que j'ai personnellement vécus et gérés depuis douze mois que je souhaite vous éclairer et amener inévitablement une série de réponses aux questions que vous avez posées.

La Conférence des hôpitaux académiques, que je préside et que je représente ce jour, a été créée en 1998 et regroupe les sept hôpitaux académiques du pays. Le but de cette Conférence est de défendre les initiatives et les intérêts des sept hôpitaux académiques en matière de recherche, de soins tertiaires et de formation des médecins spécialistes. Ces hôpitaux académiques pèsent lourd puisqu'on parle de plus de 3,6 milliards et plus de 29 000 employés en Belgique.

Mon exposé sera bref et mettra l'emphase sur dix recommandations. Plutôt que de tenter de répondre à toutes les questions, il nous semblait important et adéquat de venir avec dix recommandations précises et simples à mettre en place.

Venons-en d'abord à la crise covid qui nous occupe depuis douze mois. Sur base des informations circulant dans les médias nationaux et internationaux, nous avons décidé depuis la mi-février 2020 – largement avant le premier cas covid en Belgique – de mettre en alerte notre cellule de coordination hospitalière (CCH), prévue dans le cadre du plan d'urgence hospitalier, appelé communément plan PUH.

Le 13 mars dernier, date du début du confinement, nous avons 5 patients covid confirmés et 10 patients suspects. L'emballement du nombre de cas nous a poussés à mettre immédiatement en place une antenne de triage afin de désengorger nos urgences. À la demande des autorités, elle est devenue en date du 4 mai 2020, un centre de dépistage.

L'antenne a été ouverte grâce au personnel des

cliniques. Les médecins généralistes de notre zone sont venus vers nous pour proposer de remplacer les spécialistes en formation qui prenaient en charge les patients covid-19 suspects. Il s'agit là d'un très bon exemple – et je pense que ce n'est pas le seul en Belgique – de la relation qui existe entre les hôpitaux et la première ligne, même si nous sommes un hôpital universitaire.

Cette antenne fut définitivement démantelée début octobre au moment de l'ouverture du village de Mérode, un des centres de Bruxelles gérés par la Croix-Rouge. En tant qu'hôpital universitaire, nous avons décliné la demande de le gérer parce que nous estimons que notre mission et notre valeur ajoutée ne se situent pas là. C'est la Croix-Rouge qui gère ce centre, mais nous avons participé activement à son design. Je pense que le rôle d'un hôpital universitaire est aussi d'aider les autres structures à se mettre en place, tout particulièrement en période de crise. En outre, 14 200 personnes ont été prises en charge dans notre antenne, aux Cliniques Saint-Luc, avant sa fermeture.

Au sein de notre institution, depuis mars 2020, nous avons hospitalisé 1 100 patients covid-19, dont 165 ont été pris en charge aux soins intensifs, 178 sont décédés (soit 16 %) et 912 sont sortis des Cliniques guéris ou en passe de l'être. Sur ce graphique, vous voyez l'évolution du nombre de patients aux soins intensifs avec le total, la courbe la plus basse correspondant aux patients sous circulation extra-corporelle (ECMO). C'est aussi l'une des valeurs ajoutées des hôpitaux universitaires académiques, mais nous ne sommes pas les seuls à avoir des unités d'ECMO. Ce fut essentiel pour sauver des patients. Nous avons notamment un membre du personnel de 49 ans qui a montré un covid-19 extrêmement agressif et qui est resté plus de six semaines aux soins intensifs, sous ECMO. Il est aujourd'hui de retour et assure la gestion des opérations pendant la suite de la crise covid-19.

La diapositive suivante n'est présentée qu'à titre d'information, car nous pourrions tous comparer nos données. Vous voyez la répartition des décès que nous avons eus à Saint-Luc par catégorie d'âge, en fonction de la première et de la deuxième vagues. Évidemment, les plus de 80 ans ont été largement touchés durant la première vague. En termes de pourcentage, la population entre 65 et 80 ans, ainsi que les personnes âgées de plus de 80 ans, ont payé le tribut le plus lourd pendant la deuxième vague.

Il est aussi à noter que la systématisation des projets thérapeutiques personnels, ainsi que la prise en charge plus intensive dans les unités

d'hospitalisation, avec des systèmes qui permettent d'amener une oxygénothérapie plus forte dans ces unités, ont permis un pourcentage d'intubation inférieur à ce qui était vécu dans d'autres hôpitaux.

La diapositive suivante, où l'on parle de taux de mortalité en fonction de la première et de la deuxième vague, montre ceux qui sont décédés et ceux qui sont toujours vivants. Vous voyez qu'on a 21 % des patients hospitalisés qui sont décédés pour la première vague et 14 % pour la deuxième vague. En dessous, vous voyez l'écart entre ceux qui sont passés aux soins intensifs et ceux qui n'y sont pas passés. Vous voyez les différences en termes de taux de mortalité, lors de la deuxième vague en tout cas, pour ceux qui sont passés aux soins intensifs. Nous avons dû déplorer de l'ordre de 35 % de décès; je pense que ce chiffre ne va étonner personne.

Un des éléments déterminants fut l'adaptation continue de l'hôpital durant les deux vagues de covid-19, que ce soit l'antenne de triage, les urgences, les soins intensifs, le réveil, le quartier opératoire, les unités d'hospitalisation, le bloc d'accouchement. Toutes ces parties de l'hôpital ont été adaptées jour après jour, semaine après semaine, pour faire face à l'afflux des patients et, évidemment, séparer les patients covid-19 positifs des patients non covid-19, en tout cas sur base des analyses qu'on avait pu réaliser sur leur contamination.

Un autre élément essentiel se trouve dans le fait que des équipes de spécialistes de la gestion des flux humains et logistiques ont été rapidement mises en place. Ces équipes internes reprenaient des ingénieurs, des pharmaciens, des infirmières et des logisticiens. Des centaines de procédures ont été rédigées et ensuite réadaptées au fur et à mesure de la montée en puissance. Évidemment, cette équipe n'a pas fait le travail seule. Elle a accompagné le groupe de gestion de crise, constitué d'une vingtaine de personnes et composé des représentants du comité de direction, d'infectiologues, d'intensivistes, d'urgentistes, de membres du laboratoire, etc. C'est vraiment cette gestion qui nous a permis, à nous, de faire face à la crise.

Dès le début de la seconde vague, nous avons géré les lits d'hospitalisation et les lits de soins intensifs au niveau du réseau hospitalier loco-régional, avec nos collègues des Cliniques de l'Europe, de la Clinique Saint-Jean et de la Clinique Saint-Pierre Ottignies. C'est un choix. Tous les jours, on échange nos informations. Tous les jours, surtout en cas de montée du nombre de patients, les intensivistes discutent ensemble. Les

infectiologues, les directeurs médicaux peuvent aussi discuter ensemble afin de voir comment répartir les patients au sein du réseau si nécessaire. Personne n'oblige à cela, mais je pense que c'est un très bel exemple de ce qui est possible de faire à travers les réseaux hospitaliers loco-régionaux qui ont été imposés. C'est un des exemples de ce que l'on peut réaliser.

Les stocks de matériel de protection ont aussi été partagés. Beaucoup de matériel a quitté Saint-Luc pour aller vers les autres hôpitaux ou même vers l'aval. Les expertises et les modules de formation ont aussi été échangés au sein du réseau. C'est un des rôles des hôpitaux académiques: faire profiter les autres de leur expertise et de leur mise au point de la meilleure prise en charge des patients. D'innombrables collaborations ont vu le jour au sein du réseau hospitalier, simplement sur la base d'une bonne volonté des autorités et des équipes de terrain.

Concernant la protection de notre personnel, nous sommes fiers d'être parvenus à anticiper les différents événements et nos équipes n'ont jamais dû travailler sans les moyens de protection recommandés ou imposés. La plupart du temps, nous étions plus stricts en interne que nous l'imposaient les autorités, mais je ne vous cache pas que ce fut extrêmement difficile. Je pense que c'est important que les parlementaires le sachent, nous avons néanmoins, sur les 6 000 membres du personnel, 592 membres du personnel qui ont contracté le virus covid-19. Sur la base des enquêtes réalisées par l'hygiène et par les contacts avec les infectiologues, nous estimons qu'environ un tiers de ceux-ci, malgré le fait que nous avions toujours les moyens de protection suffisants, sont tombés malades suite à une contamination par un patient ou par un collègue.

En toute transparence, et vous l'avez lu dans la presse, une de nos infirmières en chef est décédée du covid-19, chez nous, dans les soins intensifs. Pour les 6 000 personnes qui travaillent aux soins intensifs, ce fut quelque chose qui nous marquera à tout jamais et qui nous marquera au fer blanc dans notre expérience hospitalière et de la crise.

Il y avait des questions relatives aux membres du personnel quant à savoir s'ils avaient dû travailler en étant infectés. Un seul membre du personnel infecté, mais asymptomatique, a été invité à travailler quelques jours vu le taux d'absentéisme extrêmement élevé dans certaines unités de soin. Très rapidement ensuite, nous avons continué à discuter de cela et décidé que, quelle que soit la situation, nous ne l'autoriserions plus dans le futur puisqu'il y avait un risque de contamination du reste du personnel.

Concernant le *testing*, nous avons démarré notre plate-forme fédérale fin 2020. À ce jour, nous avons réalisé plus de 70 000 tests PCR, comme les autres plates-formes fédérales.

Nous n'avons jamais refusé l'hospitalisation d'un patient provenant des maisons de repos. C'était fondamental. On a bien entendu que les résidents étaient abandonnés dans certaines maisons de repos. Pour notre part, nous avons toujours essayé, à travers notre service des urgences, notre service social, nos infectiologues et nos hygiénistes, de conseiller les maisons de repos qui nous contactaient.

Nos recommandations sont les suivantes:

1. Chaque hôpital doit disposer d'un plan Pandémie. Tous les hôpitaux ont un plan d'urgence hospitalier. Il faut qu'il soit régulièrement mis à jour car le grand danger est qu'il ne le soit plus après quelques années. Il en va de même pour ses procédures nécessaires (plusieurs centaines). Ce plan doit s'inscrire dans le cadre d'un plan fédéral de lutte contre la pandémie.

2. Les lits d'hospitalisation et de soins intensifs doivent être gérés au sein des réseaux hospitaliers locaux et régionaux même si ce n'est pas une obligation, il me semble que c'est le bon sens qui doit nous y pousser. Il faut aussi une mise en commun des stocks de matériel, de médicaments et d'équipement de protection individuelle.

3. Même si ce sujet fait débat, nous pensons qu'il ne faut pas dédicacer certains hôpitaux à la prise en charge de patients covid et d'autres pour la gestion de patients non-covid. C'est une fausse bonne idée en cas de pandémie. Avoir un hôpital comme Saint-Pierre spécialisé en Belgique et qui peut accueillir quelques dizaines de patients en cas d'épidémie semble absolument nécessaire, mais imaginer qu'en cas de pandémie, comme nous vivons actuellement, un patient serait pris en charge dans un hôpital non-covid, mais une fois testé positif, il serait alors transféré dans un autre hôpital, ce n'est pas raisonnable. De la même manière, il ne faut pas oublier que les hôpitaux qui auront traité des patients purement covid vont subir des impacts à long terme sur leur financement et sur leur réputation.

4. La collaboration structurelle entre les hôpitaux et les MR/MRS doit être rendue obligatoire. Il y a déjà des dispositions. Je pense sincèrement qu'il faut les renforcer avec des dispositions spécifiques liées à la gestion de crise et de pandémie. En voici quelques exemples: soutien par des médecins hospitaliers, formation du personnel des MR et des MRS, aide en cas de *shortage* d'équipements de

protection individuelle etc.

Il en est de même, à mes yeux, pour la 1^{ère} ligne. Des liens structurels doivent exister avec la 1^{ère} ligne que l'on soit un hôpital généralisé ou universitaire.

J'ajouterai que les hôpitaux académiques doivent utiliser leurs compétences et leur expertise. Ils doivent pouvoir guider les hôpitaux généraux, la 1^{ère} ligne et l'aval, mais aussi innover et mettre au point la prise en charge des nouvelles pathologies et des nouvelles technologies tel que nous l'avons vu dans la mise au point du *testing*.

En ce qui concerne les approvisionnements, moyens de protection, etc., il y a un point important: en date du dimanche 26 janvier 2020, je suis à la maison avec mes enfants et mon épouse. Je reçois un appel des autorités fédérales qui m'informent que le président chinois les a appelés (tous les pays et entre autres les autorités fédérales) avec une demande expresse dont le but était d'identifier tous les fabricants d'équipements de protection (masques, blouses, etc.) et d'identifier les stocks disponibles sur le sol belge afin que les autorités chinoises puissent acquérir en urgence ce matériel et en réserver les productions à venir. Pourquoi moi? Parce qu'avant de passer dix ans dans les hôpitaux, j'ai travaillé pendant dix ans dans le secteur pharmaceutique et mon tissu relationnel a permis de mettre les autorités en relation avec des industries produisant ce type d'éléments.

J'ai compris ce jour-là que le stock stratégique belge avait été, vu son obsolescence, détruit sans avoir été remplacé. Sur la base de cette information et de celles en provenance de la Chine, de l'Italie et de la France, nous avons décidé d'augmenter, doucement mais sûrement, nos stocks d'équipements de protection individuelle mais aussi notre stock de médicaments. C'est cela qui nous a permis de passer au travers sans nous retrouver à court de ces éléments essentiels. La décision fut cruciale.

Les premières difficultés sont ensuite apparues en matière d'approvisionnement de matériel de protection et particulièrement de masques. Sans exagérer, ce fut un chaos total au niveau des approvisionnements et particulièrement des masques. Les prix étaient multipliés par quinze. Les usines étaient réquisitionnées par les autorités. Nous avions signé une commande avec des fournisseurs. Les autorités, entre autres françaises, décidaient d'interdire l'exportation. Des stocks ont été bloqués aux passages des frontières en Asie, par les autorités du pays, pour éviter qu'ils ne quittent le pays.

Nous avons connu et vous l'avez entendu, des

demandes de paiement immédiat de la somme totale pour le lot de masques sans aucune garantie sur la livraison, la qualité ou la date de livraison.

Je ne vous raconterai pas en détail la saga de la *task force*, avec le premier lot de masques commandé et ensuite la gestion des commandes belges. Pour ces lots, le cahier des charges n'a pas été bien réalisé, vous le savez. Je témoignerai juste du fait que nous étions extrêmement limités en masques FFP2, mais qu'un lot était sur le point de nous parvenir. Il a été bloqué pendant 40 jours aux douanes en Belgique. Je peux vous dire que, même en engageant un bureau d'avocats et en envoyant des lettres, aucune lettre officielle ne nous a été adressée pour savoir si c'était les douanes qui bloquaient ou les autorités. Ce lot, nous l'avions acheté et déjà payé en partie.

Quand je vous parle de chaos, je pense que ces exemples vous montrent à quel point ce fut une période extrêmement difficile pour les gestionnaires hospitaliers.

Aujourd'hui, je ne vous cache pas mon incompréhension totale quant à la gestion des stocks stratégiques, aux lenteurs en matière de réactivité et à l'amateurisme constaté. Je tiens à souligner le travail acharné des services d'achat et de logistique. On peut souligner le travail de ces équipes dans tous les hôpitaux. En tout cas chez nous, certains membres du personnel des cliniques étaient privés de moyen de protection contrairement à d'autres institutions. Je soulignerai aussi qu'après ces débuts difficiles de la *task force*, les choses se sont très fortement améliorées et d'excellents résultats ont été constatés.

Nos recommandations sont au nombre de trois et elles ne doivent pas vous étonner le moins du monde.

1. Il faut un stock stratégique d'équipements de protection individuelle qui doit être maintenu en Belgique et régulièrement renouvelé. Les hôpitaux peuvent participer à cet effort pour le renouveler en le consommant et en le payant au prix auquel il a été constitué.

2. Des accords européens doivent être conclus afin de garantir l'approvisionnement en médicaments critiques. Le nombre d'heures passées parce que contactés par nos collègues qui manquaient de curare, de tel produit, qui ne voyaient comment ils pourraient opérer en urgence ni comment maintenir leurs patients intubés, c'est quelque chose qui nous a tous extrêmement marqués.

3. En cas de nouvelle pandémie, les ressources spécialisées des hôpitaux, que ce soient celles des infectiologues, des intensivistes, mais aussi celles

des acheteurs, et bien d'autres, doivent être intégrées le plus tôt possible dans la *task force*.

Nous connaissons notre métier. Nous le faisons depuis des années. Nous sommes là pour aider les autorités et les soutenir en pareil cas.

Difficultés au niveau des instructions reçues des autorités durant le pic de la première vague: au début, j'ai reçu des instructions qui sont arrivées le même jour ou le lendemain, et qui n'étaient pas les mêmes!

Je les ai reçues du fédéral; je les ai reçues de la Fédération Wallonie-Bruxelles dont je dépends (ma ministre de tutelle est Mme Glatigny); je les ai aussi reçues de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Région wallonne. Alors, je sais que Saint-Luc est un cas particulier car l'hôpital se situe à la limite de Bruxelles, avec beaucoup de patients qui viennent d'autres régions, mais cela vous illustre de nouveau à quel point le début fut chaotique aussi en termes de communication.

La communication fut tardive: recevoir des instructions en tant que dirigeant hospitalier à 20 h 00 le dimanche avec une application stricte et obligatoire dès le lendemain... On n'a pas compté nos heures, on ne les compte jamais, mais quand vous devez réorganiser des flux de patients, réorganiser du *testing* et que vous avez quelques heures pour le faire, vous comprenez comme moi que c'est tout à fait irréaliste. Il s'agit donc aussi de communication contradictoire ou non réaliste; une cacophonie à nos yeux qui met surtout en évidence la vraie lasagne institutionnelle belge et, évidemment, l'impression de ne pas avoir été entendu.

J'ai été entendu par le Parlement bruxellois, comme mon collègue Marc Noppen, qui expliquait avoir contacté le politique pendant le mois d'août afin de partager son inquiétude sur la deuxième vague. J'ai eu l'occasion de le faire avant la montée exponentielle de la deuxième vague sur les antennes et toujours avec cette impression qu'on n'était pas entendu, ou qu'en tout cas, notre expertise n'était pas nécessairement prise en compte. Néanmoins, je tiens à souligner la communication plus fluide depuis la mise en place et la structuration du groupe fédéral Hospital & Transport Surge Capacity (HTSH).

En ce qui concerne nos recommandations, elles sont importantes. Quel que soit le niveau de régionalisation des soins de santé en Belgique, qu'on reste où on en est, qu'on refédéralise ou qu'on régionalise complètement, il faut impérativement une seule et unique cellule de commandement. Il faut une seule et unique unité

d'implémentation, avec une seule équipe et une uniformité entre les Régions, sauf exception majeure. La Belgique est un petit pays. On ne peut pas comprendre qu'un couvre-feu soit différent si on se trouve d'un côté de la rue ou de l'autre. Personne ne peut le comprendre.

Il faut aussi une seule et unique cellule fédérale de gestion des lits d'hospitalisation, et particulièrement des soins intensifs. Le modèle néerlandais est un bon modèle. Je vous invite, si vous ne le connaissez pas, à aller le découvrir. Il y a une cellule de commandement au niveau national des Pays-Bas, qui distribue les patients au niveau des soins intensifs et qui assure cela.

Vous l'avez entendu par mes collègues, vous l'avez certainement entendu à d'autres occasions: qu'est-ce qu'on a dû faire quand il fallait transférer des patients! On nous a d'abord dit: "Vous devez essayer de voir dans votre réseau". D'accord, on voit dans notre réseau. Puis: "Cela ne va pas dans votre réseau, essayez de voir avec vos collègues dans la province s'ils ne sont pas d'accord de prendre les patients". Oui, mais on est tous saturés. On a tous beaucoup de patients.

"Mais si vous êtes bloqués, alors vous pouvez faire appel à l'inspecteur de la Région qui va vous aider." Je suis désolé, honnêtement, ce n'est pas sérieux. Ce n'est pas comme cela qu'on peut gérer une pandémie, et un tel afflux de patients. Il faut une unité centrale. Enfin, il faut une seule et unique unité de communication. On l'a dit et on le répète, la communication est toujours difficile dans une crise.

Recommandation suivante: il faut une implication des acteurs de terrain. Je l'ai déjà dit. Les fédérations hospitalières sont les partenaires idéales pour être les courroies de transmission entre les équipes fédérales de gestion de crise et les hôpitaux. Est-ce normal que les CEO des hôpitaux essaient tous d'appeler le ministre de la Santé, leur ministre de tutelle? Non, cela n'a pas de sens. Il y a des fédérations et on doit compter sur elles.

Enfin, une fois les indicateurs de crise définis pour les hôpitaux, comme cela a déjà été dit, ceux-ci doivent pouvoir être audités et vérifiés par les autorités afin de s'assurer que tous les hôpitaux suivent précisément les instructions fédérales et jouent le même jeu. Je ne suis pas en train de dire ici que certains ont fait leur maximum pour éviter des patients ou pour essayer de continuer leurs activités. Je pense simplement qu'en cas de crise, il faut des indicateurs clairs, standardisés, audités, qui permettent aux autorités fédérales de prendre les décisions.

Je ne voudrais pas terminer mon exposé sans vous parler du financement hospitalier et, surtout, de notre première ressource, l'humain, les deux étant éminemment liés dans le monde des hôpitaux. Vous le savez, les hôpitaux du pays ont dû faire face à des cures d'amaigrissement majeures en matière de financement. En 2018, la Conférence des hôpitaux académiques belges avait estimé, chiffres à l'appui, que les hôpitaux académiques avaient perdu plus de 100 millions d'euros de financement sur quatre ans et avaient subi deux fois plus l'impact des mesures d'économie que la moyenne des hôpitaux en Belgique.

Mon but n'est pas ici de dire qu'on n'a pas été gentil avec les hôpitaux académiques, ce n'est pas ça. Je ne demande pas de compassion par rapport à cela. Je parle juste factuellement. Cela s'est passé malgré le fait que nous jouons un rôle critique en matière d'enseignement, bien sûr, mais aussi de recherche et d'innovation, de mise au point de technologies, de nouvelles prises en charge. Nous, les hôpitaux académiques, réalisons 85 % de la recherche médicale belge. C'est essentiel, non seulement pour les hôpitaux, les patients, mais aussi pour le tissu socio-économique.

Aux cliniques universitaires Saint-Luc, entre 2014 et 2018, nous avons perdu plus de 25 millions de financement annuel malgré une activité en croissance, alors que notre marge financière annuelle se situait, avant ces coupes drastiques, entre 5 et 10 millions. Vous retirez 25 millions de cette somme, vous vous retrouvez dans des chiffres de l'ordre de moins 20 millions.

On a pu passer au travers de ça, mais au prix d'efforts colossaux réalisés par tous les métiers, année après année, et de plus en plus.

Avant la crise covid, plus d'un hôpital sur trois en Belgique était en perte et, sans le soutien financier des autorités – que je salue –, la situation serait devenue catastrophique depuis la première vague de contamination. Si vous mettez cela en parallèle avec le manque d'attractivité des métiers soignants – à Saint-Luc, il y a 150 postes pour lesquels on ne trouve pas d'infirmières –, le cocktail devient rapidement détonnant dans tous les hôpitaux. Il manque des dizaines de milliers d'infirmières en Belgique et il en manquera de plus en plus. Je souligne les efforts réalisés par les autorités et par le gouvernement. Bravo pour la revalorisation salariale! Bravo pour le fonds blouses blanches! Les budgets sont libérés et vont arriver mais il n'y a pas d'infirmières sur le marché. On peut mettre tous les moyens nécessaires, si vous avez besoin de dizaines de milliers d'infirmières et que vous n'en avez que quelques centaines qui sortent

chaque année, cela n'ira jamais! Il faut faire quelque chose en plus! La revalorisation salariale est importante mais si vous connaissez la psychologie du travail, vous savez que la revalorisation salariale n'a qu'un effet très temporaire sur le moral et la motivation. C'est donc structurellement qu'il faut trouver de solutions.

Je terminerai sur une note positive et un grand espoir. Cette crise historique nous a fait découvrir des trésors humains, et je pèse mes mots. Il y a eu une flexibilité inimaginable. Je n'ai jamais imaginé, depuis dix ans, que Saint-Luc et les autres hôpitaux pouvaient montrer une telle flexibilité dans leur organisation avec leurs équipes. Il y a eu une entraide, une collaboration et une solidarité insoupçonnées, même si on sait que l'humain est essentiel chez nous.

Face à cette crise, nous avons décidé dans le courant de l'été dernier de prendre soin de nos personnels comme jamais nous ne l'avons fait: fauteuils de massage à disposition en permanence, service de conciergerie, cadeaux de fin d'année, soutien psychologique, soutien familial, événements et surtout petites attentions en permanence pour le personnel. L'année 2021 sera d'ailleurs officiellement pour nous l'année du personnel et nous voulons que cela prenne tout son sens.

Je n'aurai pas la prétention de vous dire dans ces domaines de financement et d'humain ce qu'il faut précisément faire, que ce soit en termes de refinancement, de moyens supplémentaires, de revalorisation salariale, d'attractivité du métier. Vous êtes nos élus et nous avons besoin de vous dans les hôpitaux et nous comptons sur vous pour faire de cette crise le démarrage d'une nouvelle ère des soins de santé et non pas le début de la faillite de notre système tant convoité pour sa qualité et son accessibilité.

Je vous remercie pour votre attention.

De **voorzitter**: Het woord is nu aan de commissieleden.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, collega Gijbels moest even weg. Wij zouden graag aansluiten wanneer zij terug is, na de andere fracties.

Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen): Je vous remercie vraiment pour toutes ces interventions qui sont très claires et qui ne nous amènent pas à des conclusions positives forcément, puisqu'on voit à quel point des choses auraient pu se passer différemment et mieux. Mais je trouve que les

recommandations et ce que vous proposez, ce que vous amenez, ont au moins le mérite d'être extrêmement clairs. Merci beaucoup.

Ma collègue et moi partageons la parole. Je voudrais revenir pour ma part sur trois éléments du tout début de l'intervention de cet après-midi. Un exemple a été donné sur la capacité d'anticipation de la pandémie et de l'exemple de Singapour. Il a été question de l'anticipation liée à des choix en termes de sécurité sociale. J'aurais aimé savoir plus sur ce choix en termes de sécurité sociale. Je ne trahis pas un secret en disant qu'il y aura une réflexion sur l'harmonisation, sur le questionnement en termes de soins de santé et davantage encore sur les questions liées au devenir de ce système de sécurité sociale. J'aurais donc voulu en savoir un peu plus sur l'analyse qui a été faite.

Par ailleurs, on a évoqué le partage des données et d'informations et le fait que, dans ces moments, la réaction doit se faire sans délai pour que l'information circule le plus rapidement possible. Mais cela revient toujours un peu en questionnement avec la sécurité de ces informations, la sécurité pour les patients, la sécurité pour la protection des données personnelles, etc. Comme il a été grandement question d'une espèce d'esprit de solidarité généralisé parce qu'on se disait que maintenant, la situation est telle que l'information doit impérativement circuler très vite et qu'on puisse travailler rapidement, je me demandais ce que vous gardiez de cet épisode en termes de partage de données.

De notre côté, on questionne régulièrement l'*open data*, que ce soit sur le suivi de la vaccination, sur le suivi du *testing*, etc. En matière de soins de santé, eu égard aux patients entrant et sortant des hôpitaux, il faut être extrêmement vigilant quant à la protection des données de ces personnes, tout en maintenant l'équilibre entre le respect des données à caractère privé et les données importantes, car elles pourraient servir à des fins que nous ne souhaitons pas.

Enfin, la question du manque de matériel au début de la crise. Ce sont des choses qui resteront pendant des années dans nos esprits. Ce masque dit "de confort", il en a été question pendant les présentations ainsi que l'idée de l'impact que tout cela pouvait avoir. Ce sont des questions que nous avons posées à différents secteurs professionnels. J'avais rappelé le fait qu'à un moment donné, on recommandait aux policiers de ne pas porter de masque dans la rue parce que cela risquait d'être anxiogène.

Avec le recul que nous avons sur la situation, concernant ces masques de confort qui ont été proposés à la place des FFP2 et tout ce débat sur la nécessité des masques, à quoi estimez-vous qu'ils sont le plus nécessaires? Il a été question d'impact psychologique sur le personnel. Avez-vous pu observer des actes de solidarité au niveau du personnel, par exemple dans le chef de personnes qui ne se servaient pas de leurs masques ou en fabriquaient?

Estimez-vous avec le recul que ça a été un élément important dans l'opérationnalisation des démarches au sein des hôpitaux? Au final, serait-ce à refaire? Certes, il y a plein de choses que l'on ne referait pas, mais si cela devait se reproduire, vaudrait-il mieux recourir à des masques de confort, même si nous nous questionnons encore quant à leur efficacité? Ou bien avez-vous l'impression qu'ils avaient plutôt pour vocation de rassurer plutôt que de protéger?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik dank alle sprekers om al zo gedetailleerd op onze vragen te antwoorden. Ik heb twee korte bijkomende vragen. De eerste is voor de heer Christiaens.

Mijnheer Christiaens, u zegt dat we een soort van controletoren nodig hebben. Die zou ons in het begin van een pandemie waarschuwen voor wat er op ons afkomt. Rekening houdend met wat er al gezegd werd in de hoorzittingen met de RAG en de RMG, en afgaand op wat er allemaal vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gecommuniceerd, dan bestaat er al zo'n controlesysteem. Wat bedoelt u dan precies als u zegt dat we een controletoren nodig hebben? Zegt u dan dat we het bestaande systeem moeten hervormen, omdat het niet gewerkt heeft? Hoe moet ik uw woorden correct interpreteren? Als ik goed luister naar wat de RMG zegt, dan blijkt dat zij heel veel waarschuwingen hebben gekregen, maar nooit ernstig genoeg om een en ander in gereedheid te brengen. Ik had dus graag van u vernomen hoe u daarnaar kijkt.

Mijn volgende vraag is bestemd voor de heren Christiaens en Mazy samen. U zegt dat u in de zomer, tussen de twee golven door, uw uiterste best hebt gedaan om uw medewerkers fysiek en mentaal tot rust te laten komen. Is dat gelukt? Hoe ging u op dat moment al om met een toenemende vraag van uitgestelde zorg? Of was er toen nog geen sprake van een toenemende vraag? Hoe hebt u het voor elkaar gekregen om uw personeel tot rust te laten komen en hen daarnaast ook al aan die uitgestelde zorg te laten werken?

Patrick Prévot (PS): Nous nous étions partagé les auditions avec mon collègue Hervé Rigot, mais il a malheureusement dû nous quitter. J'ai donc repris

les auditions en cours, mais je tiens évidemment à remercier les orateurs de cet après-midi pour les informations qu'ils ont pu nous communiquer et leurs pistes de réflexion qui vont très certainement nous aider au niveau de l'élaboration de notre rapport. Pour le surplus, j'avais évidemment l'une ou l'autre question et Mme Leroy en a posé l'une ou l'autre. Je laisserai évidemment les collègues poursuivre, étant donné que j'ai repris l'audition en cours, pour éviter de poser des questions auxquelles vous avez déjà répondu pendant votre intervention. Si j'avais évidemment l'un ou l'autre complément, je ne manquerais pas de vous le faire parvenir, notamment par écrit.

Dominiek Sneppe (VB): Ik dank de sprekers van vannamiddag voor hun getuigenis. Professor Vlieghe stelde dat als de ziekenhuizen gewerkt hadden zoals de overheid, er niet veel overlevenden geweest zouden zijn. Gelukkig is hier duidelijk geworden dat u wel geanticipeerd hebt en er klaar voor was.

Ik heb nog enkele vragen. Men heeft het gehad over de noodzaak van een internationaal watchsysteem om de evolutie van infectieuze ziektes op te volgen. Is dat echter niet de taak van de WHO en het ECDC? Is dat niet hun rol of hebben ze dat deze keer slecht aangepakt?

U merkt op dat er oorspronkelijk niets was geregeld voor de transfer van patiënten en pleit voor meer automatisering. Wat bedoelt u daar precies mee? Van het terrein horen wij immers dat de automatisering bij een transfer nog niet vlot verloopt en dat nog altijd veel administratief werk vereist is. Zal verregaande automatisering echt een vergemakkelijking betekenen?

Wat de testen betreft, is er op een bepaald moment veel geld naar de privélabs gegaan. Die werden ingeschakeld, omdat de testcapaciteit van de andere labs te klein was. Een spreker stelde dat daardoor geld voor onze zorg naar het buitenland gaat, naar multinationals, wat eigenlijk niet de bedoeling is. Ik maak daaruit op dat er eigenlijk te weinig gebruikgemaakt is van de capaciteit van de ziekenhuislabs. Heb ik dat soms verkeerd begrepen? Was die capaciteit er? Waarom werd die niet benut? Wie heeft beslist om niet met de ziekenhuizen te werken, maar wel met privélabs? Dat heeft tot wat beroering geleid bij de universitaire ziekenhuizen. Werd er eigenlijk persoonlijk geageerd tegen beslissingen van de overheid?

We hebben al meermaals gehoord dat de productiecapaciteit van beschermingsmaterieel en ander medisch materieel dichter bij huis in Europa gesitueerd moet worden, zodat het niet langer van

de andere kant van de wereld moet komen.

Nu produceren zelfs Belgische bedrijven mondmaskers, maar die slagen er niet in om die overheidsopdracht binnen te halen. Ik weet niet of dat nog steeds zo is, maar wij krijgen toch signalen dat onze eigen fabrikanten niet door de overheid werden benaderd om mondmaskers te maken.

U wilt dat – wij willen dat allemaal – dicht bij huis, zeker na het voorbije debacle. Kopen de ziekenhuizen nu al mondmaskers of ander materiaal van eigen bodem? Over welk materiaal gaat het dan?

Mijnheer Mazy, u hebt mij de wenkbrauwen doen fronsen. Dat is al een paar keer gebeurd vandaag. U vertelde dat u op 26 januari telefoon kreeg van de federale overheid – ik begreep niet goed wat zij juist van u verwachtte, maar het ging over mondmaskers of ander medisch materiaal dat u zou moeten bestellen –, maar toen wist u eigenlijk al dat de strategische stock vernietigd was. Onze commissie is al van vorig jaar bezig en u bent de enige die zegt dat hij dat zo vroeg wist. Dat hebben wij hier nog nooit gehoord. Iedereen zegt dat men dat niet wist en dat men dat te weten is gekomen in de krant. U was blijkbaar toch snel op de hoogte, want het was nog maar januari. Er was nog niemand op de hoogte dat er een tekort aan medisch materiaal was, maar u was wel op de hoogte, omdat u vanuit het verleden professionele banden met de farmasector hebt.

Ik frons mijn wenkbrauwen, omdat u dat wist, terwijl het toch een heel goed bewaard geheim was. Het duurde immers nog een aantal maanden voor dat openlijk bekend werd. Waarschijnlijk zullen de zorgverstrekkers wel hebben ondervonden dat er te weinig materiaal was, maar toch is er nog een hele tijd overgegaan, voor wij wisten dat de strategische stock vernietigd was.

Hebt u dat toen al gecommuniceerd aan uw collega's? Was er toen al de mogelijkheid om echt in actie te treden en heeft de overheid dat dan ook gedaan? Ik vind het zeer raar dat dat al zo vroeg bekend was en dat er toch heel lang een groot tekort was.

Er is nog een ander element. Ik weet niet of dat in hetzelfde telefoontje werd besproken, maar er is wereldwijd gevraagd om medisch materiaal naar China te sturen, omdat China in december en januari het zwaarst getroffen was en er daar tekorten waren.

Wij hebben de vraag gesteld aan toenmalig minister De Block in 2020. Zij beweerde al van bij het begin dat België nooit materiaal naar China

gestuurd of eigenlijk teruggestuurd, aangezien het oorspronkelijk van China kwam.

Mijnheer Mazy, hebt u daar weet van?

Misschien was dat ook in het bewuste telefoongesprek of was het misschien de aanleiding voor het telefoongesprek.

Hebt u er weet van of medisch beschermingsmateriaal eind januari 2020 van bij ons naar China is teruggestuurd?

Nathalie Gilson (MR): Merci beaucoup aux intervenants pour leur exposé et leurs recommandations précises, qui nous seront certainement utiles dans le cadre de notre travail.

À l'instar de ma collègue d'Ecolo, je me suis également interrogée sur la visite de l'hôpital à Singapour évoquée par M. Christiaens (ou s'agissait-il de M. d'Otreppe?). Il expliquait que tout fonctionnait de manière numérique, ce qui permettait aux médecins de se concentrer sur les actes médicaux. Bien sûr, il s'agit là du fonctionnement dans un monde idéal, mais on dit parfois que l'enfer est pavé de bonnes intentions.

La question du respect de la vie privée et des données à caractère personnel est un sujet à propos duquel j'interviens souvent au Parlement. Si les recommandations sont en faveur d'une numérisation plus poussée pour faciliter les échanges entre hôpitaux, entre les maisons de repos et différents acteurs, il faudra vraiment être attentif à des aspects tels que le consentement du patient ou l'effacement des données après un certain temps.

De même, il faudra également veiller à ce que les données restent proportionnées au but poursuivi. Des groupes de travail au sein des hôpitaux ou des fédérations se penchent-ils déjà aujourd'hui sur cette numérisation poussée et sur le respect de la vie privée?

Je voulais également aborder une question relative au financement, car les hôpitaux en ont un réel besoin. Disposez-vous d'outils qui permettraient de calibrer les besoins en financement ou en capacité de personnel, afin de trouver le juste équilibre entre un fonctionnement en "vitesse de croisière" et un fonctionnement en temps de pandémie? Comment disposer de réserves suffisantes pour faire face à la pandémie tout en calibrant les hôpitaux, leur personnel médical et infirmier et leur financement sur la pandémie? En tant que politiques, nous devons être attentifs au budget public et trouver des équilibres. Les dépenses doivent toujours être financées par des recettes, et celles-ci ne sont pas

illimitées.

Avez-vous, de votre côté, des outils permettant de voir où se situerait l'équilibre entre une vitesse de croisière et des pandémies? Car d'après les experts, nous sommes malheureusement appelés peut-être à devoir faire face à d'autres pandémies ou du moins s'y préparer afin d'être le mieux armés pour y faire face.

J'ai noté dans les commentaires de M. Mazy quelques points positifs: le fédéral avait joué le jeu lors de la carence en curare. Il faut souligner que cette crise a permis des avancées telles que des consultations par téléphone et les soins à domicile. Le télétravail aussi présente certains avantages, notamment pour ce qui est de la réduction des déplacements, la diminution de la pollution et, par certains aspects, les soins à domicile qui permettent de garder le patient chez lui.

Dans les recommandations par rapport aux stocks stratégiques en matériel de protection, vous avez indiqué qu'ils devaient être régulièrement renouvelés et qu'ils seraient répartis dans les hôpitaux et je suppose dans les MR. Pouvez-vous le confirmer? Toutefois, cela nécessite un suivi de ces stocks ainsi qu'une mise en place pour savoir comment organiser au mieux l'inventaire, la communication. Y a-t-il déjà un suivi centralisé de l'inventaire de stocks qui permettrait des commandes groupées? Car là aussi, il y a un aspect lié aux marchés publics et gains d'économies d'échelle si les commandes sont regroupées.

En ce qui concerne l'achat groupé, vous le recommandez au niveau européen au travers d'accords européens, même pour le matériel, puisqu'on s'est rendu compte de l'existence d'une concurrence incroyable, que le marché est extrêmement tendu au niveau international. On peut même s'interroger... Lorsque l'on voit ce qui se passe pour les vaccins, je me suis réjoui que l'Europe lance des marchés pour l'Europe et les répartisse dans les pays. Malgré cela, alors que ce n'était pas prévu dans les traités européens, il y a eu la volonté politique de le faire.

Malgré cela, on constate, à présent que le problème est mondial désormais, que l'Europe n'est pas une puissance tellement forte, tellement solide pour faire face aux autres. En tout cas, oui, je suis tout à fait favorable à votre suggestion d'avoir des accords européens pour le matériel, mais je crois qu'au vu de ce qu'il se passe actuellement, c'est le minimum que l'on doit faire. Cela, c'est certain.

À propos de la communication, vous disiez qu'il

fallait être plus rapidement impliqué dans les cellules. Je voulais savoir si, justement, vous aviez l'impression qu'au début, tout avait été trop géré par l'administration et pas suffisamment par les acteurs de terrain et, là aussi, comment créer une espèce de plateforme qui permettrait de vous intégrer, vous, les fédérations? J'ai bien noté qu'effectivement, cela ne sert à rien que chaque directeur d'hôpital essaie d'appeler les cabinets ou autres, mais que les fédérations aient un lien structurel avec l'administration.

En tout cas, comme cela a été dit, je crois que tout le monde a essayé de faire de son mieux. Vous tous, particulièrement, au nom du groupe MR, je voudrais vraiment remercier tout le personnel de vos institutions, maisons de repos, hôpitaux... Vraiment, un grand merci pour ce que vous avez fait et ce que vous continuez à faire.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil de sprekers danken voor hun uitgebreide toelichting. Wij hebben heel wat gehoord waar wij mee zullen kunnen werken. Ook de aanbevelingen waren zeer concreet. Ik dank de drie sprekers voor het vele werk dat zij daarin gestoken hebben, en voor de uitgebreide toelichting.

Heren, ik heb wel nog een viertal vragen.

Wij hebben enkele gesprekken gevoerd met ziekenhuisdirecteurs in de voorbije twee maanden. Heel wat mensen spreken over een referentieziekenhuis per Gewest in tijden van een pandemie of in tijden van een sanitaire crisis. Ik heb mij altijd afgevraagd of het dan haalbaar is de reguliere zorg te laten doorlopen?

Als wij effectief overgaan tot een referentieziekenhuis per Gewest, kunnen wij dan de garantie bieden dat de reguliere zorg doorloopt? Er moeten toch voldoende handen aan het bed zijn om dat te volbrengen?

Graag krijg ik uw inzichten daarover.

Wij hebben ook gesprekken gevoerd over de herfinanciering van de ziekenhuislabo's. Wij hebben nu een beroep moeten doen op privémarkt. Als er een herfinanciering zou komen, hoe ziet u die dan precies? Kunt u uw visie ter zake delen?

Er wordt ook veel gesproken over een solidair pandemiefonds. Hoe ziet u de invulling daarvan?. Kunt u ons meegeven wat er precies moet bestaan binnen dat solidair pandemiefonds? Hoe moet dat ingevuld worden zodat het goed functioneert voor de sector?

Ik zal mij hiertoe beperken. Er is echt al heel veel

informatie gegeven. Ik dank u in elk geval voor het werk op het terrein.

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx is verontschuldigd.

Jasper Pillen (Open Vld): Heren, dank u voor uw uiteenzetting. Zij was zeer lang. Dat heeft soms nadelen. Het voordeel is wel dat u zeer volledig bent geweest.

Over de stocks hebt u een en ander verteld. Graag verneem ik nog een en ander over uw specifieke situatie inzake de noodstocks, vooral omdat sommige sprekers hier gesproken hebben over de managementcultuur, die de overhand zou nemen in onze ziekenhuizen. Alles moet blijkbaar *lean* zijn, de kantjes moeten er blijkbaar afgelopen worden met het oog op het financieel beleid, en dergelijke meer. Dat zou de reden zijn dat sommige ziekenhuizen heel snel zonder stock zaten, of toch met een sterk afgebouwde stock, bij de start van deze crisis die wij niet onmiddellijk hebben zien aankomen.

i
Wat is uw mening daarover?

Ik heb genoteerd dat de heer Christiaens heeft bevestigd dat er nooit stockproblemen zijn geweest. U zegt dat het vaak spannend is geweest, maar dat we nooit zonder voorraad zaten. Wat is dan het evenwicht dat er volgens u zou moeten zijn tussen de overheid en de zorginstellingen? Moet de overheid hele loodsen en kazernes vol hebben met allerlei stocks van beschermd materiaal, en zo ja, hoe groot moeten die stocks dan zijn? Daar valt allemaal over te discussiëren. Of is het toch beter dat de ziekenhuizen en zorginstellingen hun eigen stocks en reserves hebben, al dan niet in het kader van een algemeen plan in overleg met de overheid?

Wat uw opmerking over de communicatie betreft, die vond ik zeer terecht en daarnaast ook heel actueel, gezien de debatten die vandaag in de media worden gevoerd over de rol van de experts. Ik heb daar geen echte vraag over, maar ik wilde meegeven dat ik uw bemerking heel interessant vond. U zegt heel veel tijd – misschien zelfs vergeefs – gestoken te hebben in het beantwoorden van vragen van burgers, die het eventjes niet meer wisten en echt op zoek waren naar een antwoord. Dat heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de overkill aan informatie die elke dag opnieuw wordt gegeven en af en toe zelfs het omgekeerde is van de informatie van de dag of de week ervoor. Ik vond het een interessante vaststelling: voor het eerst viel mij een getuigenis van die strekking op van mensen met uw achtergrond.

Tot slot vond ik het heel positief dat u, in tegenstelling tot de sprekers van vanochtend, een heel constructieve houding aannam. Voor u draait het echt om welke lessen uit deze pandemie, uit deze crisis zullen kunnen getrokken. Hoe gaan we ermee om? Wat hebben we geleerd? Hoe pakken we de zaken concreet aan in de toekomst? Uw aanpak vond ik heel belangrijk en interessant. Op welke manier denkt u daar nu gevolg aan te geven? Hoe zult u op de overheden toe stappen? Deze commissie is één aspect, maar bent u daarnaast ook van plan om op andere manieren de overheid erbij te betrekken? Wat verwacht u precies van de overheid wat betreft de lessen die u getrokken hebt uit deze pandemiebeheersing?

Karin Jiroflée (sp.a): Dank u wel, mijnheer de voorzitter. Ook ik wil onze gasten hartelijk danken. We hebben vandaag heel wat geleerd. Het waren lange, maar ook bijzonder interessante uiteenzettingen. Zeker gezien het gevorderde uur wil ik mij evenwel tot één vraag beperken.

De heren van de Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren zeggen in hun presentatie dat ze de eerste instructie van het Agentschap Zorg en Gezondheid rond COVID-19 op 27 februari hebben gekregen. 27 februari, dat is de dag waarop een formele brief van minister De Block naar de deelstaten vertrok over de vernietiging van de strategische stock. Maar u, mijnheer Mazy zegt het volgende.

"Ik heb dat op 26 januari vernomen, in opvolging van een hulpvraag van China."

Ik heb hierover de volgende vragen. Wie heeft u daarover op 26 januari geïnformeerd? Van wie weet u dat die noodstock vernietigd is? Is dat via mail gegaan of op een andere manier schriftelijk? Kunnen wij daarvan een afschrift krijgen?

Is die vernietiging verder gecommuniceerd geweest door u en uw collega's in de ziekenhuisnetwerken of in de universitaire ziekenhuizen? Zo ja, kunnen wij daarvan een afschrift krijgen?

Last but not least, hoe beoordeelt u het volgende. Enerzijds slaat een van de grootste landen ter wereld vanwege een pandemie alarm en zelfs een van de kleinste landen ter wereld, namelijk België, vraagt dringend om mondkapen en, anderzijds laat de eerste communicatie van onze overheid meer dan een maand op zich wachten? Er zitten daar toch wel enkele bizarre wendingen in, als ik het zo mag stellen. Ik ben heel erg benieuwd naar uw antwoord.

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, un grand merci pour vos présentations précises, fouillées et très utiles en matière de recommandations. Je voulais également saluer les chefs d'orchestre que vous êtes car, avec toutes vos équipes, vous permettez au personnel soignant de travailler dans les meilleures conditions, ce qui est extrêmement important pour les soignants mais plus encore pour les patients. Encore bravo car cette crise est très longue, et je ne doute pas que vous n'avez pas compté vos jours, vos nuits et vos week-ends.

Nous avons appris par les médias qu'il y avait une reconstitution des stocks stratégiques, depuis maintenant quelques mois, essentiellement dans des entrepôts. Cette reconstitution est-elle déjà organisée dans un modèle de stock dynamique, comme vous l'avez évoqué, avec les hôpitaux ou leurs centrales d'achats? Autrement dit, votre recommandation est-elle déjà appliquée ou l'organisation est-elle dans un entre-deux? Devrait-elle être poussée davantage?

J'ai bien entendu le message sur l'idée de sécuriser une chaîne de production. À ce sujet, il sera impératif de relocaliser le stockage, pas nécessairement en Belgique mais au moins au niveau européen. Vous avez parlé de x mois. Pourriez-vous être plus précis? J'imagine qu'il s'agit d'une discussion à l'échelle européenne et que la Belgique à elle seule ne parviendra pas à sécuriser une chaîne de production, un stockage ou une disponibilité complète. C'est possible, mais ce n'est pas du tout le cas actuellement sur le plan quantitatif. Dès lors, il faut plutôt voir le volet à l'échelle européenne, ce qui représente d'énormes quantités.

Sur combien de mois la sécurisation devrait-elle porter? Les discussions à cet égard se font-elles également à l'échelle européenne dans le cadre de la recommandation que vous mettez sur la table ou s'agit-il de votre propre réflexion en tant que directeurs médicaux?

J'ai entendu ce que vous disiez en rapport avec le petit masque chinois. Personnellement, je pense que nous avons intérêt, en Belgique ou en Europe, à travailler sur la plus-value en matière d'innovation, et à fabriquer des masques différents, qui peuvent être réutilisés, plutôt que de copier des masques d'une durée de vie de quelques heures.

J'ai bien évidemment été frappée par l'information sur la date du 26 janvier ainsi que par la lenteur de la réactivité de commande en Belgique. Cela fait froid dans le dos, car tous les acteurs soulignent clairement, depuis des mois, les énormes difficultés rencontrées par les secteurs et les

transmissions d'infections.

Nous sommes dans une situation cruciale en matière de vaccination. À plusieurs reprises, on a annoncé les difficultés relatives aux commandes retardées et en attente du matériel d'injection, ô combien important, comme les aiguilles et les seringues pour de petites doses. Tout le monde devait bien savoir que l'on n'injectait pas 0,3 ml en prenant des seringues de 2 ml qui ne sont pas suffisamment précises. À cet égard, vous êtes-vous, au niveau hospitalier, posé la question des carences éventuelles? J'ai quelques retours du terrain notamment sur l'utilisation des seringues en pédiatrie, où la mobilisation subite de celles-ci pourrait poser des soucis au service. Qu'en est-il? Avez-vous dû transférer vos stocks? Vos services, dont celui de la pédiatrie, sont-ils éventuellement sous tension? Qu'en est-il? Avez-vous des recommandations pour les semaines, voire les mois qui viennent?

Pour ce qui est du personnel, enjeu majeur en matière d'attractivité, il manque énormément d'infirmiers. C'est sans doute la profession soignante la plus en pénurie et sans doute la plus cruciale. Nous savons aussi qu'il y a des dizaines de milliers d'infirmiers qui ont un visa mais qui ne sont pas actifs dans le secteur des soins, ni dans celui de la santé. Nous savons qu'il existe des agences qui recrutent des infirmiers à l'étranger. N'y a-t-il pas, au-delà du travail et des mesures à apporter en matière d'attractivité de la profession sur les conditions de travail, les fins de carrière, la reconnaissance, etc. une politique à mener pour attirer, à nouveau, vers le secteur des soins de santé, des infirmiers qui travaillent en dehors de celui-ci.

Ce matin, j'ai aussi posé la question de savoir s'il ne fallait pas, dans une crise telle que celle-ci, instaurer un statut particulier de temps de crise pour quelques semaines ou quelques mois pour bénéficier de ces infirmiers supplémentaires sans les affecter aux soins intensifs, mais qui renforceraient les équipes dans différentes structures de soins.

Au niveau des maisons de repos, certains disent qu'il y a eu des refus d'hospitalisation de personnes résidant en maisons de repos, d'autres disent que non. C'est la parole de l'un contre la parole de l'autre. Compte tenu d'une mortalité très, très importante – puisque cela représente 50 % de la mortalité des 20 000 décès en Belgique – pourrait-on tenter d'objectiver la situation? En vous entendant et en entendant ce matin d'autres experts, je me disais qu'il serait peut-être quand même opportun que les directeurs hospitaliers en lien avec les directions des maisons de repos

tentent, à un moment donné, d'objectiver ce point. Y en a-t-il eu, oui ou non? Si c'est le cas, peut-on chiffrer? Si ce n'est pas le cas, à ce moment là, je pense qu'il faut pouvoir clarifier les choses. Aujourd'hui, on est beaucoup dans l'ordre du ressenti me semble-t-il sur ce point. Et pourtant, c'est un point qui est important pour l'avenir. Effectivement, il y a les projets thérapeutiques qui sont connus, les trajets de soins, une série de choses qui existent. Mais manifestement, ce point, me semble-t-il, doit pouvoir être objectivé et ensuite clarifié.

En ce qui concerne les transferts, ils sont extrêmement chronophage d'un hôpital à l'autre. Déjà en dehors d'une crise, c'est très chronophage pour les médecins. Cela l'est encore plus en période de crise. Et je peux peut-être témoigner aussi pour les médecins généralistes ou les médecins coordinateurs en maisons de repos, combien le transfert ou la demande d'hospitalisation est chronophage dans une maison de repos. Si on veut un contact hospitalier directement plutôt que d'envoyer simplement le résident en salle d'urgence, je pense que, pour la qualité des soins, le contact entre médecins s'avère judicieux quand on veut hospitaliser, encore plus pour un patient covid-19, une personne âgée résidant en maison de repos.

Cela dit pensez-vous que, dans le chef des autorités publiques, il serait important de reconnaître une fonction spéciale, donc avec un financement *ad hoc*, d'un médecin ou d'un infirmier spécialisé qui pourrait assurer cette fonction particulière d'organisation, de soutien, de contact entre les médecins en cas de transfert? Pas nécessairement d'ailleurs uniquement en période de crise et peut-être pas nécessairement à la taille d'un hôpital, mais pourquoi pas alors dans une dynamique de réseaux? Pensez-vous que cela soit pertinent? Cela pourrait-il soulager aussi ce temps énorme pris du côté des soignants pour assurer cela? Cela pourrait aussi aller de pair avec une augmentation de la qualité des soins dans le cadre des transferts.

Un autre enjeu de santé publique important, c'est la prise en charge des patients non covid-19 pendant toute cette période qui s'allonge de plus en plus, singulièrement pour les pathologies cardiovasculaires et les patients émergeant au secteur oncologique. Il y a eu une différence, c'est vrai, entre la première et la deuxième vague. J'ai bien compris aussi – et pour moi, c'est une évidence – qu'on ne peut pas dédicacer des hôpitaux aux cas covid-19 ou pas covid-19, en tout cas, pas quand on est dans une épidémie telle que celle-ci.

Maintenant, on a quand même pris pas mal de retard et on aura des impacts en matière de mortalité et de morbidité pour ces patients: retards de diagnostic de cancer, retards de prise en charge au niveau des infarctus, des AVC, etc. La question qui se pose alors est de savoir si vous pensez que la manière avec laquelle on a travaillé dans la deuxième vague suffit, à savoir le maintien de certaines activités non covid-19, tout en les ayant quand même drastiquement diminuées au niveau hospitalier. Ou pensez-vous qu'on pourrait les étendre un peu plus, surtout dans les deux secteurs que j'ai cités? Sans doute y en a-t-il d'autres et peut-être pourriez-vous nous éclairer à ce sujet? Si oui, alors sous quelle forme, avec quelle recommandation éventuelle?

Je voudrais encore évoquer deux points, monsieur le président. Le premier porte sur la réforme des financements des hôpitaux. On sort un peu du volet covid-19, c'est vrai, mais compte tenu de la situation covid-19 et de son impact important sur le financement des hôpitaux, je pense que c'est important de l'évoquer, d'autant plus que vous en avez parlé. C'est un enjeu majeur pour l'avenir.

Vous avez évoqué le financement par case-mix. Je voulais savoir si ce que vous avez évoqué, le financement par case-mix, était en lien avec le travail réalisé avec l'ABSyM? Si oui, où cela en est-il? Des contacts ont-ils déjà pu être pris avec les autorités publiques? Y a-t-il une ouverture pour pouvoir avancer en ce sens?

La grande question aussi est comment assurer la transition entre le modèle actuel et éventuellement, demain, un financement par case-mix ou apparenté? Comment sécuriser le financement des hôpitaux? Non pas toujours en *one shot* avec une régulation trois ans plus tard comme c'est le cas aujourd'hui, mais avec quelque chose qui permette d'avoir des projections pluriannuelles, qui permette cette transition dans le type de financement et permette de s'assurer aussi au niveau des hôpitaux. En effet, beaucoup sont en reconstruction et développent des projets extrêmement coûteux sur le plan financier. Cela pourrait aussi permettre le maintien de tous ces projets fondamentaux pour l'avenir des soins aux patients.

Enfin, une question peut-être un petit peu hors contexte! Effectivement, cette crise sanitaire a été une forme de *crash test* pour nos soins de santé. Aujourd'hui, nous vous accordons une attention toute particulière. Il y a effectivement des plans d'urgence hospitaliers.

Vous faites des recommandations pour tout ce qui concerne la gestion d'une future pandémie et,

surtout, la préparation pour être prêts devant une crise sanitaire de type infectieuse demain ou après-demain. Cela étant, même si on a des plans d'urgence autres que sur le volet épidémique, cette crise doit-elle nous amener à réfléchir à nouveau à la manière avec laquelle on devrait se préparer en cas de crise sanitaire autre qu'infectieuse, qu'elle soit de nature technologique, nucléaire, chimique ou autre? Je vise évidemment là des crises sanitaires de grande ampleur, au cours desquelles l'ensemble de la Belgique, ou presque, serait touché.

La crise d'aujourd'hui doit-elle nous amener à réfléchir en la matière et, peut-être, à se réajuster sur certains aspects, bien sûr sur le plan épidémique et infectieux – c'est très clair et c'est aussi pour cela qu'on est là – mais peut-être aussi pour d'autres types de crise sanitaire?

Merci beaucoup en tout cas. Bon courage pour la suite parce que votre investissement, dans les semaines et les mois qui viennent, covid-19 et non covid-19, reste évidemment non seulement important, mais aussi primordial.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik wil de sprekers bedanken voor hun uiteenzetting. Ik denk dat zij voor ongeziene uitdagingen staan. Ik hoop dan ook oprecht dat de ervaringen die nu zijn opgedaan optimaal zullen worden ingezet in de voorbereiding op een volgende crisis.

Ik vraag mij af of u wordt gevraagd om input te geven bij het opstellen van een nieuw pandemieplan? Wordt u gevraagd om de *lessons learned* te verzamelen? Of doet u dat al spontaan, zodat alle energie die naar deze crisis is gegaan optimaal kan renderen in de toekomst?

Mevrouw Cloet van Zorgnet-Icuro vroeg om het KB nr. 78 te herzien, om het personeel flexibeler te kunnen inzetten en om voor een betere attractiviteit van de job te kunnen zorgen. Wat is uw idee daarover? Zou dat inderdaad kunnen helpen om het personeelsprobleem aan te pakken?

Kunt u inschatten wat de impact voor de artsenspecialisten in opleiding is? Zullen zij nog voldoen aan de criteria die nodig zijn voor hun diploma? Of zorgt dat voor problemen?

Zij zijn volop ingezet in het beheersen van de crisis, in het verzorgen van patiënten. Wat met de impact op hun mentale welbevinden? Wordt dat getoetst? Hebben zij in de ziekenhuizen een vertrouwenspersoon of een meldpunt waar ze met hun eventuele problemen terecht kunnen?

In de loop van de crisis zijn er veel oproepen voor

vrijwilligers geweest. Er werden pools voor vrijwilligers opgesteld. In hoeverre hebt u daarop een beroep kunnen doen? Was dat beperkt of was dat nuttig? Of was het belang of de impact daarvan eerder marginaal?

Er wordt gezegd dat de ziekenhuizen crisisplannen hebben. Ik dacht dat een van de sprekers had gezegd dat niet elk ziekenhuis een crisisplan heeft. Hebt u een zicht op hoeveel procent van de ziekenhuizen dat wel en niet hebben? Weet u of dit ook geholpen heeft in de aanpak van deze pandemie?

Wat de accreditatie bij JCI of NIAZ betreft, die is niet verplicht in Vlaanderen maar veel ziekenhuizen zijn toch al geaccrediteerd of zijn er nu mee bezig. Heeft dat volgens u een impact gehad op de aanpak van de crisis?

Kunt u de eerste en de tweede golf vergelijken inzake de continuïteit van de zorg, ook inzake het financiële aspect? Is de financiële impact van de tweede golf minder groot? Waarschijnlijk waren er toen toch wat meer inkomsten dan tijdens de eerste golf. Hebt u daar een zicht op?

Wat de digitalisering betreft zal iedereen het er wel over eens zijn dat bepaalde zaken zeker behouden moeten blijven. De crisis heeft ervoor gezorgd dat bepaalde aspecten in een stroomversnelling zijn geraakt, maar tegelijkertijd hebben we gezien dat er nog veel ruimte voor verbetering is, bijvoorbeeld wat het verzamelen van gegevens betreft. Op welke vlakken moet er volgens u nog meer op digitalisering worden ingezet? Gaat het louter over software of zijn er ook andere investeringen nodig?

Het verzamelen van de gegevens heeft veel tijd gekost omdat het manueel moest gebeuren. Had u het idee dat er voldoende uit die gegevens werd gehaald? Kreeg u er genoeg feedback over? Rendeerden die gegevens volgens u?

Wat de compensaties betreft is het natuurlijk het eerlijkst als de overheid inspringt voor problemen die door COVID-19 zijn ontstaan. Hoe moet men dat doen? Kan men een foto nemen van de situatie voor en na de crisis om daarna de verschillen te compenseren? Hoe moet men dat aanpakken?

Wat de klinische labs betreft zijn er wel al wat vragen gesteld in het Parlement. Er zijn wat het federale platform betreft problemen geweest qua communicatie met de bestaande klinische labs. Wij hadden de indruk dat er niet altijd even goed overlegd werd. Zal dit beter gaan met de tweede versie van het federaal platform, nu de universitaire ziekenhuizen worden ingezet? Zijn er soms nog steeds problemen? Wat bijvoorbeeld de sequentiëring van de stalen betreft horen wij dat sommige ziekenhuizen dat liever in eigen beheer

zouden doen. Vangt u dat ook op of gaat het volgens u nu beter?

Kathleen Depoorter (N-VA): Het was een bijzonder interessante uiteenzetting, bedankt aan de sprekers.

Ik ga er absoluut mee akkoord dat u moet worden betrokken in het pandemieplan voor de ziekenhuizen. U bent dan ook een kernspeler in de ganse zaak. U gaf aan dat er toch wat regionale verschillen zijn tussen de ontwikkeling van de netwerken. U gaf ook een heel mooi compliment aan de Vlaamse eerstelijnszones. We zijn trots op de realisatie daarvan. Dat is toch wel heel belangrijk geweest voor onze patiënten.

In hoeverre is het haalbaar vandaag een federaal uitgewerkt pandemieplan op de beide regio's te enten? Er zal immers rekening moeten worden gehouden met de verschillen.

De communicatiedoorstroming tussen de netwerken en de eerstelijnszones verliep volgens u wel vrij vlot. Op het terrein zijn er soms wel nog wat problemen met het elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen dat niet gekoppeld is aan de GMD's of de GFD's. Kan dit niet worden meegenomen zodat dit heel mooi op elkaar is afgestemd als we echt goed willen communiceren?

U had het over een structurele samenwerking tussen de ziekenhuizen en de woon-zorgcentra. Dat lijkt mij op het vlak van kennisdoorstroming absoluut belangrijk. Ook hier mag de eerstelijnszone worden meegenomen. De CRA van de woon-zorgcentra behoort uiteraard tot de eerstelijnszone en kan dan ook via de huisartsen communiceren. Wat vindt u daarvan?

Ik vond de insteek rond de wetenschappelijke bepaling rond de persoonlijke beschermingsmiddelen, PBM's, heel interessant. Eigenlijk geeft u aan dat de aanbevelingen vanuit de WHO niet voldoende waren. Klopt dat? Hoe zou u daar concreet in te werk gaan? Kan een ziekenhuis dat op zich nemen of zouden de universiteiten daar eerder wat studies rond verrichten?

Ik maak mij echt wel zorgen om de non-covidzorg. Als er een pandemieplan voor de hospitalen wordt georganiseerd, moeten we ervoor kunnen zorgen dat we onmiddellijk kunnen schakelen en dat we in die schakeling toch de non-covidzorg kunnen meenemen. Is dat haalbaar in de huidige, bestaande structuren?

Hervé Rigot (PS): Merci, monsieur le président.

Désolé d'avoir dû vous quitter momentanément. Je serai très bref. Nous avons toutes et tous passé une très longue journée de même que nos intervenants qui ont dû patienter toute la journée aussi pour répondre à nos questions.

Avant tout, je tiens à saluer vos discours faits de sagesse, d'optimisme et d'humilité, monsieur d'Otreppe et monsieur Christiaens. Vous avez vraiment orienté les discours avec justesse vers - et cela, c'est important - la recherche de mesures structurelles et non conjoncturelles. C'est ce qu'il faut! La difficulté que l'on a aujourd'hui, c'est que la commission s'est constituée très tôt, à une époque où on n'imaginait pas que dix mois plus tard, on serait encore dans une situation de crise difficile à gérer. Donc, on doit voguer entre tirer des leçons du passé, mais aussi gérer un présent avec toute l'émotion que cela suscite, avec des points de comparaison et avec une émotion qui est présente à tous les niveaux: politique, citoyen, au niveau des personnes et des institutions que vous représentez.

Vous avez souligné des points très positifs, dont l'amélioration entre la première et la deuxième vague – qu'on présente aussi peut-être comme la troisième vague parce que l'expérience a permis de mieux appréhender les choses. Concernant ces points d'attention, soulignez-vous aussi une amélioration au niveau politique? Parce que l'amélioration, vous l'avez indiqué, se situe au niveau du terrain. Vous avez tiré des leçons. Est-ce que nous aussi, nous nous sommes améliorés au niveau politique entre la première et la deuxième vague?

Sur le plan du bien-être du personnel – un point important, on le souligne – la crainte subsiste que le personnel décroche à un moment donné. Il est épuisé moralement, physiquement. J'entends deux points. M. Christiaens a souligné que le personnel n'allait pas tellement frapper à la porte des aides mises en place parce que, aujourd'hui, il était dans ce qui est son travail, qu'il le maîtrisait bien et se sentait plus à l'aise même que dans la première vague.

J'ai entendu aussi, la semaine dernière, les représentants du personnel soignant s'estimaient chanceux d'avoir plus de 70 % de leur personnel dire être satisfaits des mesures mises en place dans le milieu hospitalier mais que d'une part, ce n'était pas encore le cas partout et que, d'autre part, il allait y avoir un vrai décrochage sur le long terme, un décrochage moral, des conséquences qu'on n'imagine peut-être pas, parce qu'il faut aussi voir, dans l'absence de démarches actives du personnel, le fait qu'il ne soit pas évident pour lui-même de se reconnaître en difficulté.

Avez-vous aussi ce sentiment qu'il faut être attentif à ne pas lâcher prise, à mettre en place une structure pour l'accompagnement du personnel soignant et, si oui, comment pourrait-on faire pour le généraliser? C'est super, grosso modo, énormément de structures hospitalières l'ont fait.

Comment pourrait-on mettre en place quelque chose de structurel à cet égard? Ne faudrait-il pas que cet accompagnement se fasse en dehors de la structure même, peut-être, pour faciliter la démarche? Parce qu'il est quelque fois plus facile d'aller se confier à une personne que l'on ne connaît pas, dans une structure que l'on ne connaît pas, qu'à une personne de sa structure professionnelle.

Pour le stock de matériel, vous avez effectivement fait des remarques importantes. D'une part, on a été trop dépendant des livraisons étrangères. C'est l'occasion de se repenser, c'est l'occasion de voir s'il n'y a pas de belles opportunités à construire ces stocks au départ du savoir-faire présent chez nous et consommer local aussi pour nos produits. Ce sera l'enjeu futur lorsqu'il y aura la loi de l'offre et de la demande. Comment faire pour pérenniser ces entreprises à continuer leurs missions?

Vous indiquez ne pas manquer de matériel. Vous indiquez aussi ne pas avoir été contraint de renoncer à certaines qualités, à certaines missions en l'absence de matériel. Vous avez pu continuer à exercer votre métier. Avez-vous eu à chaque instant toutes les garanties de stocks nécessaires, ainsi que les garanties sur la qualité? Le personnel s'est-il toujours senti assez protégé, entre la question de ce qu'il fallait faire, de ce qu'on savait faire et de la protection?

On a parlé tout à l'heure des masques FFP2. Ils n'en ont pas toujours disposé. N'était-ce pas quand même les envoyer au front comme des soldats sans casque? Ce sentiment est aussi important parce qu'on avait un sentiment différent la semaine dernière lorsqu'on a entendu le personnel soignant, les représentants du personnel soignant qui disaient qu'"on les avait quand même envoyés au feu sans être protégés". Mais ce n'est pas votre faute, soyons bien attentifs! Si c'est le cas, je ne dis certainement pas qu'il s'agit d'une responsabilité du secteur hospitalier, loin de là! Monsieur d'Otreppe, vous avez parlé des synergies positives MR, MRS, hôpitaux, une bonne pratique, positive pour tous. Avez-vous senti à un moment donné une réticence des maisons de repos à orienter vers les hôpitaux?

Vous avez dit tantôt qu'il y avait le phénomène où on pouvait penser que les maisons de repos

allaient envoyer vers les hôpitaux pour faire de la place dans les maisons de repos. N'y a-t-il pas eu un autre phénomène aussi, ne les ont-ils pas envoyés vers vous craignant porter atteinte peut-être à leurs résidents? Y a-t-il eu une réticence aussi quelques fois des hôpitaux à accueillir les résidents de maisons de repos?

Un point important que vous avez dit: "La collaboration fonctionne bien". Mais ce matin, M. Frédéricq, indiquait, lui, qu'environ 50 % du personnel des maisons de repos ne se feraient pas vacciner.

Ceci pourrait-il porter atteinte à la synergie et à la confiance entre les hôpitaux et les MR ainsi qu'à leur politique de collaboration? Le réseautage, vous en avez parlé et je sais que nous n'avons pas encore assez de recul, mais a-t-il permis de mieux appréhender la crise ou s'en serait-on mieux sorti sans? Quelle est votre vision des choses par rapport à cela?

Eu égard au cadre du personnel, on l'a dit, il y a des carences auxquelles on ne va pas pouvoir répondre dans l'immédiat. Heureusement le gouvernement est en train de mettre en place différentes politiques. Le Fonds Blouses Blanches en est une. Nous savons que cela prendra du temps. Comment accueillez-vous, à ce titre, la mise en place de la *task force* "pénurie" par le ministre Vandembroucke? En êtes-vous partie prenante? Puisque les solutions ne viendront qu'à long terme pour les nouvelles vocations, dans l'immédiat, comment trouver des solutions d'urgence pour répondre à ce que l'on dit le plus souvent: nous ne manquons pas spécialement de bras, mais surtout de personnel qualifié et pour prester dans les services les plus qualifiés, notamment les soins intensifs? Quelles alternatives n'avons-nous pas encore étudiées?

Les soins reportés, nous en avons discuté. Il y a deux aspects: revenir au plus vite à la normale, reprendre les soins reportés au niveau de la capacité du réseau hospitalier. Mais pour ce qui est l'autre volet, comment rendre la confiance aux patients qui ont fui quelques fois le milieu hospitalier par crainte de contamination? Comment leur dire de revenir, de les assurer que tout est en ordre pour leur sécurité et que la démarche est nécessaire pour leur santé?

Nous avons évoqué les deux milliards d'avances nécessaires, mais qui ne nous dispenseront pas de conséquences à plus long terme et certainement pas d'une réflexion sur le refinancement des hôpitaux. Je vous remercie, monsieur d'Otreppe, pour vos précisions relatives au cadre de la loi sur la délégation des actes infirmiers, effectivement

limitative et, en dernier recours, fondée sur l'urgence, laissée à l'appréciation de celles et ceux qui à un moment donné, pourraient être amenés à choisir. Il était important de le préciser une nouvelle fois.

Le **président**: Collègues, il y a de nombreuses questions supplémentaires. Messieurs, si vous ne pouvez répondre dans l'immédiat ou si certaines réponses nécessitent trop de temps, vous pouvez bien sûr y répondre par écrit. Vous recevrez aussi un rapport très détaillé comprenant toutes les questions.

Renaud Mazy: Je promets d'être bref et de répondre à un maximum de questions pour lesquelles je dispose d'éléments.

La question relative au soutien du personnel. Est-ce que cela a eu de l'effet? Oui! L'avons-nous mesuré? Nous n'avons pas fait d'enquête de satisfaction, mais au travers de tous les retours, il a clairement été établi que cela aide les membres du personnel.

Comment, avec ce personnel qui a vécu les deux crises, peut-on faire face à la demande croissante en soins? C'est une bonne question! Mais quand vous savez comment fonctionne une infirmière ou un médecin; ils sont là pour aider. Si les patients viennent, ils sont là. La grande question réside dans l'aspect psychologique. Seront-ils plus exposés dans le futur, dans l'après crise? C'est une bonne question malgré tout ce qui est mis en place.

Le *sourcing* des masques. Il y a des producteurs en Belgique et d'autres qui sont proches de la Belgique et de ses frontières. Il n'est pas nécessaire de devoir s'approvisionner dans des pays lointains. Je peux dire que, de notre côté, tous les fournisseurs sont consultés et que le *drive* n'est évidemment pas uniquement le prix, car si vous regardez seulement le prix, vous irez acheter de l'autre côté de la terre, mais en cas de pandémie, vous vous retrouverez sans masques. C'est un juste équilibre entre la proximité et le prix. Je préfère toujours en tant que Belge m'approvisionner local, s'il y a des solutions en interne.

En ce qui concerne le fameux 26 janvier 2020 et le fait d'avoir été consulté, j'amènerai les éléments suivants. Je viens à l'origine du secteur pharmaceutique. J'y ai passé dix ans avant d'arriver à Saint-Luc. J'ai une connaissance non négligeable du milieu et des différentes entreprises. Je sais donc qu'il y a un stock stratégique puisque, à l'époque du côté pharmaceutique, nous nous étions aussi préparés

à d'autres épidémies et pandémies. Je me souviens d'une rumeur qui circulait (ne me demandez pas d'où elle venait, je suis juste au courant d'une rumeur que nous évoquions de temps en temps!) au sujet du stock stratégique, selon laquelle il n'existait plus. C'est une rumeur! Aucun nouvelle claire là-dedans!

Quand je suis questionné le 26 janvier, on m'appelle disant: "On m'a dit qu'il fallait vous contacter parce que vous connaissez le milieu. Pouvez-vous nous dire comment identifier les fournisseurs en Belgique pour voir si des stocks peuvent être envoyés vers la Chine pour aider?" J'ai donc juste mis la personne en contact avec des représentants de fédérations que je connaissais. Après, je n'ai plus eu aucun contact, ni aucune nouvelle. J'en ai effectivement déduit que ce stock ne devait plus exister. C'est un raccourci mais qui s'est avéré être juste.

En effet, si ce stock existait encore, je ne pouvais imaginer que l'on n'y recourt pas avant de chercher sur le marché belge. Ce sont les seules infos que j'ai eues. C'était donc un coup de fil et le document que je vous ai montré est le seul que j'ai eu à l'époque et que j'ai retrouvé dans mes photos récoltées pour ma préparation devant le Parlement bruxellois et ici. Je n'ai pas d'autres éléments à donner.

La question sur le stock stratégique: oui, il faut le reconstituer et le renouveler, sinon les autorités achèteront un nouveau stock qui coûte beaucoup d'argent. Elles vont le garder le temps qu'il devienne obsolète et puis elles vont devoir le remplacer. Je pense, et peut-être que je rêve, mais l'on pourrait imaginer approvisionner les hôpitaux et les MR/MRS de ces stocks en échange d'un apport financier. Je ne demande pas qu'ils en bénéficient gratuitement, mais cela permettrait d'utiliser les masques les plus anciens. Et les autorités pourraient réapprovisionner en masques nouveaux.

L'implication dans les cellules stratégiques: oui, nous avons eu l'impression d'être peu consultés, au début de la crise. On a eu l'impression, sans en avoir d'éléments tangibles et probants, que les autorités au niveau de la *task force* avaient fait appel à des consultants externes qui se sont occupés des premiers marchés. C'est peut-être là où les autorités ont voulu aller vite. Je les salue. Mais en effet, demander aux fédérations d'identifier deux ou trois personnes avec une très grande connaissance des marchés publics aurait été bénéfique et aurait permis d'éviter les problèmes du début.

Pour ce qui est des stocks et des rigueurs de

management. J'ai souri derrière mon masque, car je ne suis ni médecin ni infirmier. J'ai juste fait 17 ans dans le privé avant d'arriver à Saint-Luc. Lorsque je suis arrivé à Saint-Luc, tout le monde me soupçonnait de vouloir faire de la rigueur managériale. Sincèrement, cette rigueur telle que je la vis, c'est simplement m'assurer que les processus sont en cours, que les niveaux de stocks sont suffisants partout où nous en avons besoin. Faire des calculs à court terme en diminuant les stocks pour faire moins de dépenses n'a aucun sens. Par contre, cela expose les hôpitaux à des dangers importants.

La question des recommandations. Sommes-nous prêts pour participer à la mise en place de projets? Oui! Pour des plans "pandémie" au niveau fédéral? Oui! Voir ce qui peut être fait dans les hôpitaux? Oui! Pour notre hôpital, nous avons réalisé plusieurs analyses et enquêtes en interne.

Nous avons fait un audit interne afin de comparer avec le document de l'OMS sur la préparation aux pandémies. Certains hôpitaux ont de l'expérience et peuvent aider les autorités, si c'est souhaité pour préparer le futur.

L'approvisionnement en seringues: nous avons compris que nous étions en situation de manque de seringues, élément que ma pharmacienne en chef m'a confié puisqu'elle aide les autorités dans tout ce qui est plan de vaccination. Notre pharmacienne en chef et d'autres est la représentante francophone de tous les pharmaciens hospitaliers et a donc un rôle clef. Elle a aidé les autorités et les a guidées pour identifier des stocks de seringues et d'aiguilles afin de faire face aux débuts de la phase de vaccination.

Manque d'infirmières: est-il possible de faire revenir des infirmiers dans les hôpitaux? Il devrait, selon moi, exister des dispositions légales qui, en cas de plan d'urgence et de situations d'urgence, devraient nous permettre de les convoquer ou de faciliter leur retour temporaire dans les hôpitaux. C'est important.

Faut-il se préparer à d'autres types de crise? La réponse est oui! Et vous devez ne pas l'oublier! Oui, il peut y avoir des catastrophes nucléaires! Oui, il peut y avoir d'autres types d'épidémies! Ce n'est pas parce que l'on a besoin de masques, de gants et de blouses, dans ce cas-ci que, pour la prochaine épidémie, ce ne seront pas d'autres choses dont nous aurons besoin. Il faudrait constituer un groupe belge qui réfléchirait à tous les types de catastrophes et pandémies et qui préparerait un plan adéquat pour chacun. Ce serait très intéressant.

On a parlé des *lessons learned*: oui, nous sommes disposés à les partager.

Un plan d'attractivité pour les infirmières: je pense que la Flandre a déjà fait un énorme travail en ce sens. Je ne l'entends que trop peu du côté francophone. Je pense que la problématique est fédérale. Je sais que les compétences ne sont pas fédérales, mais ce sont des problématiques qui concernent l'ensemble de la Belgique et des pays européens. Globalement, (cf. graphique dans la présentation), il manque plus de 1,600 million infirmières à travers le monde.

Je ne suis pas au courant d'impacts sur la formation des médecins spécialistes et généralistes en formation (MACS). Je suis désolé de ne pouvoir y répondre. Ont-ils pu bénéficier de soutien? Ils bénéficient des mêmes avantages que notre personnel et les assistants psychologiques sont aussi à leur disposition.

Le plan PUH d'urgence hospitalier n'était plus obligatoire. À mes yeux, il l'est! La meilleure preuve est que nous avons dû le présenter aux autorités locales. Notre bourgmestre à Woluwe-Saint-Lambert a, avec ses services validé notre plan d'urgence hospitalier.

Je ne suis pas au courant des difficultés quant aux échantillons vers les plates-formes fédérales - et nous en abritons une. Les médecins généralistes sont les premiers contacts - comme mon épouse est médecin généraliste, je peux vous en parler - pour les maisons de repos. Mon propos concernant les relations entre les hôpitaux et les maisons de repos est qu'il doit y avoir une triangulation entre les généralistes, les maisons de repos et les hôpitaux - de deuxième ligne, idéalement, et de troisième ligne, si nécessaire.

Quid de la garantie de la qualité des équipements de protection individuels? Honnêtement, nous n'en avons pas reçu; nous avons acheté des lots. Après quelques jours, nous nous sommes aperçus que les élastiques s'arrachaient en permanence. Nous avons fait du *testing*. C'était le règne de la grande débrouille. Vous devez entendre aussi que nous avons toujours fait le maximum pour protéger notre personnel - et vous en êtes conscients. Cela dit, il nous challengeait aussi. Je me souviens ainsi de discussions très "challengeantes", au cours desquelles nos infirmières nous expliquaient avoir reçu des infos de France ou d'Italie, par exemple, selon lesquelles on y imposait la charlotte, ce petit tissu que l'on porte sur les cheveux. Il n'était pas nécessaire pour nous ni aux yeux des autorités belges. Or, notre personnel exigeait d'avoir des charlottes. Donc, nous avons été à son écoute pour l'aider.

Enfin, oui, les hôpitaux tournent aujourd'hui à vitesse réduite. Nous avons un très grand centre d'urgences à Saint-Luc, qui accueillait en moyenne 230 à 240 patients avant la crise covid. Aujourd'hui, je peux vous dire que, les grands jours, nous plafonnons à 180 ou 190. Alors, on pourra toujours rétorquer que c'est la "bobologie" qui ne se rend plus dans les hôpitaux. Non, non! Nous allons encore chercher des personnes en SMUR, parce qu'ils n'ont pas consulté les hôpitaux alors qu'ils souffraient d'une pathologie cardiaque. La Belgique n'a jamais connu aussi peu de cancers identifiés. C'est une année record! La raison en est que les patients viennent plus tard. Selon moi, un effort collectif doit être entrepris, du côté des autorités régionales et fédérales ainsi que des hôpitaux. Il faut que les patients reviennent en hôpital. Ce n'est pas que nous manquons de travail, mais des pathologies ne sont pas prises en charge parce que des patients ne viennent pas et ont toujours peur.

Voilà, je vous remercie de votre attention et j'espère avoir répondu à vos questions.

Paul d'Otreppe: Mme Leroy a posé une question au sujet de la capacité d'anticipation en comparant avec la sécurité sociale à Singapour.

Pour qu'on comprenne bien le débat de Singapour, il faut savoir qu'ils ont fait beaucoup d'automatisation. Il y a beaucoup de choses qui n'ont aucun impact sur le RGPD. Beaucoup de choses ne sont pas nuisibles en termes de protection des patients. Mais il faut bien penser que l'infirmier qui a besoin d'un examen en radio, l'ambulance qui arrive avec le patient, pour lequel on cherche un box aux urgences, et toute cette préparation, occupent quasi la moitié du temps des gens. C'est vraiment cette automatisation... Cela apparaît anodin, parce qu'on pense que ce sont des temps sans valeur ajoutée. Donc, remplacer toutes ces tâches sans valeur ajoutée, qui sont de la pure automatisation, par du temps intéressant et axé sur le patient est un vrai gain en termes de qualité. C'est cela que le système de Singapour a montré.

Un film, dont j'ai obtenu les droits justement la semaine passée, et qu'on m'a demandé pour un festival, montre bien ces interviews des gens à Singapour. Je peux le montrer à une prochaine occasion ou l'envoyer à la commission. On voit bien les interviews de ces gens qui sont sur le terrain. Ils disent que la mise en place a pris quinze ans. Quinze années de travail pour arriver à ce que toute cette phase de digitalisation amène à un système qui devienne fluide. Les gens ont l'impression qu'ils se consacrent à leur métier. Voilà pour le débat de Singapour! C'est un débat intéressant. Je pense que le petit film pourrait être

partagé.

Le manque de matériel; je vais expliquer comment on peut le faire. Chaque hôpital connaît ses utilisations, le volume de ses besoins concernant tout le matériel indispensable. Chaque hôpital peut savoir, pour chaque type de matériel, le temps qu'il faut pour qu'il soit jugé comme périmé. C'est un bête modèle mathématique. Vous croisez les deux. Vous arrivez à déterminer les consommations. C'est encore mieux si vous le faites, non à la taille de l'hôpital mais à la taille de la région. C'est encore mieux si vous le faites à la taille du pays. Et si en plus vous y amenez l'ordre, vous obtenez vraiment des volumes. C'est-à-dire que vous pouvez assez facilement déterminer ce que veut le consommateur en temps de non-covid, pour l'hôpital.

De cela, évidemment, vous pouvez dimensionner les stocks puisqu'il suffit de rajouter, derrière, les capacités des usines. Une usine peut travailler huit heures par jour, cinq jours par semaine et elle est dimensionnée d'une certaine façon. Une usine peut travailler, en temps de pandémie, avec trois pauses, donc 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Vous imaginez l'effet levier! Vous imaginez donc des systèmes qui, en termes de production, en temps de non-pandémie, permettent de compenser une partie des stocks stratégiques, puisque celle-là est la partie incompressible. M. Mazy a bien expliqué: il faudra que les hôpitaux les achètent au prix où ils sont produits même s'il est peut-être trop important à cette période-là. Mais ils réaliseront leurs gains sur la partie non risquée parce qu'ils auront payé leur assurance en termes d'approvisionnement, en payant ce surcoût, qui n'est ni plus ni moins qu'une garantie contre les risques de pénurie d'approvisionnement en temps de pandémie.

Je reprends les questions suivantes.

Nous avons parlé de transfert de patients. Dans notre esprit, c'est l'inspecteur fédéral d'hygiène qui y a la main. De fait, il existe bien, dans le 112, quelqu'un qui est adjoint de l'inspecteur fédéral. La question réside dans le fait qu'aujourd'hui, ils n'ont pas autorité.

Hier, j'ai justement reçu un courrier de la part de l'inspecteur fédéral me demandant si j'accepterais de rentrer dans le système, où l'on n'a plus le contrôle de nos lits soins intensifs et où on laisserait la main pour le nivellement. Ce sont des questions qui se posent aujourd'hui. La législation ne permet pas de résoudre le problème. Mais il suffirait de la modifier pour donner le pouvoir à l'inspecteur fédéral. Les hôpitaux vont râler, je vous le concède. Mais de fait, cela pourrait être mis en

place avec les outils qui existent aujourd'hui.

Les refus d'accueil de patients: il y a une façon très simple de le régler: prendre tous les cas et les investiguer. J'ai été interpellé par une fédération hospitalière (UNESSA) pour participer à un groupe de travail pour creuser jusqu'au bout sur tous les cas cités afin de soit infirmer, soit confirmer l'information. La seule chose que l'on fera pour arrêter les bruits (infos ou intox), c'est aller jusqu'au bout de l'enquête. Il le faut! Cela peut être mis en place. Les fédérations ont, pour leur part, commencé.

La réforme du financement: de fait, dans cette réforme, un projet a été initié par la Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux et l'AbSyM. Pourquoi a-t-on sollicité ces derniers? Parce qu'il était intéressant d'avoir l'avis de médecins sur cette réforme, même si ce n'était pas leur vision première comme mode de fonctionnement. Le rapport est prêt depuis le mois de juillet et il a été réalisé par une société de consultance " ANTARES Consulting"

Nous avons vu de nombreux représentants politiques que nous avons sensibilisés au sujet. Nous avons rencontré les administrations et je vous avouerai que celle qui nous a le plus intéressé est l'INAMI parce qu'elle est au cœur du débat. Elle nous a offert un accueil très favorable. Après votre commission, que je trouve très encourageante, l'accueil que nous avons pour une réforme a été plus que satisfaisant. Parce que lorsque des directeurs se permettent de venir avec des messages de réforme par rapport à des administrations, on ne savait pas comment nous serions reçus.

Aujourd'hui, la décision est entre les mains du ministre. Ni plus, ni moins! Tout ce que je peux dire, de mon point de vue, c'est que tous les acteurs, même s'ils ont mis en évidence leur peur du changement, ont trouvé que nous étions plutôt constructifs. Il est clair que, quand vous passez d'un monde à l'autre, vous pouvez aujourd'hui dimensionner ce que représenterait un monde payé au forfait par rapport à un monde payé après prestation. Cet exercice est juste un calcul mathématique. Vous pouvez le faire sur la base d'expériences internationales. Ensuite, vous accompagnez. Le tout est de ne pas casser le système au moment où vous faites l'évolution et le transfert.

Actuellement, le scénario présenté par l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux aurait plutôt convaincu pas mal d'acteurs. Nous le souhaitons de tout cœur et nous espérons que le ministre nous suivra dans ce projet. En tout cas,

l'accueil que nous avons reçu est plutôt rassurant par rapport à la conscientisation des acteurs de santé en Belgique. Je reste positif à ce sujet.

Les rétentions de patients de MR et MRS vs la réticence pour les accueils des patients, question soulevée par M. Rigot: de fait, quelqu'un qui est dépassé se dit: "Je serais une MR, je transfère le patient". C'est donc un débat contradictoire entre l'hôpital, qui a une partie de la solution, et la MR. C'est donc une question de communication. Aujourd'hui, il y a des cas pour lesquels nous pouvons assez facilement dire: "Nous pouvons mieux faire en vous amenant les moyens". A contrario, il y a d'autres cas pour lesquels vous devez accepter que la MR n'est pas capable de suivre ce cas pour de bonnes ou mauvaises raisons et vous pouvez amener une solution.

Ce débat est médical. Il est très difficile d'édicter des règles standard à ce sujet, sauf connecter les acteurs. Pendant des années, on construit un système, et puis, une fois tous les dix ans, ce jour-là on est content d'avoir créé des liens parce que les gens qui se connaissent et ont appris à travailler ensemble en continu, acceptent que l'acteur de l'autre côté lui dise qu'il ne prendra pas son patient parce que ce n'est pas le bon choix. Tout est une question de partenariat dans la relation. Tout est question de relation et de partenariat autour d'un patient. Tout le système devrait être basé là-dessus. On est tous autour du patient pour amener la meilleure solution. Il faut accepter des refus.

Quelqu'un a dit un jour que le problème, lorsque l'on va au bout d'une négociation, c'est qu'il y aura toujours des personnes qui sortiront contentes, pendant que d'autres en sortiront frustrées. Si la personne qui en ressort frustrée repart et communique à la presse "Ah ben non, c'est scandaleux! Ce n'est pas ça!" - c'est le sentiment que nous avons eu sur la place publique - cela crée un stress chez tout le monde et chez les patients parce qu'on a l'impression que le modèle ne suit pas.

Globalement, je trouve qu'on a plutôt diabolisé ce qui a été fait par rapport à l'investissement que tous les gens ont fait. Je pense qu'on accorde plutôt trop de poids à la critique et pas assez au côté constructif. Alors, si on me demande si le politique s'est amélioré, oui évidemment. On a vu une vraie amélioration au fur et à mesure des mois. On trouve que la communication s'est améliorée, on trouve que les réponses sont rapides.

Je vais prendre bêtement l'histoire de la sixième dose dans le cas du vaccin. Cela s'est fait en quelques jours. Mais en se disant qu'en quelques

jours, vous pouvez changer quelque chose – ce qui est aussi favorable, je trouve que c'est bien. Par contre, que Pfizer parte avec l'argent en poche, c'est le côté imprévu de la chose. Je n'en rajouterai pas plus à ce sujet.

Pour le reste, concernant le personnel se sentant suffisamment protégé, il faut dialoguer. En temps de crise, les gens expriment des peurs, les gens ont besoin d'être entendus et les gens ont besoin d'être rassurés. Tout le monde ne maîtrise pas tout. Il faut avoir un temps d'écoute. Quand tout le monde travaillait en flux tendu, on oubliait un peu de communiquer. C'est ce qui est essentiel : passer du temps pour l'humain et pouvoir avancer.

On a parlé des 50 % de vaccination dans les maisons de repos. Cela m'a frappé aussi quand j'ai entendu cela. Je dirais qu'au premier tour, même dans les hôpitaux parce que je connais un peu les chiffres, 50 % des gens ont dit vouloir se faire vacciner. Puis, on est allé creuser pourquoi les gens ne voulaient pas se faire vacciner. Il y avait la peur pour une mère qui voulait tomber enceinte, il y avait ces vaccins qui ne fonctionnaient soi-disant pas... Et Internet peut être très dangereux avec les fausses rumeurs. On a pris de façon systématique tous les bruits qui couraient, on les a contredits ou on a validé que, oui, de fait, il y avait une prudence à observer dans telle ou telle situation. Alors, on n'était plus à 50 %, on était à 85 %, 90 %, voire 95 % dans certains hôpitaux.

Vous n'imposez rien à personne! Notre pouvoir n'est pas d'imposer la vaccination, même si certains ont demandé pourquoi nous imposons le vaccin contre l'hépatite B, mais pas pour le covid-19. D'accord, mais on n'est pas dans le schéma de l'avoir imposé. On a simplement dit que, comme nous étions convaincus de la nécessité de le faire, je ne voudrais pas qu'une personne dans l'hôpital pense que je ne suis pas convaincu et qu'il ne faut pas le faire. À ce moment-là, les gens qui ont des doutes se disent que tous les directeurs le font. Il est question de convaincre. Vous ne pouvez pas répondre à tout, mais c'est en raison de votre conviction par rapport à une solution qu'elle fonctionne. Quand vous dites aux gens de ne pas se tracasser car ils auront les masques, même s'ils savent que c'est la veille au soir qu'ils trouveront les masques pour le lendemain, de même que pour le curare, on se demandait comment on allait soigner les gens deux jours plus tard, à chaque fois, on a trouvé des solutions et cela a fonctionné.

C'est une façon de dire qu'on a une bonne étoile, mais on a toujours trouvé des solutions et l'ensemble des gens ont trouvé des solutions parce qu'il y a cette solidarité qui fonctionne. Votre voisin qui avait des masques, qui avait du curare, qui

avait du matériel, chaque fois, est intervenu pour venir vous sauver au moment où vous étiez quasi noyés. Donc, le système fonctionne!

Je vais laisser la parole à mon collègue, car il y a de nombreux points sur lesquels il est le meilleur. Bonne journée.

Eric Christiaens: Mme Leroy nous a demandé quelle était l'importance de toutes les actions de solidarité qui nous avaient été proposées. C'est un élément extrêmement important et cela a fait beaucoup de bien à nos gens parce que, comme Paul vient de l'expliquer, il y avait beaucoup de panique, beaucoup de peur, beaucoup d'inquiétude dans cette situation tout à fait inconnue. Ces marques de solidarité étaient fantastiques. Elles nous ont réchauffé le cœur. Elles se sont exprimées de différentes façons. On a vu des palettes entières de chocolat arriver, à en faire une crise de foie certainement, dans le courant de la première vague.

C'est excessivement important. Le plus important maintenant, je crois que c'est aux instances qui nous dirigent de faire suivre les améliorations nécessaires du statut de notre personnel. On en a déjà beaucoup parlé. Mais je crois que ce qui intéresse nos gens, ce n'est pas tellement le salaire plus élevé, c'est la qualité de vie. On constate dans nos métiers ce que l'on constate dans d'autres métiers également: la qualité de vie est plus importante pour les nouvelles générations que pour les gens de notre âge. On va donc devoir trouver des solutions.

On voit la plupart des gens quitter leur métier d'infirmier dans les cinq premières années de leur carrière. Ce n'est pas à 40 ou 45 ans, c'est dans les cinq premières années. C'est donc là qu'on doit arriver à leur donner des solutions qui font en sorte que le métier soit intéressant.

On nous a également demandé ce qu'il fallait faire pour que les gens puissent travailler au-delà de 60 ans. En fait, dans notre hôpital – et j'en suis particulièrement fier – on a dû mettre en place un système pour les gens qui voulaient rester à 65 ans, qui avaient atteint l'âge de la retraite et qui voulaient rester et continuer à faire leur métier. On a mis en place un système, qui a été accepté par nos syndicats d'ailleurs. Entre-temps, plusieurs personnes ont déjà renouvelé une deuxième et une troisième fois leur présence parmi nous pour une durée de six mois. C'est fantastique.

Er zijn heel wat vragen gesteld die verband hielden met de WHO en de fameuze controletoren. Onder meer mevrouw Creemers en mevrouw Sneppe

vroegen of er al niet zo'n controletoren bestaat en of dat een taak is voor de WHO. Ten eerste, de WHO is natuurlijk een ver-van-ons-bedshow. Wij staan niet in dagelijks contact met de WHO. Het is dus evident dat daar een tussenschakel moet komen die die rol op Europees en op nationaal niveau speelt. Ten tweede, de informatie die vanuit de WHO en dergelijke wordt verspreid, komt vanuit een zodanig breed platform, dat die informatie zeker gefilterd moet worden om op de juiste manier en volgens de juiste timing bij ons te geraken.

Mevrouw Sneppe stelde ook een vraag over het belang van productie dichterbij huis. Kunnen alle Belgische bedrijven meedoen aan Belgische overheidsopdrachten? In principe is dat natuurlijk mogelijk, maar we moeten goed beseffen dat er nu eenmaal Europese regels zijn. Als er aanbestedingen volgens die Europese regels moeten worden uitgeschreven, dan kunnen we daar niet onderuit.

Mevrouw Farih vroeg ons naar de rol van het referentieziekenhuis in het gewest. Ze vroeg zich af of het mogelijk is om een referentieziekenhuis bij een pandemie of infectie in het leven te roepen. Volgens mij hebben de vorige sprekers al gezegd dat dat idee wel overwogen is in de loop van de eerste golf, maar uiteindelijk zijn we snel tot de vaststelling gekomen dat het – gesteld dat we uitgaan van een 'covidziekenhuis' en een 'non-covidziekenhuis' – sowieso onmogelijk is om in een 'non-covidziekenhuis' geen covidpatiënten vast te stellen. Na verloop van tijd zullen zich altijd mensen aanmelden voor bijvoorbeeld een ingreep aan de knie en dus non-covid, bij wie achteraf een besmetting wordt vastgesteld. Die scheiding is dus inderdaad een interessant denkspoor, te vergelijken met de vroegere sanatoria voor tbc, maar in de praktijk, met dergelijke sterk besmettelijke ziektes, vermoedelijk onmogelijk te handhaven.

De heer Pillen verwees naar onze managementreflexen. Hij vroeg zich af of ziekenhuizen niet te veel managementstructuren zijn geworden om nog goed om te kunnen gaan met bijvoorbeeld stockbeheer. Het toeval wil dat de drie sprekers van vandaag alle drie uit de privésector komen. Wij zijn opgeleid als manager, maar volgens mij zijn we allemaal die reflexen kwijtgeraakt omdat we inzien dat het in deze omstandigheden veel belangrijker is om de patiënt de juiste zorg te geven. Wij hoeven aan het eind van het jaar geen dividenden uit te keren aan aandeelhouders. Wel, toen we een tijdje geleden hoorden dat de vaccins eraan komen, hebben we besloten om een aantal duizenden spuitjes te bestellen voor ons ziekenhuis. Zo zijn we er zeker van dat we ze hebben, en ook al zouden we ze nu

voor niets hebben gekocht, dan nog zullen we ze de komende tijd wel op kunnen werken.

Met die managementreflexen van de ziekenhuizen valt het dus volgens mij heel goed mee.

De heer Pillen vroeg ook welk gevolg wij hieraan willen geven. Het verheugt ons dat het goed doorgekomen is dat wij bewust een constructief debat willen voeren over hoe we de zaken in de toekomst aanpakken. De commissie die u in het leven hebt geroepen, is al een bijzonder grote stap in de goede richting. Daarnaast moeten we ook nauwer samenwerken met de lokale overheden, want van ons wordt almaar meer gevraagd dat we ons niet zozeer richten op de acute zorg, maar dat we ook mee nadenken over preventie. Op dat vlak zijn volgens mij zijn heel wat van mijn collega's zeer gecharmeerd door het model van de *accountable care organizations*, waar eerste, tweede en derde lijn samenwerken om voor de inwoners van een bepaalde regio het best mogelijke gezondheidsniveau te bereiken. Dat gebeurt door in te zetten op preventie, coaching en begeleiding, en niet alleen op genezing als het fout is gelopen. Daar hebben alle overheden, samen met ons en met alle spelers van de zorgsector, een gezamenlijke opdracht.

Ook de aantrekkelijkheid van het beroep is meermaals aan bod gekomen. Het is belangrijk om voldoende levenskwaliteit te kunnen bieden aan onze medewerkers. Op dat moment zullen we opnieuw voldoende verpleegkundigen kunnen aantrekken. Dat is immers een groot zorgkind op dit ogenblik.

Noodplannen bestaan wel degelijk in de ziekenhuizen. De Vlaamse ziekenhuizen moesten trouwens allemaal vóór 31 december 2020 een nieuw ziekenhuisnoodplan indienen. Die noodplannen moeten nu de komende maanden bekeken worden door de lokale overheden, de federale politie, de brandweer en dergelijke. Binnen enkele maanden ligt er dus weer een nieuw plan dat voor een aantal jaar van toepassing zal zijn.

In dat noodplan zit een hoofdstuk pandemie in, maar zoals de heer Mazy al zei, gaat het niet alleen over pandemieën. Ook andere problemen komen erin aan bod. Overigens hoeven we ons geen illusies te maken: wat ons hier overkomen is, is van een zodanige intensiteit en omvang dat weinig plannen in die omstandigheden alomvattend zouden zijn. Er verschijnen geregeld berichten als zouden de ziekenhuizen niet klaar zijn voor een derde golf. Dat klopt waarschijnlijk, maar had men ons in februari 2020 gezegd wat er de komende tien, twaalf maanden allemaal stond te gebeuren,

dan hadden we allemaal gezegd dat we daar niet voorbereid op zijn, dat we er geenszins klaar voor zijn. De flexibiliteit en veerkracht van onze medewerkers is gigantisch indrukwekkend geweest. Samen met een aantal collega's ben ik van mening dat een ziekenhuis een van de mooiste plekken was om tijdens de coronacrisis te kunnen werken. Hier hebben we echt fantastische dingen zien gebeuren en zagen we mensen boven zichzelf uitgroeien.

Bij zo'n omvang kunnen we plannen beginnen op te stellen, maar maken we dan plannen waarin we de hele wereld 12, 18, 24 maanden lang dezelfde maskers zien bestellen? Wanneer zal het ooit voldoende zijn? Goed, de maskers zijn er nu, en we zijn blij dat er werk van wordt gemaakt.

Mevrouw Depoorter haalde de koppeling van de elektronische patiëntendossiers (EPD) aan. De EPD's van de eerstelijnszorg moeten inderdaad gekoppeld worden aan de informatie waarover wij beschikken, dat klopt. Wij zijn absoluut vragende partij dat alle medische informatie die over de burger beschikbaar is en die wij als professionals – als arts of verpleegkundige – nodig hebben, op een goed afgeschermd, goed gemonitord platform beschikbaar zou zijn.

Een heel concrete uitdaging waarmee onze mensen worden geconfronteerd als iemand op de spoeddienst wordt opgenomen, is een juiste inzage krijgen in de thuismedicatie. Ik daag iedereen die nu al één, twee of drie middelen inneemt – voor de bloeddruk, tegen te hoge cholesterol of voor een andere chronische aandoening – uit om die middelen eens heel precies op te lijsten. En met 'precies' bedoel ik: het exacte aantal pillen, met de juiste benaming, in de milligrammage per dag. En stelt u zich dan voor wat er gebeurt als een 75-, 80- of 85-jarige het ziekenhuis binnenkomt. Vandaag gebeurt dat allemaal op een bijna ambachtelijke manier, terwijl het perfect mogelijk is om die zaken elektronisch te laten gebeuren, en zonder inbreuken op de privacy. Uiteindelijk worden de geneesmiddelenvoorschriften almaar vaker elektronisch afgeleverd. Ik hoef geen papiertje van mijn huisarts meer mee te nemen naar de apotheek. Laten we er dus alstublieft voor zorgen dat die platformen goed gedeeld worden.

Vervolgens ga ik in op de structurele samenwerking tussen woon-zorgcentra, huisartsen en dergelijke. Dat hebben we in deze crisis ervaren: op dit moment hebben we een betere samenwerking, een betere entente, met onze huisartsen dan vóór de crisis. Dat komt omdat we, zeker in het begin van de eerste golf, bijna dagelijks een meeting via Teams hadden met alle

voorzitters van de huisartsenkringen van de regio. Hetzelfde deden we met de CRA's. Dat loopt nog steeds: minstens een keer per week is er een overleg met de CRA's en onze hoofdarts om af te stemmen wat we samen zullen doen.

Een laatste punt betreft de uitgestelde zorg. Dat is volgens mij een van de grote bronnen van ongerustheid voor de toekomst. Twee weken geleden sprak ik met een van onze thoracale chirurgen, die onder andere longkankers opereren. In 2020 opereerde hij 30 % minder longkankers dan gemiddeld in de voorgaande jaren. Statistisch gezien weten we echter dat die kankers er zijn. Uitgerekend longkanker is een van de gevaarlijkste, meest fatale kankers. We weten dus dat dat tot grote, onoplosbare problemen in de komende maanden zal leiden.

We kunnen dus echt wel zeggen dat dat een van de grootste zorgen is voor de komende maanden en jaren, nog los van de meer structurele problemen. Het baart ons wel degelijk zorgen. Alles wat we doen, doen we immers uiteindelijk om de patiënt te helpen, en in dit geval hebben we het gevoel dat we dat wat minder zullen kunnen doen.

Paul d'Otreppe: Pour répondre à la question de M. Pillen sur le futur constructif, je pense que la meilleure façon de ramener des infirmiers dans les hôpitaux ou d'inciter les gens à devenir infirmiers est précisément de montrer que le Parlement et le gouvernement sont décidés à entendre le secteur et à moderniser le système. Il ne s'agit pas d'une question d'argent mais d'une prise de conscience que les gens vont investir du temps pour améliorer le système sur la base de tout ce que vous avez entendu.

Pour ce qui concerne la question de Mme Gijbels relative à l'accréditation, celle-ci est obligatoire en Flandre, sauf si les autorités décident de ne pas y recourir et d'opter pour la structure de qualité classique. En Wallonie, par contre, nous avons vu que certains sont rentrés sur une base volontaire. La décision de votre hôpital "voisin" d'opter pour l'accréditation a fait en sorte que l'ensemble des hôpitaux ne peuvent désormais plus se passer de l'accréditation, qui est la garantie d'un label de qualité incontournable.

L'exercice est compliqué. En effet, l'accréditation vous explique tout ce que vous ne faites pas bien. Vous devez alors vous lancer dans un travail qui nécessite une solution au moins tous les trois ans. Tout cela vous ramène à une sorte de cercle vertueux d'amélioration de la qualité, ce qui est tout de même l'un des éléments essentiels, ce qui explique pourquoi nous sommes d'ardents défenseurs de l'accréditation. Quelle que soit la

formule - JCI, NIAZ ou ACI -, l'accréditation améliore le système *in fine*.

Toujours pour répondre à Mme Gijbels sur les possibilités de numérisation, je vous conseille de lire le rapport d'ING sur la question, qui est très bien fait. Si on voit bien que la Belgique est un bon élève en matière d'innovation, nous sommes quelque peu pénalisés par le fait que le secteur pharmaceutique occupe tellement de place que nous avons l'impression d'être bons en termes d'innovation, alors que dans les soins de santé, nous sommes plutôt "pas mauvais" ou juste en dessous. Nous sommes plutôt sous-innovants dans les soins de santé car notre système ne permet pas d'appuyer ou de soutenir l'innovation.

Il y a trois ans, une initiative conjointe a été prise avec le premier ministre Alexander De Croo et la ministre Maggie De Block, qui consistait en la création d'un panel baptisé HealthTech. Belgium. L'objectif était de montrer que l'innovation, qui est un changement, ne se fait pas naturellement. Ainsi, si vous demandez à ceux qui innovent, vous leur demandez d'investir du temps et de faire leur entrée dans un nouveau monde. Toutes ces PME et toutes ces nouvelles idées, il faut pouvoir les accompagner, trouver des centres de dépistage et de *scaling* dans les hôpitaux. Vous en arrivez alors à la conclusion que cette nouvelle idée est applicable.

Cette idée intéresse alors l'industrie. On a vu des projets qui étaient plutôt des prothèses spéciales mais destinées à des zones de guerre. Le monde industriel fait alors part de son intérêt et décide d'indemniser les fonds mis en place pour ce genre de choses.

L'idée peut également intéresser RIZIV et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Ainsi, le projet MoveUP, par exemple, permettait de faire des économies en améliorant le système. La numérisation a donc permis d'apporter des solutions. Le système peut également améliorer les performances de l'hôpital, auquel cas c'est ce dernier qui sera intéressé.

Tous les cas que je viens d'évoquer montrent qu'on ne peut demander aux gens de faire un changement sans les soutenir. C'est ainsi que nous avons proposé à l'époque – il y a deux ou trois ans – de créer un fonds. Aujourd'hui, on en reparle de plus en plus parce que tout le monde se dit soudain ouvert à l'innovation. Le dossier porté par beMedtech, par Agoria et par l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux est en train de progresser peu à peu.

Je pense que c'est en créant un cadre, qui exprime

vos intérêt pour l'innovation dans les hôpitaux que les réseaux, demain, suivront. Si demain, vous instituez, dans votre organisation et dans l'agrément, un directeur de l'innovation pour les hôpitaux qui s'autofinance, parce que, dès qu'il a cinq *start up*, il est autofinancé, toute la Belgique aura fait un effort et y aura gagné.

Ainsi, nous avons vu que la ville de Chicago testait bien plus de jeunes entreprises que nous. Même des jeunes entreprises belges allaient se faire tester aux États-Unis, parce que l'incubateur n'existe pas en Belgique. Je pense, dès lors, qu'il faut avoir un système qui encourage l'innovation. Nous débordons d'idées et avons déposé des projets sur la question.

Je conclurai en confirmant qu'il est préférable de travailler avec un réseau d'hôpitaux plutôt qu'avec un hôpital individuel. Le réseau, dont la taille est en moyenne cinq fois supérieure à celle de l'hôpital, a beaucoup plus de possibilités pour résoudre toutes ces questions aujourd'hui. Ce qu'il faut pouvoir faire, c'est encourager ce système-là et transformer les concurrents d'hier en partenaires. Ce processus ne se fera pas en quelques jours ou quelques mois car il est long et compliqué.

Néanmoins, si nous savons que le réseau a été l'un des éléments du succès de la réponse à la pandémie, peut-être tenterons-nous demain de remédier à tous ces freins au réseau, afin que le réseau ne devienne pas un outil utilisé par des courageux mais qu'il soit utilisé parce qu'il est soutenu par les autorités et qu'il permet de gagner de l'argent plutôt que d'en perdre, précisément parce qu'il correspond à une politique générale qui est soutenue, qui propose de la qualité en santé et qui fait de la coopération le nouveau modèle en place de la concurrence.

De voorzitter: Volgens mij zijn de meeste bijkomende vragen daarmee beantwoord, maar de leden kunnen wel nog het woord vragen. Vraagt nog iemand het woord? We moeten wel rekening houden met de avondklok van 22u. in Brussel.

Ik dank de sprekers voor hun heel uitgebreide toelichting. Wij hebben heel veel nuttige informatie gekregen. In onze conclusies kunnen wij daar ongetwijfeld iets mee doen.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 20.00 uur.
La réunion publique de commission est levée à 20 h 00.*