

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

du

LUNDI 25 JANVIER 2021

Après-midi

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

van

MAANDAG 25 JANUARI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.04 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 04 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

Hoorzitting met:

- de heren **Adrien Dufour**, woordvoerder, **Yves Maule**, secretaris, **Hendrik Van Gansbeke**, secretaris, **Wouter Decat**, coördinator van AUVB-UGIB-AKVB, en **Filip Haegdorens**, onderzoeker Universiteit Antwerpen en lid van AUVB;

- de heer **Yves Hellendorff**, ACV-CSC;

- de heer **Gert Van Hees**, ACLVB-CGSLB;

- mevrouw **Nathalie Lionnet**, federaal secretaris BBTK-Setca.

Audition de:

- **MM. Adrien Dufour**, porte-parole, **Yves Maule**, secrétaire, **Hendrik Van Gansbeke**, secrétaire, **Wouter Decat**, coordinateur de l'AUVB-UGIB-AKVB, et **Filip Haegdorens**, chercheur Universiteit Antwerpen et membre de l'AUVB;

- **M. Yves Hellendorff**, ACV-CSC;

- **M. Gert Van Hees**, ACLVB-CGSLB;

- **Mme Nathalie Lionnet**, secrétaire fédérale BBTK-Setca.

Adrien Dufour: Mesdames, messieurs, je constate dans l'écran de retour que vous voyez la présentation.

Au nom de l'Union générale des infirmiers de Belgique, que nous allons vous présenter, nous vous remercions pour votre invitation. Nous nous inscrivons bien sûr dans une démarche constructive, mais sur un débat qui est loin d'être évident, puisqu'il y a des choses qui ont fonctionné et d'autres qui ont moins bien fonctionné. Évidemment, beaucoup de questions ont été posées au niveau de l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Nous n'avons pas répondu à chacune des questions une à une, mais nous avons identifié différents axes afin d'apporter des réponses et des tendances sur les différents éléments que nous avons regroupés ensemble.

Nous sommes dans une logique de collaboration et de soutien. Vous avez reçu, malheureusement hier soir, la présentation et l'ensemble des documents que nous avons rédigés lors des différentes vagues.

Je suis présent en tant que porte-parole de l'Union générale des infirmiers de Belgique. M. Yves Maule, qui est présent avec nous, va représenter ici les infirmiers spécialisés. M. Hendrik Van Gansbeke aura plus une notion sur tout ce qui est soins à domicile. M. Decat est là en tant que coordinateur et présentera l'UGIP dans les grandes tendances, mais très rapidement. Et M. Haegdorens est chercheur infirmier à l'Université d'Anvers, car nous voulions également mettre en avant les différentes recherches qui ont été réalisées durant la première vague et la deuxième vague et qui appuient les propos de notre présentation.

La liste des questions soulevées porte bien sur la gestion de la crise, mais également sur la politique et la profession infirmière en Belgique. J'aurais tendance à vous poser une première question: quand on voit que l'OMS appelle à investir de toute urgence dans le personnel infirmier, et que le Conseil infirmier international a défini l'année 2020 comme l'année des infirmiers et des sage-femmes, et que le KCE a sorti une étude en mettant bien en avant les incohérences du système, où en sommes-nous exactement en Belgique aujourd'hui, après les première vague et deuxième vague?

Adrien Dufour:

L'UGIB représente 45 associations professionnelles, implantées dans les trois Régions. Ces associations sont soit généralistes soit spécialisées et reprennent des secteurs d'expertise tels que les soins à domicile, les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS). De la sorte, nous représentons plus ou moins 220 000 infirmiers. Ce chiffre est quelque peu exagéré dans la mesure où il s'agit des infirmiers pourvus d'un visa en Belgique. De plus, 135 000 sont actifs dans les soins de santé. La vraie question que l'on peut se poser est: pourquoi une telle différence entre les infirmiers qui ont un visa et ceux qui exercent (61 %). Bien sûr, plusieurs personnes exercent dans les soins à domicile, en temps partiel ou complet: ce sont +/- 38 000 infirmiers.

Le champ des compétences, le domaine d'exercice, est très diversifié. En synthèse: ce sont les soins de santé, le secteur privé et public, l'associatif privé. Pour le dire clairement, la force de l'Union générale des infirmiers de Belgique réside dans la connaissance, les aptitudes, les compétences et l'autorité des infirmiers qui travaillent en Belgique. C'est quelque chose d'important, car l'UGIB représente vraiment l'ensemble, la palette.

Avant de poursuivre, je voudrais parler de deux chiffres et d'un constat. Tout d'abord: 42, c'est le nombre de courriers répondant, en grande partie, aux questions posées et envoyées à tous les mandataires politiques. Moins de 42 sur 1 000, c'est le nombre effectif de réponses reçues par rapport au total des courriers envoyés. En résumé: pas de réponses. Donc, nous avons sollicité énormément de monde à travers ces envois, pour peu ou pas de réponses. Pour cette raison, j'ai tendance à dire que chacun a sa part de responsabilité au regard de ce que nous allons maintenant avancer. Nous nous en tiendrons vraiment aux faits.

Yves Maule: En ce qui concerne le vécu sur le terrain, la réalité est parfois différente de ce qu'on voit dans les médias et de ce que nous-mêmes constatons au quotidien. Le vécu local dans les différentes fonctions, c'est une réalité qui est vraiment différente d'un secteur d'exercice à l'autre: l'hôpital, le domicile et même à l'intérieur de l'hôpital, il y avait une grande différence. On a un impact sur le nombre de cas et sur la situation d'encadrement initial.

Il faut aussi imaginer qu'il y avait des pénuries

préexistantes. L'UGIB n'a eu de cesse de dire qu'il fallait revaloriser la profession pour pouvoir attirer plus de personnels. On s'est donc retrouvé dans des situations sur le terrain où l'encadrement initial était tout juste pour pouvoir couvrir les besoins. Quand on est entré dans la phase de pandémie, la pénurie a été plus importante. L'impact de la première et de la seconde vague a aussi été considérable puisque, au fur et à mesure, nous avons perdu un certain nombre de nos collègues. Sur la réalité de terrain au quotidien, on n'a pas de cadastre précis de ce qu'il s'est passé au niveau de la profession, ni au niveau des maladies, etc.

Le niveau de reprise de l'activité non-covid a aussi été déterminant puisque, quand on essaie de faire coexister l'activité programmée au sein de l'hôpital avec l'activité non programmée liée au covid, cela provoque l'encombrement des filières et des pressions très importantes sur les équipes soignantes.

Filip Haegdorens: Mevrouw de voorzitter, leden van de commissie, ik zal, zoals Adrien Dufour al aangaf, toelichting geven bij de studie die wij op het terrein in mei, juni, juli en oktober 2020 hebben uitgevoerd in opdracht van de AUVB, met name de Nursing Team Readiness Study. In dat kader hebben wij verpleegkundigen bevraagd in ziekenhuizen, woon-zorgcentra, thuiszorg en revalidatiecentra. Onze totale *sample size* was ongeveer 5.000 verpleegkundigen.

Ik zal een aantal cijfers laten zien over materiaal en bescherming en screening. Wij hebben natuurlijk veel meer zaken bestudeerd, maar daar hebben wij nu helaas de tijd niet voor. Die gegevens kunt u terugvinden in het toegestuurd rapport, dat wij hebben opgesteld.

Wij hebben gedurende enkele maanden gevraagd of de betrokkenen voldoende beschermingsmateriaal hadden, om zichzelf te kunnen beschermen tegen een potentiële covidbesmetting. U ziet in de antwoordcategorie gedurende de maanden dat in mei 2020 ongeveer 23 % van de verpleegkundigen aangaf dat zij onvoldoende beschermingsmateriaal hadden. Dat cijfer is gelukkig afgenomen in oktober 2020, waar slechts 8 % van onze collega's aangaf dat zij het gevoel hadden onvoldoende materiaal te hebben.

Ik wil wel een kanttekening bij die cijfers maken. Het gaat over het totale aantal verpleegkundigen. Indien wij dat cijfer opsplitsen in de verschillende sectoren, merken wij dat in oktober 2020 nog 16 % van de collega's in de residentiële zorg, dus in de woon-zorgcentra, en 10 % in de thuiszorg nog aangeeft dat men onvoldoende materiaal ter beschikking heeft.

Materiaal is niet alles. Ook kennis hoort erbij. Wij zijn dus nagegaan hoe het materiaal op het terrein moet worden gebruikt op het terrein. Om dat te onderzoeken, hebben wij een soort vraagstelling of quiz gemaakt op basis van de richtlijnen op dat moment van Sciensano, die aan de ziekenhuizen zijn verstrekt.

Wij hebben gevraagd welk materiaal de betrokkenen zouden gebruiken in de omstandigheden op dat moment. Wij hebben dat in twee casuïstieken geschetst. Het resultaat ziet er als volgt uit.

De kennistoets ziet u in het midden staan. Slechts 65 % van de verpleegkundigen was geslaagd op de kennistoets over een correct gebruik van het materiaal. Wij hebben dat vergeleken met de andere zorgverleners, bijvoorbeeld zorgkundigen, die wij ook hebben bevraagd. Daar lag het slaagpercentage nog enigszins lager.

Wanneer wij de vergelijking maken tussen diploma's, namelijk bachelorverpleegkundigen en HBO5-verpleegkundigen, merken wij dat 68 % van de bachelorverpleegkundigen geslaagd was op de test tegenover 51 % van de HBO5-verpleegkundigen.

61 % van onze collega's is toch van mening voldoende scholing te hebben gekregen, maar de kennis was niet steeds aanwezig.

Wij hebben ook nagekeken of ze patiënten kunnen screenen die potentieel geïnfecteerd zijn. De stelling daarbij was de volgende: als u de gevaldefinitie van Sciensano gebruikt, moet die patiënt gescreend kunnen worden. U ziet het verloop van de cijfers van mei tot en met oktober. In oktober gaf 80 % van de collega's aan de mogelijkheid hebben te screenen en 20 % die niet te hebben. Wij vinden dat redelijk hoog.

Wij hebben ook gevraagd naar de redenen waarom ze niet kunnen screenen. 32 % van de personen die niet kunnen screenen, geeft aan dat er geen medisch voorschrift beschikbaar was. De tweede reden was een tekort aan wissers. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat in de thuiszorg het ontbreken van het medisch voorschrift een probleem was bij 75 % van degenen die niet konden screenen.

Yves Maule: Toujours dans l'analyse de l'expérience de terrain, s'il y a des incertitudes au niveau de la population, il y en a aussi parmi nos collaborateurs et nos collègues. La gestion du risque a été une grande incertitude.

Dans la première vague, on avait tous les problèmes liés à la conformité et à la qualité du matériel. Les masques étaient-ils conformes? Le matériel que nous utilisions protégeait-il réellement?

Dans la deuxième vague, les problèmes étaient plus liés à la charge de travail et au maintien des activités classiques et du covid, avec un absentéisme important, puisque certains de nos collaborateurs ont été contaminés et n'ont plus pu travailler au chevet du patient. Il y a aussi eu le déclenchement tardif du "deuxième confinement", si on peut l'appeler ainsi, qui a induit un système de santé sous pression avec, pour nous, l'activation des lits extra USI. On en parlera peut-être ultérieurement mais des lits de soins intensifs, cela ne veut pas nécessairement dire du personnel. Pour nous, activer des lits de soins intensifs supplémentaires, cela voulait dire aussi mettre du personnel adéquat au chevet du patient, ce qui n'était pas évident du tout.

Filip Haegdorens: We hebben ook vragen gesteld over de capaciteit. Hebben we voldoende personeel om voldoende kwaliteitsvolle zorg aan te bieden aan alle patiënten, COVID-19 en niet-COVID-19? We hebben daarover twee vragen gesteld.

De eerste vraag was: kunt u voldoende kwaliteitsvolle zorg verlenen aan uw patiënten? Dertig procent van onze correspondenten gaf aan dat dit niet mogelijk was. Dat zijn de laatste cijfers van oktober.

Dan hebben we gevraagd: hebt u voldoende zorgverleners, artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen of zorgkundigen om kwaliteitsvolle zorg te kunnen verzekeren? Dat hebben we gedurende mei, juni, juli en oktober bevraagd. Dat ziet u hier in deze grafiek. Dat is eigenlijk altijd significant gedaald. In oktober gaf iets meer dan 20 % van onze correspondenten aan dat ze voldoende verpleegkundigen hadden om kwaliteitsvolle zorg te bieden.

Ik vermoed dat u ook weet dat uit het KCE-rapport van begin vorig jaar is gebleken dat er een tekort aan handen aan het bed van de patiënt is in de ziekenhuizen. Het gaat echter niet alleen om handen. Het gaat ook over de kennis en het diploma en de ervaring van onze collega's.

Ik kom aan een paper die recent is gepubliceerd van collega's van de KU Leuven en Sciensano. Er is een zekere overflowcapaciteit op intensieve zorgen gecreëerd om die COVID-19patiënten te kunnen opvangen. Ze hebben bekeken of er een verband is tussen het aantal bedden dat werd

gecreëerd - plaatsen waar men patiënten kan beademen - en de mortaliteit. Men heeft daar geconcludeerd dat, hoe meer bedden extra werden gecreëerd, hoe hoger de mortaliteit bij de patiënten was. Een belangrijke bedenking of conclusie daarbij is dat het niet voldoende is om plaatsen te hebben om te ventileren, men moet daarbij ook hooggekwalificeerd personeel hebben dat voldoende opleiding en expertise heeft. Dat wou ik met deze slide aantonen. Het zijn niet alleen de handen die tellen, maar ook de opleiding en de expertise die een belangrijke impact op de kwaliteit van de zorg hebben.

Yves Maule: Évidemment, quand vous regardez le journal télévisé le soir et que vous voyez la médiatisation des débats d'experts, il est clair qu'il y a toute une série de messages contradictoires. Pour nous, cela génère un certain nombre d'inconnues pour la gestion de la troisième vague ou d'un rebond et notamment, actuellement, pour toutes les questions qui sont liées aux différents variants. On est tous en train de se poser la question: doit-on arrêter les soins programmés? Doit-on s'attendre à une augmentation? Sur le terrain, cette incertitude est vraiment très négative pour les équipes, puisque celles-ci n'arrivent pas à se projeter dans le temps, ce qui génère tout un stress lié à l'organisation même.

Le sentiment général est que nous avons dû complexifier l'organisation des soins au niveau du chevet puisqu'on doit faire coexister des flux de patients à caractère respiratoire avec des flux de patients qui sont à caractère non respiratoire. Les dynamiques de *testing* à l'intérieur des hôpitaux ont aussi généré des retards dans les prises en charge, des conflits internes. Toutes ces règles qui ont été modifiées en permanence et adaptées au fur et à mesure des différentes vagues posent un problème pour nous, en termes de modèle de gestion de la crise réactif et non anticipatif. Dans beaucoup de cas, peu de leçons ont été tirées de la première vague et les déclenchements tardifs ou trop tardifs de messages lors du deuxième confinement ont aussi posé beaucoup de problèmes.

On a sous-évalué la gestion de la détresse émotionnelle des soignants. Une banalisation d'une problématique déjà identifiée en avril, pour laquelle l'UGIB est intervenue à plusieurs reprises. Pas de prise en compte d'une proposition d'étude. Sur le terrain, au quotidien, toute une série de personnes nous signalent maintenant avoir des troubles du sommeil, des troubles anxieux etc., ce qui va probablement connaître un effet boule de neige dans les mois qui viennent avec un absentéisme qui va probablement augmenter justement parce que nous n'avons pas pu donner

les moyens de gérer toute cette détresse émotionnelle qui est présente.

Effectivement, on a parlé beaucoup d'experts scientifiques dans le cadre de cette pandémie. Mais où sont les experts infirmiers? On n'en a pas vu dans les groupes d'experts et ceux qui y apparaissent sont rarement des gens qui sont sur le terrain. Résultat des courses: les prises de décisions sont tout à fait a-spécifiques en ce qui concerne le métier d'infirmier, ce qui pour nous nécessite une adaptation, sur le terrain, de règles pour lesquelles nous n'avons pas été conviés à une concertation.

Le manque d'une approche intégrée entre les secteurs et les lignes. Il est clair que lorsque vous travaillez aux urgences, *testing*, *tracing* et vaccination sont importants. Quand on voit les divergences entre la première ligne et les lignes internes à l'hôpital, c'est problématique. Il n'y a pas d'alignement qui soit réellement réalisé et donc nous n'avons pas de directives non plus entre les différents niveaux de pouvoir puisqu'il n'y a pas d'alignement entre les entités fédérées et le fédéral. On n'a pas un circuit clair de *tracing*. À un certain moment, les services d'urgence se retrouvent à tester des patients asymptomatiques alors que ce n'est pas leur rôle, parce qu'il n'y a pas de capacité à l'extérieur pour le faire et que ce sont des gens qui doivent quand même être testés. À d'autres moments, ce n'est plus chez nous que cela se fait. Au niveau de la gestion des informations qui circulent, c'est vraiment très compliqué.

En voyant les disparités qu'on a rencontrées dans les secteurs d'exercice, on se demande parfois sur la base de quels critères certaines décisions, qui n'ont pas été expliquées, ont été prises. Nous n'avons pas pu donner notre avis.

Nous nous sommes également trouvés dans une situation dans le cadre de laquelle nous avons une inquiétude importante concernant les structures en amont et en aval. La fragilité de ces structures pouvait entraîner une saturation. Autrement dit, si on n'arrivait pas à sortir des patients "guéris" des hôpitaux pour les envoyer vers des structures d'accueil, ces patients continuaient à occuper des lits, ce qui générerait une charge de travail. C'est cette dynamique qu'il faut mettre en lumière.

Pour ce qui concerne la communication, le secteur hospitalier, qui est mon secteur, constate qu'il y a une inadaptation à la gestion de crise en termes de communication: trop de donneurs d'ordre, trop de messages, absence de cohérence. On plaide donc vraiment en faveur d'une cohérence entre les éléments amenés par les experts et les groupes et

en faveur d'une cohérence en matière de pratique au quotidien sur le terrain.

Adrien Dufour: De manière globale, pour l'ensemble des secteurs, en termes de communication, il faut déplorer le non-respect et la non-concertation à plusieurs reprises. Ainsi, par exemple, quand nous avons présenté nos conclusions, en mai, sur la base de l'étude de Filip Haegdorens et de l'étude sur la détresse émotionnelle, nous nous sommes entendu dire que, quand il fait noir, il est normal que tout le monde voit noir, alors que nous venions avec des propositions concrètes pour éviter d'aller trop loin en matière de détresse des soignants. Quelques mois plus tard, le rapport de Sciensano s'est révélé affligeant. Six mois après, les tendances sont les mêmes. Fallait-il attendre six mois pour avoir ces tendances? Les arrêtés royaux qui sont sortis en mai et en novembre sans qu'il y ait eu de concertation du terrain renvoyaient à une absence de connaissance du cadre de la pratique professionnelle. Oui, on a renvoyé vers la Commission Technique de l'Art infirmier (CTAI). Oui, le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (CFAI) a donné son accord. Oui, nous avons fait part de notre position. Mais pourquoi une telle précipitation? Et si on prend l'arrêté royal de décembre, pourquoi une telle précipitation et pourquoi ne pas nous avoir concertés au sujet de la vaccination, des soins? C'est tellement simple de travailler ensemble. Or, lors de la première et de la deuxième vague, nous n'avons pas travaillé ensemble, et c'est là tout le problème.

On avait formulé des propositions concrètes pour justement éviter de tomber dans des arrêtés de réquisition, des arrêtés de délégation. Mais ces propositions n'ont pas été prises en compte.

Le sentiment global, c'est un manque de reconnaissance, un manque de concertation à l'égard de la profession en tant que telle, tout au long de la crise et entre les deux vagues. L'avis des organes fédéraux comme la CTAI, le CFAI n'a pas été assez pris en compte. La profession n'a tout simplement pas été suffisamment prise en considération.

La question a été posée de savoir si cette situation est liée à la covid? Ce à quoi je répondrai: pas spécialement. Il y a une absence de concertation sur beaucoup de sujets de manière globale.

La profession infirmière est très peu concertée pour des sujets qui la concernent. Pourtant, les infirmiers représentent le premier rempart dans tous les différents domaines d'exercice. On nous a applaudis et mis des bougies à notre intention, mais on préférerait ne pas être applaudis et ne pas

avoir de bougies, mais plutôt être inclus dans les discussions et pouvoir en avoir allant plus loin de manière concertée et réfléchie.

Pour ce qui concerne la charge de travail, celle-ci est toujours présente dans les hôpitaux, les centres de soins et les maisons de repos. C'est normal avec des éléments chronophages entre des patients suspects ou dépistés, les mesures d'isolement nécessaires, la limitation des visites, les accompagnements en plus des limitations de visites, la disponibilité des réactifs: s'il n'y en a pas assez, on est encore plus prudents, ce qui nous fait prendre des mesures d'isolement qui demandent une charge de travail encore plus importante. Quand on y réfléchit, dès la première vague, les réseaux hospitaliers ont reçu des missions qui étaient beaucoup trop importantes. Les réseaux hospitaliers ont été créés début janvier et en mars, il leur était demandé de gérer une crise qui relevait d'une pandémie.

On a demandé à un nouveau-né de courir le cent mètres, sans pour autant avoir une implication des infirmiers dans la coordination. Il en va de même pour la planification d'urgence: pas ou peu d'infirmiers dans cette concertation de planification.

En lien avec la charge de travail toujours, les profils des patients évoluent. Il y a les patients qui ne reviennent pas encore au niveau des structures, mais qui reviennent avec des profils qui sont plus lourds, des profils dignes de patients qui n'ont pas été suivis pendant un temps X. Il est vrai que ces patients chroniques réapparaissent également avec des filières qui sont différentes par rapport à ce que l'on a pu connaître avant la première vague. Il y a donc une charge de travail qui est toujours bien présente au niveau des soins intensifs et de la salle d'urgence.

Il est vrai qu'en grosse partie, l'accumulation et le report liés aux différentes vagues font que l'on reste dans une situation compliquée. C'est la raison pour laquelle nous insistons toujours sur le fait que le deuxième confinement a été trop tardif. Les hôpitaux n'auraient pas dû évoluer vers une phase 2B voire une phase 2B dépassée. On aurait dû essayer de maintenir une répartition de l'activité sur une phase 1B pour toutes les structures, ce qui aurait été beaucoup plus acceptable pour tout le monde. Mais pour cela il fallait prendre des décisions rapides: un seul donneur d'ordre.

Clairement, et M. Maule en a touché un mot, nous allons également faire face à d'autres problématiques: la dépression, le burn-out, l'isolement social. Le pire est à craindre, bien évidemment, avec l'augmentation des nouveaux syndromes liés à la covid avec des soins de longue

durée et une non-connaissance des effets.

Je passe la parole à M. Van Gansbeke pour la partie soins à domicile.

Hendrik Van Gansbeke: Mevrouw de voorzitter, de pers schonk en schenkt heel veel aandacht voor wat in de ziekenhuizen en woon-zorgcentra gebeurde, maar wij vinden het belangrijk om ook iets te zeggen over wat zich afspeelde in de thuisverpleging.

Aanvankelijk zagen wij een daling in de vraag naar verzorging aan huis, vooral doordat patiënten over onduidelijke informatie beschikten en schrik hadden van wat dat voor hen zou betekenen. Er was ook onzekerheid of zij wel voldoende beschermd zouden zijn. Later keerden deze patiënten terug dankzij goede informatie die door onze thuisverpleegkundigen werd verstrekt, mede op basis van wat door de overheden werd aangeleverd. Ze konden de patiënten geruststellen en hen verzekeren dat ze ondertussen over voldoende beschermingsmateriaal en -maatregelen beschikten.

We moesten thuiszorg leveren aan extra patiënten, vermoedelijke COVID-19-patiënten of patiënten die vervroegd terugkeerden uit het ziekenhuis, post-COVID-19. Er waren ook versnelde ontslagen uit de ziekenhuizen om ziekenhuisbedden vrij te maken. Patiënten bleven langer thuis en kwamen sneller terug uit het ziekenhuis, wat resulteerde in een toenemende complexiteit van de zorg.

Wat was er ook nog heel typisch voor de thuisverpleging? Wij zijn erin geslaagd om op basis van samenwerking tussen de verschillende thuisverpleegkundigen - of het nu om loontrekkenden, zelfstandigen, diensten of organisaties ging - een systeem van cohortezorg op te zetten zoals in de instellingen en wij hebben daarover afspraken kunnen maken met het RIZIV.

Thuisverpleegkundigen gingen ook bijkomend helpen in de ouderenzorg, de woon-zorgcentra die in acute personeelsnood verkeerden. Er werd ons gevraagd om in de triagecentra te helpen bij de staalafnames COVID-19, om bij te springen in de schakelzorgcentra en straks staan we ook klaar om te helpen bij de vaccinaties in de vaccinatiecentra.

Wij mogen echter niet vergeten dat dit gepaard ging met het waarborgen van de reguliere zorg in de thuiszorg. Wij zijn blij dat na de eerste golf zowel patiëntenverenigingen als mantelzorgverenigingen getuigden dat de thuisverpleegkundigen zowat de enigen waren die nog aan huis kwamen. Wij zijn daar ook fier op.

Alles bij elkaar hebben wij dus voor meer patiënten moeten zorgen, complexere zorgen moeten toedienen en extra taken moeten opnemen en dat hebben wij kunnen doen dankzij de grote, spontane en verantwoordelijke participatie van al onze collega's.

Adrien Dufour: Le manque de lien avec la première ligne est toujours bien présent. Comme Yves l'a expliqué, les connexions divergent, tandis que la gouvernance est clairement absente. Les conditions de travail sont vraiment changeantes. Lors des première et deuxième vagues, le plus compliqué a été de devoir s'adapter avec une diffusion d'informations qui n'était pas claire et limpide. Donc, pour toucher une personne dans un secteur bien précis, cela prenait énormément de temps et mettait en difficulté la qualité des soins.

Un phénomène à prendre en compte est que la prolongation des mesures générales peut rassurer, mais également fatiguer. Quand on parle de détresse émotionnelle, la durée des événements et l'absence de perspective mettent les équipes en difficulté. Heureusement, nous avons la vaccination, en espérant que l'adhésion sera très forte.

Aujourd'hui, nous commençons à sentir les impacts de la première vague. Après celle-ci, l'absentéisme a été plus marqué, en rapport avec la fatigue. Après la deuxième vague, l'absentéisme de la force de travail dans tous les secteurs était vraiment lié à son caractère plus contaminant. En sortant de cette deuxième vague, nous nous retrouvons avec un absentéisme anormalement plus haut que ce que nous observons habituellement en cette période. Les gens sont fatigués, ont du mal à s'en remettre et éprouvent beaucoup de difficulté à revenir vers les différents secteurs.

Filip, tu vas parler du bien-être?

Filip Haegdorens: We hebben een aantal vragen gesteld over het welzijn. De eerste vraag was of de verpleegkundige fysieke klachten had die te maken hebben met zijn werk. Dat hebben we gedurende verschillende maanden bevraagd. In oktober gaf 63% van de verpleegkundigen aan dat ze feitelijk fysieke klachten door het werk hadden. Dan hebben we ook gevraagd of de verpleegkundige soms situaties ervaart die een belangrijke impact hebben op zijn of haar emotionele welzijn. Dat ziet u in deze grafiek. Sinds mei ligt dat percentage relatief hoog. In oktober heeft ongeveer 74% van onze collega's geantwoord dat ze wel degelijk nog situaties ervaren met een belangrijke emotionele impact.

Daarnaast hebben we ook bevraagd of er enige vorm is van psychologische bijstand of ondersteuning georganiseerd door de werkgever. Gelukkig geeft 77% van de verpleegkundigen aan dat de werkgever iets van psychologische ondersteuning voorziet. Een kanttekening daarbij is dat er ook verpleegkundigen zijn die op zelfstandige basis werken en natuurlijk niet kunnen genieten van dat aanbod aan psychologische ondersteuning.

Adrien Dufour: Au niveau de la charge mentale, durant la première et la deuxième vague, le personnel était fatigué. L'ambiance était clairement morose avec une non-prise en compte de ces difficultés. Bien sûr, il y a eu des solutions au compte-gouttes qui ont été données: des lignes d'appel, un financement tardif du Fonds blouses blanches ou la mise à disposition, tardive elle aussi, d'un psychologue. Ces initiatives n'étaient pas toujours incluses dans un plan avec une vision globale et concertée avec les différents secteurs. Les craintes liées à l'incertitude venaient renforcer cette morosité comme le profil de patient, par exemple durant la période qui nous occupe ici, la différence entre un "patient covid" et un "patient grippe". La pression est toujours très forte sur les secteurs comme les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et tout ce qui est soins à domicile.

On assiste également maintenant à une perte de sens. Au début de la présentation, on parlait de 61 % d'infirmiers actifs par rapport aux personnes qui ont un visa pour exercer. Aujourd'hui, au sortir de la deuxième vague, on est aussi face à une perte de sens. Pourquoi ferais-je encore ce travail? La rétention et le remotivation constituent un challenge. La question est de savoir si les différentes structures sont suffisamment armées par rapport à cela, tant financièrement que structurellement. Nous insistons. C'est bien de nous applaudir, c'est bien de considérer les infirmiers comme des héros mais à un moment donné, il faut du concret et des actions qui mettent cela en avant.

Bien sûr, la crainte est celle des intentions de quitter. M. Haegdorens l'a également mesuré mais nous devons nous inscrire dans une démarche de soutien, d'intervision pour la charge mentale afin d'éviter cette fuite en avant des secteurs, déjà très visible dans les MR et MRS. Je reviendrai plus loin sur les actions qui sont prioritaires selon nous.

La question de l'attractivité et de la rétention est une question majeure. On a parlé des mardis des blouses blanches, on a parlé de la crise covid. Il y a vraiment un questionnaire des étudiants avant de rentrer dans la profession d'infirmier et, quand

bien même ils y entrent, les deux dernières années sont des années compliquées en termes de formation. On se pose la question de savoir quel sera demain le paysage des soins de santé et quelle sera la proportion d'infirmiers. Plus la crise dure, plus la profession souffre.

Je reviens sur cette étude qui a été présentée au mois de mai avec les mêmes conclusions à chaque fois: "Attention! Agissons sur les facteurs de risque et développons une vision!". Cette étude a été présentée au mois de mai par le cabinet de Mme De Block avec les mêmes considérations.

M. Haegdorens en vient à présent sur l'intention de quitter.

Filip Haegdorens: De hamvraag is natuurlijk of we voldoende personeel hebben om de toekomst in te gaan. Is deze crisis een kantelpunt? Die vraag heb ik ook zien terugkomen. Ik kom terug op de cijfers die wij gedurende de pandemie verzameld hebben.

We waren ook geïnteresseerd in uitstroom, want we weten natuurlijk sinds enkele jaren al, na een aantal Europese studies, dat de *nurse-to-patient ratio* in België nogal afwijkt van het Europese gemiddelde. Ik kijk eerst naar de ziekenhuizen, omdat daar veel cijfers over zijn. Gemiddeld gezien zorgen wij voor meer patiënten, in vergelijking met de rest van Europa. Dat geeft een bepaalde druk op het zorgsysteem. Een pandemie heeft daar vermoedelijk geen positief effect op. We hebben aan verpleegkundigen op maandelijkse basis gevraagd of zij het beroep wilden verlaten en volledig uit de gezondheidszorg wilden stappen of daaraan dachten. In mei gaf 13 % aan uit de gezondheidszorg te willen stappen. Dat percentage is significant gestegen tot 20 % in oktober. In het KCE-rapport 325 van eind 2019 over *nurse staffing levels* kwam men aan 9,5 %. Er is dus een toename en een reden tot bezorgdheid.

Daarnaast hebben we bekeken welke factoren een impact hebben op de intentie om te vertrekken. We hebben vastgesteld dat het hebben van een masterdiploma een impact heeft. Mensen met een masterdiploma zijn sneller geneigd om uit het beroep te stappen. Ook het werken met oudere patiënten en het onvoldoende ter beschikking hebben van persoonlijk beschermingsmateriaal zijn belangrijke factoren. Die mensen hebben 2,5 keer meer kans om uit het beroep te stappen. Mensen die op een spoedgevallendienst werken en mensen – dit was de zwaarste factor die wij gevonden hebben – die werkgerelateerde fysieke klachten ervaren, hebben tot drie keer meer kans om uit te stromen.

Adrien Dufour: Pour conclure sur la charge mentale, il importe de reprendre les données qui ont été publiées par Sciensano au courant de ce mois de janvier, le constat restant identique: la crise du covid a un grand impact sur les professionnels de soins et d'aide sur le plan personnel, professionnel et physique. Arrêtons de faire les mêmes constats tout le temps! Passons concrètement à l'action! Des recommandations ont été formulées en mai dernier, lesquelles n'ont pas été prises en compte. Nous avons fait une proposition d'études en juin, juillet, août qui n'ont pas été suivies et pour lesquelles nous devons nous inscrire dans une logique globale de prise en charge du soutien psychologique. Il est clair que le Fonds (one shot) des Blouses blanches pour le soutien psychologique aux structures hospitalières, c'est bien! Mais tous les secteurs doivent être réellement pris en charge. Et posons-nous les bonnes questions maintenant pour avancer!

De nouveau, si on doit se projeter maintenant sur les besoins concrets identifiés, c'est assurer un encadrement et des mesures d'accompagnement adéquates avec un plan d'organisation des ressources lié au plan d'urgence hospitalier, avec un juste ratio nombre d'infirmiers/patients sans oublier la formation; c'est définir une unité covid, définir le plan d'organisation des ressources afin d'éviter de tomber dans des arrêts royaux concernant la délégation qui n'ont pas de sens avec une validation réelle des plans d'urgence hospitalier; c'est prévoir un échange d'expertise. La première vague a été tellement caractérisée par des enseignements très riches, qui n'ont pas été partagés ni été réfléchis ensemble et le rapport sur le groupe HTSC établi par le KCE le met bien en avant. Il faut maintenir et faire évoluer le groupe HTSC, qui est un organe important en termes de régulation mais en lui donnant une autre dimension pour le faire évoluer correctement. Comment? En y intégrant les infirmiers. C'est également repris dans le rapport; c'est renforcer les centres (...) de prévention et de soutien psychologique, on ne le dira jamais assez. Attention, aujourd'hui, la profession se trouve dans une détresse importante!. En mai, on évaluait le fait que sept infirmiers sur dix risquaient de tomber en détresse émotionnelle. On n'a pas réévalué cette mesure en décembre, mais quand même sept infirmiers sur dix!; c'est élaborer des mesures d'accompagnement logistique pour tous les secteurs afin de décharger les infirmiers de leur plus-value et, à nouveau, d'éviter de tomber dans des délégations qui n'en sont pas. Bien entendu se poser la question à la place des chefs de département au sein des réseaux et de la planification d'urgence me paraît fondamental. Il a fallu faire de la coordination entre les hôpitaux,

mais derrière cela se retrouvait la planification d'urgence ainsi que les directeurs des départements infirmiers; c'est développer une réflexion sur la meilleure manière d'outiller les managers et toutes les structures sur la gestion de crise, la communication, la mobilité de travail et autres. Cela reste des actions claires, nettes et précises.

Le travail en collaboration également, pour vraiment, comme on l'a évoqué, avoir une stratégie de prise en charge qui soit la plus globale possible. Je m'excuse si j'ai fait une erreur sur la deuxième vague, mais on parle bien d'une troisième vague. C'est vraiment le fait de travailler ensemble avec une *task force* qui tienne compte vraiment des différents représentants de la santé.

On a parlé à plusieurs reprises de la communication. Le commissariat coronavirus est une très bonne chose. Il faut lui donner force et vigueur et qu'il soit vraiment le donneur d'ordre, qu'il soit vraiment dans un management de crise et qu'il n'ait qu'une seule référence. C'est quelque chose d'évidemment très important.

La mise à disposition de matériel et de médicaments adéquats conformes en qualité et en suffisance reste aussi la priorité. Garantir la disponibilité des vaccins et appuyer largement la campagne de vaccination aussi peuvent certainement nous permettre de voir la lumière au bout du tunnel, comme pour tout le monde.

Il est clair que nous devons éviter de devoir remettre le système sous pression, tel qu'il l'a été lors de la deuxième vague. Les choses ont été beaucoup, beaucoup trop loin. Il faut arriver à pouvoir contenir les phénomènes et à prendre les décisions plus rapidement. Si on prend les structures hospitalières, beaucoup ont été au-delà de la phase 2B qui était prévue dans le plan HTC. Beaucoup trop! Une pression beaucoup trop importante. Philippe l'a expliqué, il y avait un risque de prise en charge de mauvaise qualité au niveau des patients en soins intensifs.

Je veux insister aussi sur le fait de renforcer la digitalisation des structures. On s'est parfois retrouvés à faire trois ou quatre rapports ou communications de chiffres différents alors que tous les chiffres étaient disponibles et qu'il suffisait de les encoder sur une plate-forme digitale: l'ICMS, Sciensano et on en passe.

Bien sûr, renforcer la collaboration entre les différentes structures, y compris l'échange d'expertise entre les hôpitaux, les maisons de repos, les soins à domicile est essentiel. Que l'on travaille en un bloc, avec vraiment la prise en

compte globale en parlant d'un secteur on parle également des structures en amont et en aval! Et bien sûr permettre une mobilité entre ces différentes entités de soins et ces secteurs, et parfois le fait de travailler et de donner vraiment crédit aux réseaux hospitaliers, mais en leur donnant les moyens d'y arriver. Quand on parle de patients covid, comment un réseau hospitalier peut-il gérer leur accueil en son sein, avec les structures de maisons de repos et de maisons de repos et de soins, mais également, ben évidemment, avec des structures au domicile?

J'aurais tendance à vous dire simplement que notre mémorandum est la ligne de conduite que l'on aurait souhaité suivre déjà depuis 2019 avec des normes d'encadrement de qualité pour des soins de qualité dans tous les secteurs des soins. Cela ne poserait pas la question de la prise en charge des patients covid. Une différenciation de fonctions équitable avec une seule filière de formation. Arrêtons d'avoir un système avec autant de filières de formation infirmières. Simplifions, simplifions, simplifions! Aujourd'hui le débat est sur la table. Il y a eu la note Vivaldi qui dit bien qu'il y aura un questionnaire sur les profils H2O5. S'il vous plaît, ayons cette réflexion en bonne et due forme!

Je parle des moyens de formation, d'une meilleure structuration et coordination des activités infirmières intra- et extrahospitalières. La crise covid a vraiment mis en lumière ce besoin et cette nécessité.

Le cinquième point est évidemment fondamental, avec une représentation réelle et équilibrée de la profession infirmière dans les organes qui la concernent, et pas à titre de figuration.

Puis, la recherche infirmière doit être mieux financée et prise en compte, de même que l'information et l'éducation des patients. Des moyens favorisant un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée doivent être mobilisés.

Enfin, la reconnaissance de la pénibilité de cette profession faisait également partie des promesses qui ont été faites au moment et à la fin de première vague. Or, ce dernier point a été gommé de la note Vivaldi. Quand on parle de morosité et d'absence de perspective, on parle de tout cela: pas uniquement de la crise covid, mais de toutes les promesses qui ont été émises et qui nous donnent à présent, tout simplement, un sentiment de page blanche.

Voilà pour l'UGIB, qui structure ces 45 organisations. Je vous remercie de votre

attention.

La présidente: Je vous remercie, messieurs, de votre présentation. Je suis sûre que les députés vous poseront beaucoup de questions. À présent, je passe la parole à M. Hellendorff, de l'ACV.

Yves Hellendorff: Madame la présidente, je vais d'abord céder la parole à Gert Van Hees, de l'ACLBV.

Gert Van Hees: Beste parlementsleden, ik denk dat wij u moeten bedanken voor de uitnodiging om wat te luisteren naar onze ervaringen tijdens de covidcrisis. Ik moet vooreerst enkele collega's verontschuldigen die hier niet aanwezig zijn. Jullie hebben al een reactie gehoord in het begin van de vergadering van de openbare sector. Dat heeft grotendeels te maken met de talrijke activiteiten die wij op diverse niveaus op dit moment moeten bolwerken, zijnde vooral sociaal overleg rond uitvoering, sociale akkoorden, en dat behelst toch heel wat overleg op diverse fora. Vandaar dat we ook een heel korte voorbereidingstijd hebben gehad en getracht hebben u een tekst te bezorgen. Ik denk dat u die ondertussen gehad heeft. Ik verontschuldig aan Nederlandstalige zijde de collega van ACV Puls Mark Selleslach en van BBTK Jan-Piet Bauwens. Ikzelf vertegenwoordig voor de Nederlandstalige zijde ACLVB. Mijn Franstalige collega Eric Dubois is verontschuldigd. De twee andere Franstalige collega's zijn in de zaal en zullen mij aanvullen na de introductie.

In tegenstelling tot de collega's van de beroepsverenigingen van verpleegkundigen zijn wij natuurlijk als vakorganisaties verantwoordelijk voor alle personeelsgroepen. Het behoort uiteraard tot ons DNA om overal waar mogelijk te ijveren voor betere en veiligere werkomstandigheden, werkbaar werkomstandigheden, betere loon- en arbeidsvoorwaarden. Dat is wat de zorg betreft met de bedoeling om een kwalitatieve dienstverlening aan de bevolking te organiseren in het publieke speelveld. Ik benadruk nog eens dat wij hier voor al die beroepsgroepen spreken, niet alleen voor het verpleegkundig personeel, maar ook voor al het logistiek personeel, het administratief personeel, het medisch-technisch personeel. Zonder twijfel kunt u ook aanvaarden dat in de zorgketen al die beroepen essentieel zijn om tot een goed geoliede machine te komen in de zorg. Ik denk dat wij terecht trots mogen zijn op ons Belgisch gezondheidszorgsysteem. Natuurlijk is dat onderhevig aan zware druk door de covidcrisis. Dat hebben we allemaal aan den lijve ondervonden.

Ik hoop u wellicht niet te herinneren aan het fenomeen van de witte woede, waarbij wij strijden voor een aantal verbeteringen in het systeem, ook

wat het personeel van de zorg betreft.

Wij klagen ook reeds jaren aan dat de personeelsnormen te laag zijn. Dat werd ondertussen ook bevestigd door de KCE-studie en de aanbevelingen daarin. De collega's van de beroepsfederaties hebben het daarnet ook aangehaald.

Er is het blijvend fenomeen van de tekorten op de arbeidsmarkt, waardoor er uiteraard een hoge werkdruk is. De werktijden en werkroosters zijn uiteraard niet evident. Wij zorgen voor een volcontinu systeem van zorg en dat heeft consequenties.

Wij kaarten ook reeds enige tijd de structurele onderfinanciering van de zorg aan. Uiteraard ijveren wij voor een betere verloning. Er werden op dat vlak ondertussen wel reeds stappen gezet.

Het is essentieel dat wij in deze groep een aantal zaken bespreekbaar kunnen maken, die een aantal zaken verbeteren. Intussen is de politieke context waarin de vakbonden moesten werken, geëvolueerd van een regering in lopende zaken over een volmachtenregering naar een regering met volle bevoegdheid. Dat heeft in de tijdslijn tijdens de covidcrisis gemaakt dat een aantal zaken in een bepaald perspectief werd geplaatst, maar daar kunnen wij straks even verder op ingaan.

Yves Hellendorff: Tout d'abord, quand la crise est arrivée, le système était déjà extrêmement tendu, puisque nous avons dû subir, depuis un certain nombre d'années, un sous-financement structurel amplifié par les mesures prises par le dernier gouvernement.

De nombreux hôpitaux et soins à domicile étaient dans une situation financière difficile avant la crise. Cela se traduisait déjà localement par un effectif en personnel limité au strict minimum financièrement tenable et par la recherche d'économies via des pratiques notamment de sous-traitance et d'externalisation. Nous reviendrons sur les risques liés à cette externalisation dans la gestion d'une crise comme celle que nous avons vécue.

À cela ajoutons la volonté de la ministre de lancer la réforme des hôpitaux, et ce, sans aucune concertation avec les travailleurs du secteur. Le lancement de la réforme des hôpitaux sans concertation a créé une méfiance totale, une démobilisation du personnel hospitalier. Pour ce qui est de la loi sur les réseaux hospitaliers initiée par la ministre De Block, nous constatons que les 4/5^e de cette loi servent uniquement à maintenir le pouvoir médical dans les structures hospitalières.

On a parlé tout à l'heure de l'absence de présence infirmière, mais c'est l'absence de l'ensemble du personnel qui peut être mis en avant. On a voulu protéger le corps médical avant tout dans cette loi. Nous avons donc eu là un personnel sous pression. Les mesures en matière de raccourcissement des hospitalisations, la fermeture de lits et l'ensemble des mesures ont amené une tension supplémentaire en termes de charge de travail. Mais la rotation des patients amène une intensification des prises en charge, et ce, pas seulement pour le personnel soignant! L'entretien ménager pour des sorties tous les deux ou trois jours ou un entretien tous les sept ou huit jours, ce n'est évidemment pas la même chose! Idem pour l'administration, l'admission, la sortie, la comptabilité, ce sont des fonctions qui s'intensifient en termes de charge de travail.

À cela s'ajoutait une pénurie relative de personnel infirmier qualifié qui laissait déjà une série de postes vacants. Comme Adrien Dufour en a parlé tout à l'heure, on parle de pénurie relative car tout le monde sait qu'une partie du personnel infirmier aujourd'hui n'est pas sur le terrain parce qu'il y a du temps partiel, du *burn out*, de l'incapacité de travail, de l'invalidité mais il y a aussi de la fuite pure et simple de ce métier.

Ce qui s'est passé, c'est qu'il y a eu en plus l'allongement des études d'infirmier. Cela a déclenché une saturation du système, ce qui a provoqué, dès début 2019, une série d'actions. Nous avons entendu parlé des mardis des blouses blanches, initiés par les organisations syndicales, qui ont d'ailleurs débouché sur l'adoption par le Parlement du fameux Fonds Blouses blanches. Nous y reviendrons.

Quand je dis qu'il n'y a pas de concertation, il n'y en a pas eu sur le lancement des réseaux hospitaliers mais il n'y a eu aucune concertation avec le gouvernement pendant toute la première vague. Au démarrage de la crise, nous avons, comme représentants des travailleurs, été totalement niés, oubliés ou même contournés par le gouvernement. C'était la période du dogme scientifico-économique. Les politiques se cachaient derrière les scientifiques et les décisions se prenaient sur le seul équilibre scientifique et économique.

Nous avons entendu dire, y compris par Sciensano, que la concertation était une perte de temps. Aucune invitation! Bien plus, aucune réponse à nos demandes de concertation, même quand la demande était posée paritairement avec les employeurs du secteur. La composition des groupes d'experts, notamment visant à gérer la

sortie de crise, a aussi démontré le peu d'attention portée aux citoyens et aux travailleurs dans les stratégies développées: un seul représentant du secteur social santé, aucun syndicaliste, aucun mutuelliste, la négation pleine et entière des corps intermédiaires, ceux qui, au lieu de s'attarder simplement aux témoignages de terrain ou à l'analyse scientifique, étudient ces témoignages, essaient de les structurer et les mettent en cohérence avec le contexte dans lequel ils sont vécus.

Aucune place pour ces organisations qui sont à la fois à l'écoute du terrain, sont des experts du terrain, mais sont capables de contextualiser et de proposer des perspectives d'action.

Face à ce constat, les partenaires sociaux ont dû eux-mêmes mettre en œuvre, à la mi-mars, des directives sectorielles en matière d'organisation du travail, de priorité dans la mobilisation des moyens humains. Nous avons, en commission paritaire, rédigé ces directives. Nous les avons envoyées au gouvernement. Ils ont fait comme si cela n'existait pas. Nous avons demandé à être reçus pour en discuter, pour voir comment le cadre réglementaire pouvait être adapté pour que ces directives fournissent leur plein effet. Nous n'avons eu aucune réponse.

Devinez quand nous avons eu la première rencontre avec le cabinet de la Santé? Quand la ministre a décidé de signer deux arrêtés royaux sur la réquisition et sur la délégation des soins infirmiers, en sortie de première vague. Bien trop tard d'ailleurs, puisque c'était au moment où cela ne servait plus à rien.

Ces projets ont fait l'effet d'une attaque en règle contre le personnel qui s'était donné à fond. La ministre a dit avoir consulté. En fait, elle avait consulté quelques représentants d'associations professionnelles - pas toutes - mais apparemment, n'avait même pas tenu compte de leurs remarques. Elle nous a consultés *a posteriori*, avant la signature royale, pour nous dire que de toute façon, elle ne changerait rien à ses projets.

La mobilisation qui a suivi, avec des arrêts de travail dans toute une série de services et d'institutions de soins, a amené la première ministre de l'époque, Sophie Wilmès, à annoncer très rapidement le démarrage de négociations qui ont permis d'avancer vers un accord social et vers le retrait de la publication des deux arrêtés royaux.

C'est comme cela, pendant la première vague du covid, que la concertation sociale ou la concertation même, était imaginée par le précédent gouvernement.

Est-ce que, comme dans les Régions, il y a eu des concertations avec l'administration? Nous n'avons pu avoir aucun contact avec le SPF Santé. Ni demande d'avis, ni information, que ce soit avant ou pendant la diffusion des directives vers les établissements de soins, ni dans les réflexions sur les stratégies à mettre en place.

Dans ce contexte, il serait d'ailleurs intéressant d'analyser la composition et le fonctionnement du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. Cet organe regroupe évidemment les gestionnaires d'hôpitaux, des médecins, des représentants d'organisations professionnelles infirmières, mais aucun syndicaliste.

À de nombreuses reprises, le CFEH est intervenu à travers la mise en place de techniques de financement ou dans la remise d'avis soutenant de façon claire et orientée la position des employeurs dans la concertation sociale. Nous demandons formellement que les organisations syndicales représentatives des travailleurs hospitaliers puissent intégrer le Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

Aucune concertation n'a eu lieu, ni avec la ministre du gouvernement ni avec l'administration au niveau fédéral, ce qui n'était quand même pas à ce point-là au niveau des entités fédérées et des institutions elles-mêmes. Nous avons dû subir la loi du "dogmatoscientifique". Sciensano affirmant que les réunions non essentielles devaient être supprimées, un bon nombre de directions d'établissements de santé ont considéré les conseils d'entreprises et les comités de prévention et de protection au travail comme non essentiels et les ont mis en sourdine. Cela s'est avéré extrêmement défavorable dans les premières semaines de la pandémie. En effet, toute la question de la prévention et de la protection au travail s'est retrouvée gérée avec très peu de concertation sur base de directives générales, ce qui a entraîné, d'une part, un déficit important en matière de capacité de communication, de compréhension des mesures et d'acceptation, et ce qui a favorisé d'autre part la fuite de certains professionnels ou la réticence à aller soutenir les services covid récemment ouverts.

De même, la question de l'organisation du travail et plus particulièrement des horaires sur le court terme et le long terme est cruciale si on veut garantir de disposer de personnels en suffisance et en qualité. Or, il s'agit d'une compétence du conseil d'entreprise. Certains employeurs se sont rendu compte très tard qu'une circulaire ne leur permettait pas de ne pas respecter le droit social. L'absence de communication par les autorités à

travers les syndicats a aussi favorisé la résistance syndicale locale à des mesures qui paraissaient alors démesurées.

Nathalie Lionnet: La crise sanitaire est avant tout une question de santé. On s'est fort intéressé à la santé de l'ensemble des citoyens, bien légitimement, mais on a oublié que les travailleurs de la santé devaient nécessairement rester en bonne santé.

Dans cette crise covid, ce qui est extrêmement interpellant, peut-être a contrario des entreprises marchandes ou de celles qui ne disposent pas de la compétence médicale, force est de constater que la présence de la médecine du travail – l'interlocuteur privilégié du travailleur – a été réduite à peau de chagrin. On a vécu cette première phase de crise covid au travers de circulaires et d'injonctions qui n'étaient pas accompagnées de cette expertise médicale: celle du médecin du travail, qui connaît à la fois les espaces de travail, les conditions de travail et, surtout, la situation de santé des travailleurs. Ce mélange des genres a créé des comportements totalement inacceptables.

Dans le fond, la question du droit au secret médical des travailleurs a été complètement abandonnée. Nous avons dû constater que, lors de la mise en œuvre du *testing*, certaines directions étaient informées du résultat des tests covid des travailleurs avant même que ceux-ci ne le soient. Parfois, nous avons même vu un responsable d'une maison de repos se réjouir de l'absence de cas positif dans son institution et le publiant sur Facebook, avant même que le travailleur ne soit informé.

Nous nous rendons compte que la question de la santé du travailleur a été mise à mal par la notion de l'urgence, la question du modèle sanitaire, alors que c'est un droit de voir respecter ce secret sanitaire, d'autant plus qu'au vu des conditions de travail que nous connaissons dans le secteur, ce lien privilégié est extrêmement important pour garantir au travailleur qu'il n'ira pas au-delà. Si nous avons dû applaudir les travailleurs, c'est parce que nous étions extrêmement conscients qu'ils allaient au front; covid ou non, ils devaient y aller, parce que c'est leur mission d'accompagner la population. Parfois, certains sont même allés au-delà, faute de ressources disponibles pour les soutenir.

Bref, les travailleurs n'ont été ni des lâcheurs ni des déserteurs, mais bien souvent la protection de la médecine du travail n'était pas là pour les sortir à temps.

Force est de constater que, dans la mise en place de la vaccination, nous sommes tous convaincus que sa réussite est nécessaire pour aller vers un monde que nous espérons fondamentalement meilleur que celui d'avant. Toutefois, cela ne sera possible que si nous obtenons l'adhésion des travailleurs.

Depuis des mois, nous subissons des contraintes qui sont évidemment fondées sur le fait qu'il faut maintenir un maximum de la population en bonne santé. Mais il va falloir travailler sur l'adhésion. En effet, nous subissons des contraintes. Et aujourd'hui, que se passe-t-il sur le terrain?

La décision relative à la vaccination sur base volontaire est une excellente décision. Nous espérons qu'il y aurait un travail d'information. Ce sont des professionnels qui sont capables de tenir compte des informations scientifiques pour se faire leur propre opinion. Ces travailleurs auraient pu être accompagnés par la médecine du travail pour prendre leur décision. Finalement, sur des principes d'organisation, on se retrouve avec des travailleurs qui doivent signifier à leur employeur s'ils se feront ou non vacciner, employeur qui exige la signature du travailleur si ce dernier refuse la vaccination en lui signifiant que cela sera repris non pas dans son dossier médical, mais dans son dossier personnel. Il arrive même parfois que le travailleur se fasse menacer de licenciement s'il refuse de se faire vacciner. Nous devons donc être extrêmement prudents.

Lorsque des fédérations patronales, notamment du secteur des maisons de repos, font appel au caractère obligatoire de la vaccination, cela est contre-productif. C'est en tout cas ce que nous pensons sincèrement. Nous avons la mission d'informer et d'expliquer pour obtenir l'adhésion des travailleurs. Ce n'est pas le moment, alors que ces travailleurs ont tout donné, qu'ils sont fatigués, de venir avec des mesures coercitives. On pourrait le garantir en laissant une place réelle à la médecine du travail.

L'enjeu, demain, quand cette commission aura émis des recommandations, sera d'avoir un plan cohérent permettant, en cas de crise ou de catastrophe, de soutenir la population. Et il faudra donner une place toute particulière à la médecine du travail, en particulier en cas de catastrophe sanitaire, pour que, sur la base de son expertise, elle puisse accompagner le monde politique, le monde scientifique, les interlocuteurs sociaux afin que la santé des travailleurs reste au cœur des préoccupations.

Au-delà de cette question de la santé des travailleurs et de la médecine du travail, il y a les

moyens de protection. On ne reviendra pas sur la saga des masques. On la connaît. Il y a eu le manque de masques, le manque de blouses, le manque de gants, le manque de matériel d'oxygénothérapie. Finalement, tous ces éléments, toutes ces failles ont créé un état de tension inacceptable chez les travailleurs.

Qu'en était-il? Nous étions en phase fédérale. On était conscients qu'il fallait absolument préserver notre système de soins de santé. On avait déjà vécu la crise covid au travers des images que l'on nous envoyait et qui révélaient la situation de l'Italie. Tous les collègues savaient, avaient anticipé ce premier trauma. Vis-à-vis de cette question du matériel, on était conscients qu'on ne pouvait pas faire s'effondrer le système, mais finalement, on se retrouvait dans des unités qui accompagnaient les aînés en maisons de repos sans matériel, parce que le matériel en phase fédérale était dédié prioritairement à certains types de services. Cela a créé énormément de tensions auprès des collègues parce les gens se disaient: "Mais nous n'avons pas tous la même valeur. Est-ce que nos résidents valent moins? Est-ce que nous valons moins?" Cette absence de matériel a été probablement un des éléments majeurs dans le stress des travailleurs.

Je voudrais, au-delà des choses négatives que l'on dit, dire aussi que cette crise covid ne montre pas que des choses négatives. La crise covid a permis de montrer combien les intelligences collectives et la solidarité ont permis, grâce à la population, de suppléer à des manques divers et variés.

Autre chose sur le matériel: il est absolument insupportable de constater que ce matériel de première nécessité qui devait permettre de préserver la santé de ceux qui devaient sauver des vies a fait l'objet de la loi de l'offre et de la demande. Nous avons constaté que des employeurs devaient acheter du matériel à des prix totalement exorbitants avec une dérégulation complète. Il faudra donc certainement réfléchir à comment faire en sorte que ces moyens de protection fondamentaux soient accessibles. Si on n'a plus de travailleurs sur le terrain pour accompagner la population, cela veut dire qu'on abandonne la population. Il y a des moments où ce n'est pas acceptable que des prix se multiplient par dix, qu'il y ait du marché noir. On doit trouver des solutions.

Pour nous, la solution sera de nous garantir un stock de matériel stratégique disponible en quantité suffisante mais aussi disponible au moment où les travailleurs en ont besoin. Nous insistons vraiment pour que l'on puisse préserver le matériel dit de première nécessité, de la

spéculation boursière. Cela a coûté très cher à la collectivité, alors que ce matériel n'avait pas plus d'efficacité qu'il n'en avait lorsqu'on l'achetait dix cents.

Je voudrais juste partager quelques chiffres. Nous avons fait une enquête auprès de travailleurs du secteur non marchand. Et nous voulions évaluer quelle était leur perception de la situation.

À la question "Je suis restée au job, lorsque j'ai dû maintenir mon activité professionnelle sur le terrain", 45 % des répondants se disent moyennement en sécurité, 30 % d'entre eux se disent pas du tout en sécurité. Ce chiffre est vraiment très significatif quant au sentiment d'insécurité des travailleurs de terrain.

Lorsqu'on leur demande quelle a été leur plus grande source de stress, 72 % des répondants ont mentionné que c'était la possibilité d'être contaminants pour les patients, les résidents; 57 % citaient en deuxième point que c'était l'excès de travail. On sait, en effet, que lorsque la charge de travail est trop importante, les soins sont forcément de moindre qualité. 55 % d'entre eux citaient en troisième point le fait d'être contaminé soi-même; 50 % évoquaient la pénurie de matériel et venait en cinquième position le fait de contaminer sa famille.

Je tiens à le souligner, car on a la chance dans ce pays d'avoir des travailleurs qui sont extrêmement motivés. En effet, lorsque les trois-quarts des travailleurs sont plus inquiets d'être contaminants pour ceux qui font l'objet de leurs soins que de leur propre santé, j'ai envie de leur dire: "Bravo, messieurs, mesdames! En tout cas, on a pu compter sur vous".

Dans le contexte actuel, on constate que ces travailleurs témoignent d'un stress moyennement-à très élevé du point de vue professionnel. On pourrait se dire que tous les répondants à cette enquête ne soient que les plus stressés parmi les travailleurs belges. Mais non! 80 % d'entre eux disent que le stress qu'ils vivent à l'heure actuelle est beaucoup plus élevé que ce qu'ils connaissaient.

Il faudra retenir que la question de la santé mentale des travailleurs du secteur non marchand principalement et probablement de tous les secteurs est une question essentielle. Essentielle, parce que le risque majeur est que des travailleurs épuisés, fatigués quittent le secteur, travailleurs pour lesquels le travail de soignant, d'accompagnant des patients, des résidents a perdu tout son sens, parce que, parfois, pour rester en vie, il faut se protéger et se déshumaniser.

Au-delà de toute la question de la protection du matériel et de la santé au travail, on ne pourra pas se satisfaire de déclarations de bonnes intentions sur la question de la prise en charge du soutien des travailleurs. Cela voudra dire aussi qu'il faudra trouver des moyens parce que cela prend du temps de réparer des gens.

Voilà ce que nous souhaitions vous dire sur cette question de la santé au travail.

Un autre sujet est l'impact de "l'éparpillement des compétences". En cas de catastrophe, il est clair qu'avoir le dispositif le plus clair, le plus structuré, le plus cohérent peut être un facteur essentiel de réussite. Je ne détaillerai pas trop car nous en avons déjà beaucoup parlé. Mais la communication du fédéral vers les entités fédérées, entre les différents acteurs a été extrêmement délétère. Cette régionalisation n'est finalement pas sans impact sur les conséquences que nous avons vécues, notamment au niveau du secteur des maisons de repos car, lorsqu'on a mis les dispositifs en concurrence, il était difficile de pouvoir travailler en sécurité et, finalement, on s'est retrouvé dans un non-sens. On savait tous que le covid était particulièrement dangereux, mortel pour nos aînés et, finalement, dans la première vague, ceux qui ont bénéficié d'un encadrement le moins "secure" (c'est-à-dire là où on a eu le plus de mal à avoir du matériel puisque nous étions dans cette phase fédérale, là où on avait du mal à obtenir des *testings*), ceux qui passaient en deuxième lieu dans la mise en place du matériel de protection, c'était justement nos aînés. Donc, finalement, ceux qui payaient le prix étaient ceux que nous voulions le plus protéger.

Eu égard à la communication, nous devons aussi vous dire que ce chaos, ce manque de clarté et de cohérence de la gestion de la crise concernait le matériel. Qu'est-ce que nous n'avons-nous pas eu comme communication délétère! Les gérontologues se sont positionnés sur la question de nos aînés et de leur admission à l'hôpital. La communication a été très réduite et donc paraissait finalement être une recommandation mais est-ce que cela l'était vraiment? D'autres nous signalaient qu'on refusait d'admettre des aînés à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, tous ces débats qui se faisaient au sein de la population étaient extrêmement délétères parce que, pendant ce temps-là, des familles ont vu partir des aînés sans même pouvoir les accompagner, sans pouvoir respecter les rites funéraires. On débat beaucoup, mais on ne mesure pas toujours l'impact que ces débats peuvent engendrer sur les gens qui ont été les plus touchés par la crise covid et qui ont eu moins de possibilités pour vivre leur deuil. Il faut enquêter,

trouver des solutions, faire la lumière. S'il y a eu des problèmes, il faudra rendre des comptes, mais soyons prudents sur la communication injectée dans la population! Non pas pour cacher; ce n'est pas cela l'idée! Mais n'ajoutons pas du malheur au malheur! On a déjà mis beaucoup trop de malheur dans la population et aujourd'hui, elle n'est plus capable de supporter des couches supplémentaires.

Sur cette question de l'éclatement des compétences, il n'est pas de notre propos de vous dire comment l'État doit s'organiser, mais quel que soit le système qui est mis en place et qui régule les relations entre les différents niveaux de pouvoir, il est nécessaire de garantir une coordination efficace et équitable entre les différents secteurs, capable de communiquer de manière claire et cohérente afin de ne pas rendre plus complexe une situation qui l'est déjà.

Et de vous rappeler qu'au début de la première vague, nous nous sommes trouvés dans une position extrêmement difficile dans certains secteurs parce qu'il n'y avait pas d'infirmiers disponibles. Quand on savait que dans d'autres secteurs, des infirmiers étaient mis en chômage temporaire, nous avons appelé à l'aide. Et là nous avons eu un fonctionnement en silos. Je veux simplement déposer que les travailleurs ont accepté de sortir de leur fonction pour jouer un rôle de sauveur. On aurait pu espérer que, dans le monde des décideurs, cette position de sauveur soit endossée et que l'on puisse sortir de ses fonctions ou des règles pures et dures pour être au plus pratique et sauver des vies. Ceux qui ont perdu leur vie ne reviendront pas lorsque tout sera un peu plus cohérent pour les gérer.

Je passe la parole à Yves.

Yves Hellendorff: Nous avons vu qu'avant la pandémie, on était déjà en difficulté avec une série de mobilisations. Nous avons déjà attiré l'attention vers le politique, mais l'absence de gouvernement de plein exercice était un handicap important dans la gestion de cette crise. On peut reprocher à Maggie De Block énormément de choses. Moi, ce que je reproche surtout, c'est que les cabinets en affaires courantes sont des cabinets extrêmement amputés. Toute une série de gens de qualité n'attendent pas qu'on ait fini une crise politique de 350, 400 ou 500 jours pour retrouver une place, qui dans la direction d'un hôpital, qui dans une administration, qui autre part. Il est donc clair que l'absence de gouvernement de plein exercice a mis les cabinets dans une situation de capacité d'action et d'analyse très faible, me semble-t-il.

Ceci dit, avant la crise, il y avait déjà des problèmes

et de la tension. La crise arrive. Nous avons des difficultés majeures et nous sentons un soutien de la population, mais au-delà de ce soutien qui s'exprime à travers des applaudissements notamment, il y a aussi une prise de conscience importante que l'économie ne peut pas continuer à primer autant sur le bien-être de la population. Les applaudissements rimait fortement avec refinancement. On a vu clairement qu'il y avait dans l'opinion publique une volonté de dire: "Arrêtons de réduire comme cela les moyens que l'on met dans les services collectifs. Il faut absolument qu'on réinjecte aussi des moyens importants dans l'ensemble de la protection sociale." L'enjeu fondamental sera donc bien, dans les prochaines années, le refinancement de ces fonctions collectives, de façon à garantir le bien-être de la population, mais aussi de rendre à nouveau attractives et tenables toutes ces professions. Attractives pour les jeunes, pour les nouvelles générations via des conditions de travail et des conditions salariales décentes, tenables pour que le personnel en place puisse faire carrière dans de bonnes conditions jusqu'à la pension s'il le désire, à temps plein, en conciliant vie professionnelle et vie familiale.

C'est à partir de ce constat de soutien par la population et de cette analyse que le front commun a déposé un cahier de revendications auprès du gouvernement et des employeurs.

Il a demandé que l'on commence à négocier sérieusement. Ce n'est qu'après l'épisode des deux arrêtés royaux que nous avons enfin pu commencer à négocier sérieusement avec le gouvernement. À noter que récemment, le nouveau cabinet du ministre Vandenbroucke a promis la mise en place, à notre demande, d'un groupe de travail sur la problématique globale infirmière. Nous attendons cette mise en place avec beaucoup d'impatience et d'espoir.

Il y avait, à partir d'octobre-novembre 2019, le Fonds Blouses blanches, source d'un surréalisme à la belge. Tout le monde sait comment il s'est mis en place. Nous avons pu, en novembre-décembre 2019, faire une proposition de transmettre l'argent à travers les fonds sociaux Maribel, ce qui a permis à la fois d'aller très vite et de mettre en œuvre des concertations extrêmement intéressantes dans les institutions de soins pour savoir où on a le plus besoin de personnel supplémentaire.

Nous avons fait ce travail dans les fonds sociaux. Malheureusement, l'argent est arrivé un peu tardivement. Dès qu'il a été là, c'était le moment de la crise, puisque nous l'avons eu en février, via les fonds. Le travail du fonds a permis de lancer des circulaires. Nous avons attendu les projets qui

reviennent des employeurs et des conseils d'entreprise. À partir d'avril, mai, juin, les premiers emplois ont pu être mis en place.

Par contre, entre-temps, et sur pression des fédérations hospitalières, le Parlement a, selon notre avis, commis l'erreur de répondre positivement à la demande des employeurs de transférer les moyens via le budget des moyens financiers (BMF). Donc, les deux douzièmes du budget de 2019 restent, à travers les projets qui étaient déjà lancés (ils continuent à exister), mais financés y compris par le BMF. Les dix douzièmes - sur une base annuelle - devaient être mobilisés à travers le BMF sur base d'une nouvelle circulaire.

Cette nouvelle circulaire s'est fait attendre extrêmement longtemps, puisqu'il a fallu attendre la deuxième partie de l'année pour avoir une circulaire sortant de ce que prévoit la loi.

Aujourd'hui, les montants du Fonds blouses blanches de 2020 peuvent être utilisés par les employeurs pour financer des emplois supplémentaires, créés dans la lutte contre le covid. Je rappelle que ce fonds est le fruit d'une décision prise avant la crise covid, prévoyant que les emplois soient affectés moyennant une concertation sociale interne. La circulaire dit autre chose: les employeurs qui ont engagé du personnel pendant la crise covid peuvent recourir au fonds. De la même façon, le gouvernement décide qu'une partie de ce fonds doit servir au soutien psychologique du personnel infirmier ou même de l'ensemble du personnel. Nous n'avons jamais dit qu'il ne fallait pas financer le soutien psychologique du personnel - au contraire! -, mais le fonds n'était pas prévu à cette fin. Son objectif était de financer de l'emploi structurel mis en place par la concertation sociale.

Nous nous retrouvons donc avec une circulaire qui est illégale à nos yeux, car elle sort du cadre autorisé par la loi, et qui estime que l'employeur peut décider *a posteriori* d'utiliser cet argent.

Ensuite, on nous dit que la loi de 2020 doit être revue cette année. À cette fin, un groupe de travail devra être chargé d'analyser ce qui a été fait ou non à partir du Fonds blouses blanches, avant d'élaborer des propositions d'amendements. Des derniers contacts que nous avons eus avec les membres de ce groupe de travail, il ressort que celui-ci va fournir une évaluation d'ici fin mars, puis qu'il soumettra une proposition d'amendement de la loi et qu'ensuite, une nouvelle loi nous dira ce que nous pourrions obtenir pour cette année. Cela signifie que le risque est majeur que nous ne serons informés de l'usage que nous pourrions faire de cet argent qu'à la mi-2021 et qu'on nous

demandera de le rendre si nous ne nous en sommes pas servis! Il est déjà probable que nous devrons rendre la partie non utilisée du montant alloué en 2020. De plus, là où il sera employé, il risque de l'être en dehors de ce que la loi prévoit. Enfin, en 2021, nous sommes déjà en retard dans son utilisation. Quel gâchis!

Vous vous rendez compte que des gens sont en difficulté sur le terrain, ont vécu la crise et se sont donnés - ce n'est pas un problème budgétaire, puisque l'agent est là -, mais que nous sommes incapables dans ce pays d'élaborer le cadre qui rendra cet argent utilisable sur le terrain.

Qu'avons-nous fait en tant que partenaires sociaux? Nous avons dit: "Puisqu'en 2020, il y a des risques que cet argent soit perdu ou mal utilisé, nous allons essayer, à partir de 2021, d'utiliser une partie de ces moyens pour exécuter une partie de l'accord social qui a été négocié, notamment la partie un équivalent temps plein en plus par unité de soins." Nous allons tout de suite aborder l'explication de ce qu'est l'accord social mais l'idée est déjà qu'on ne perde pas trop cet argent vu les retards. Nous demandons vraiment au Parlement d'être attentif à ce qu'en cette matière, des initiatives soient menées. Ce n'est pas de la responsabilité d'autres, c'est de la responsabilité du Parlement.

Je laisse M. Van Hees expliquer le contenu de l'accord social.

Gert Van Hees: De regeling voor het zorgpersoneelfonds is er gekomen op een moment waarop de regering in lopende zaken was. Op een bepaald moment is die vervangen door een volmachtenregering. Het beheer van de crisis en het tegelijk goed proberen kaderen van heel wat maatregelen maakt dat er wat vertraging op zit. Ik meen dat wij naar de toekomst moeten kijken wat dat zorgpersoneelfonds betreft. Uiteraard moeten wij bekijken wat er in 2020 nog mee gebeurd is.

Ik herinner u eraan dat dankzij het vertrouwen en de appreciatie van de bevolking ook de politiek op een bepaald moment de nood heeft gevoeld om iets te doen voor de zorgsector. Dat werd op verschillende manieren geuit, onder meer door pogingen om te pleiten voor een bepaalde premie voor het zorgpersoneel. Wij van de vakorganisaties hebben echter altijd gezegd dat dit geen goed idee was. Dat heeft te maken met wat wij in het verleden altijd bepleit hebben: men moet structureel investeren. Dat was onze hoofdboodschap in onze eisenbundel, zowel van de werkgeverskant als van de vakbondskant.

Wij hebben toen een speciale situatie

meegemaakt. Die was uniek, in die zin dat wij geen 25 betogingen van de Witte Woede nodig hebben gehad maar vier vergaderingen met de drie kabinetten die betrokken waren bij de onderhandelingen. Dat was vooral in de maand juni, voor de zomer. Die vergaderingen hebben geleid tot een akkoord op zeer korte termijn dat, dit mag gezegd worden, toch een aanzienlijke investering van de overheid in de sector met zich bracht.

Onze hoofdvraag was een IFIC-implementatie van 100 %. IFIC is een loonmodel dat wij in 2017 in het sociaal akkoord, onder minister De Block, hebben kunnen invoeren. Door het IFIC-akkoord kwam er een herziening van een groot aantal loonschalen en het vastleggen van functiebeschrijvingen die minder gebaseerd zijn op het diploma maar meer op de taakinhoud. Het bereiken van dat akkoord was geen parcours zonder accidenten. Wij hadden toen een budget van 65 miljoen en door dat akkoord van 2017 is daar twee keer 15 miljoen bijgekomen. Wij hadden dus een eerste insteek van 95 miljoen voor het nieuwe loonmodel, dat in totaal een kostprijs had van ongeveer een half miljard om die lonen in te voeren.

Wij wisten dat die invoering in fases kon gebeuren. Deze crisis heeft ons genoopt te zeggen dat dit veel sneller moest gebeuren. Onze vraag was om de nieuwe loonschalen in één keer in te voeren.

De berekeningen wijzen uit dat nog een extra budget van 500 miljoen nodig is om die nieuwe loonschalen te kunnen invoeren. We hebben de toenmalige ministers ook kunnen overtuigen want zij hebben het model goedgekeurd en het bedrag is ingeschreven in het sociaal akkoord. Dat is een belangrijk signaal voor de sector. Hoe staat het daar vandaag mee? Als alles goed gaat, zal dat model ingang vinden op 1 juli 2021. We bereiden nu alles voor om dat ook daadwerkelijk te kunnen invoeren.

Naast het loon, wat natuurlijk een belangrijk aspect is voor elke werknemer, hebben we ook gekeken naar andere maatregelen die al langer op ons wensenlijstje stonden. Het zijn er een hele reeks en daarvoor is een bedrag van 100 miljoen uitgetrokken. Samen met de imputatie van het zorgpersoneelfonds is dat een structurele investering van meer dan 1 miljard en we moeten alle politieke partijen die daartoe hebben bijgedragen danken. Vandaag zijn we daar op diverse niveaus mee aan de slag in de onderhandelingen.

We hebben een tijdje moeten wachten op de nieuwe regering, die zich in eerste orde over de crisis moest buigen om maatregelen te nemen. We

hebben daar uiteraard alle begrip voor. Als sociale partners hebben we al een hele reeks voorbereidende vergaderingen achter de rug om te bekijken hoe we bepaalde zaken gaan uitvoeren. Er zijn intussen al cao's ondertekend terwijl andere nog in de pijplijn zitten. Momenteel voeren we debatten over het gebruik van de schijf van het zorgpersoneelsfonds in het kader van de extra handen aan het bed.

We hadden al een tekort aan personeel en er zit nu extra zorgpersoneel in de pijplijn, wat van de instroom van het zorgpersoneel een belangrijk aspect maakt. Ik ben zelf voorzitter van het IFG, het fonds dat al jaren in opleidingen voorziet voor werknemers van het paritair comité 330 om zich om te scholen tot verpleeg- of zorgkundige. Welnu, we hebben deze maand met middelen van het zorgpersoneelsfonds het project "Kies voor de zorg" gelanceerd. Ik nodig u uit om daar reclame voor te maken want het project heeft tot doel nieuwe handen aan het bed te krijgen. Er zijn natuurlijk kwalificatievereisten die een opleiding vergen en het project is zo opgezet dat werknemers van buiten de zorgsector daar terecht kunnen als ze interesse hebben om zich om te scholen.

Dat kan alleen maar dankzij die middelen. Beschouwd in het licht van de tekorten voorspeld in het zorgpersoneelsfonds gaat het misschien om een druppel op een hete plaat, maar het is zeker een positief signaal. Vorig jaar hadden wij trouwens een aanzienlijk groter aantal kandidaten van eigen personeel binnen het paritair comité 330 dat de opleiding wou starten. Wij zijn er ook in geslaagd, door middel van de Sociale Maribel, om daaraan gehoor te geven en die instroom is dan ook gebeurd.

Recent hoorde ik ook dat het aantal opleidingen in verpleegkunde in Vlaanderen groeit, zowel bij de generatiestudenten als onder de groep oudere medeburgers, al dan niet vanuit de sector zelf. Wij hopen dat wij ook vanuit andere sectoren de toestroom kunnen waarmaken.

Intussen hebben wij niet stilgezeten. Zo werd een cao over het jaarlijks verlof afgesproken, waardoor mensen drie weken jaarlijkse vakantie kunnen nemen. Omtrent de stabiliteit van de uurroosters zijn afspraken in de maak. Dankzij de Maribel hebben wij ook de multidisciplinaire mobiele equipes voor het niet-zorgpersoneel uit de grond gestampt. Er komt een toestroom van 247 voltijdse equivalenten naar de ziekenhuizen voor de opvang van de voorziene en onvoorziene afwezigheid van die doelgroep van personeel.

Over enkele andere thema's wordt nog volop

gedebatteerd en het leidt me te ver om daarop nu al gedetailleerd in te gaan. *Au fur et à mesure* kunnen wij de enorme beschikbare budgettaire massa invullen en concretiseren. Wij hopen daarmee ook op de verschillende vragen antwoorden te kunnen formuleren.

Yves Hellendorff: Je voudrais insister une nouvelle fois sur un point qui peut fortement vous intéresser, à savoir le manque de transparence en matière de soutien financier aux hôpitaux.

Dès le démarrage, nous avons attiré l'attention de la ministre, par le biais de plusieurs courriers, sur l'impact qu'aurait la fermeture de l'activité programmable des hôpitaux, notamment, en matière d'honoraires, et donc de financement via les rétrocessions, et donc sur le risque de voir du personnel qualifié être mis en chômage économique, faute de moyens financiers. Il est évident que si des infirmières travaillent en polyclinique et que les médecins n'y reçoivent plus, le risque existe qu'elles soient mises au chômage temporaire.

Dès le départ, nous avons dit que s'il était important de mobiliser les forces de soin, il n'y avait aucune raison de pénaliser ce personnel. Il nous semblait important de donner aux gestionnaires des hôpitaux les informations et l'assurance que des moyens seraient maintenus pour garantir que ce personnel reste bien à disposition dans le cadre de la gestion de la crise. Nous n'avons évidemment reçu aucune réponse. Comme je l'ai dit, il n'y a eu aucune concertation pendant toute la période.

Nous avons vu passer deux fois une dotation d'un milliard pour – selon les termes utilisés – couvrir les surcoûts de la crise et donner de la trésorerie aux institutions, vu les baisses d'honoraires.

Quand nous avons interrogé l'administration et le cabinet à ce sujet, nous avons reçu une réponse. On nous a dit qu'un groupe d'experts étudiait la chose et ferait, lors de la sortie de la crise, des propositions d'utilisation. En effet, il s'agit, pour une partie, d'une avance sur trésorerie. Depuis, nous n'avons pas reçu d'autres informations.

On nous a donc répondu que ce groupe de travail analysait des scénarios et qu'on reviendrait vers nous. Mais nous avons également appris que certaines institutions hospitalières avaient été jusqu'à utiliser 70 % d'une de cette tranche pour rémunérer les médecins qui avaient perdu du pouvoir d'achat. Et, dans le même temps, ces mêmes employeurs menaçaient de chômage temporaire le personnel.

Je vous ai dit, tout à l'heure, que la circulaire sur le

Fonds "blouses blanches" autorisait les employeurs à utiliser cet argent pour couvrir des surcoûts liés à la crise covid. Mais on peut quand même se poser des questions. N'a-t-on pas été chercher, dans le Fonds "blouses blanches", de l'argent pour rémunérer les médecins qui devaient faire face à une perte de revenus?

Je n'en sais rien mais je vous demande de faire la lumière sur ce financement des hôpitaux. Ce manque de transparence crée une incertitude qui est inacceptable aujourd'hui.

Nathalie Lionnet: Après avoir dit tout cela, la question que l'on doit se poser maintenant est la suivante. Comment pouvons-nous disposer du personnel en suffisance en temps de crise mais pas seulement? Je ne sais pas si certains d'entre vous connaissent la bande dessinée *Les Femmes en blanc*. Dans mon ancienne vie, je suis infirmière. Combien de fois, en observant les pages de cette bande dessinée où on se retrouvait, n'avons-nous pas pensé "Ce n'est pas possible! Il est proche du secteur." Cela nous a fait beaucoup rire mais, en même temps, on se dit que c'est dramatique parce que, dans notre inconscient collectif, nous avons intégré que, forcément, les blouses blanches au sens très large du terme – pas uniquement les infirmiers – sont des personnes qui sont sur les rotules, fatiguées, excédées et ne trouvant pas de réponse à leurs besoins, et que les patients sont malheureusement bien souvent accrochés à une sonnette sans avoir de réponse.

Ce serait risible si, tant de fois, cela ne correspondait pas à une réalité et surtout à une réalité que nous ne voulons pas en tant que soignants. La plupart des gens qui se sont engagés sur cette voie, dans ce métier le font parce que c'est un métier très enrichissant intellectuellement mais aussi très enrichissant humainement. Tous ces travailleurs de la santé sont là parce que, à quelque niveau que ce soit, tous les membres (la technicienne de surface, l'ouvrier de maintenance, les technologues, les administratifs) ont cette intelligence émotionnelle qui leur permet de se mobiliser pour les patients. Mais, malheureusement, il y a toujours ce stéréotype que forcément les blouses blanches sont des personnes débordées.

Force est de constater que la pénurie persiste plus que jamais. Elle s'aggrave même. Le nombre de métiers qui sont en pénurie varie en fonction des Régions. Il est clair que la réalité en Flandre n'est pas tout à fait la même qu'à Bruxelles ou en Wallonie.

Il y a une constante. Le métier d'infirmier et d'infirmier spécialisé est en pénurie dans toutes les

Régions. Le métier d'aide-soignant est en pénurie en Flandre. Il est une fonction critique à Bruxelles. Il ne l'est pas encore en Wallonie.

Force est aussi de constater qu'un certain nombre d'étudiants – malheureusement, un nombre d'étudiants non négligeable – présente déjà des signes d'épuisement à partir de la deuxième année d'étude. Ce sont les collègues de demain. Soit, ils présentent déjà des signes de burn-out soit, ils sont en burn-out.

On sait que la durée de vie professionnelle d'un infirmier est de huit ans, alors que la pleine maturité pour exercer l'art infirmier demande dix ans. Quand on quitte l'école, on a encore besoin de beaucoup travailler sur le terrain pour construire ces savoirs qui nous permettent d'être aux côtés de nos patients. On sait aussi qu'il faut quatre ans pour former un infirmier.

Que constate-on aujourd'hui? On constate qu'alors que nous comptons un nombre de patients élevé par infirmier, alors qu'il est urgent de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient, en augmentant le temps de présence des infirmiers au chevet des patients, cette profession se voit attribuer de plus en plus de tâches qui ne relèvent pas de l'art infirmier. On appelle cela la pollution infirmière, non pas que l'on veuille cibler des tâches qui seraient peu valorisantes. Ce n'est pas cela que l'on veut dire mais quand on n'a pas beaucoup de munitions, il faut les réserver à ce qu'elles peuvent uniquement faire.

Je vous rappelle que notre secteur est particulièrement féminin. On a rajouter en plus le caractère monoparental. Vous savez que nous sommes dans des métiers où la conciliation entre vie professionnelle et vie privée est extrêmement compliquée. On sait que même si le monde évolue, l'encadrement des enfants relève encore majoritairement des femmes. Cela signifie que des femmes qui travaillent à temps partiel, des femmes qui travaillent dans le monde du soin, des femmes qui travaillent à horaire variable sacrifient beaucoup de choses. Bien souvent, ce sont des femmes qui travaillent à temps partiel avec des salaires en dessous du seuil de pauvreté. Nous avons des collègues qui sont épuisées parce qu'elles concentrent un maximum de tâches. Nous avons des collègues qui travaillent à temps partiel dans des métiers de la logistique, de l'administratif, de l'aide aux soins et qui finalement, doivent être là à des temps forts de la journée et qui ne peuvent pas assurer la continuité.

Cela devrait susciter la réflexion. Il faudrait permettre à tout le monde d'avancer très favorablement, en améliorant le temps de

présence des infirmiers au chevet des patients, en les affectant à ce qui relève de l'art infirmier, en augmentant le temps de travail de tous leurs collègues qui remplissent tellement bien leur mission d'aide-soignant, d'assistant logistique, de brancardier, d'aide administratif. Essayons de réserver le rôle de chacun à la tâche qu'il remplit le mieux. Si nous ne trouvons pas de réponse à ce défi, alors se posera un sérieux problème de santé publique.

Deux axes de travail se présentent. Dans la première vague de la crise covid, vous savez que la publication des deux arrêtés royaux - réquisition et extension des actes - a été absolument inaudible. À des travailleurs qui, depuis des semaines, se mobilisaient au chevet des patients, sans moyens - humains et matériels -, alors qu'ils avaient tant besoin de reconnaissance, on leur a dit: "Pas de problème, les gars! On va permettre un élargissement des tâches et dédicacer ce qui relève de l'art infirmier à d'autres professionnels. De plus, on va aller chercher ceux qui ne sont pas dans le secteur." C'était extrêmement violent à entendre pour des gens qui demandaient que la place de leur métier soit reconnue! Ce n'est pas qu'un problème belge, car il est fondamental. Il serait intéressant de voir d'où vient ce métier, pour parler du bénévolat. Bref, c'était inaudible.

Nous avons demandé la mise en place d'un plan d'action cohérent pour qu'au lieu d'étendre des actes, on sache à quelles conditions des professionnels sont prêts à rejoindre ce secteur, même à titre temporaire. Comment pouvons-nous construire cette réponse collective sur une base volontaire, et non dans l'urgence? Nous avons sollicité ce travail, qui ne fut jamais entrepris. Nous revenons donc avec cette demande: l'élaboration d'un réel plan d'action, coordonné au niveau fédéral, afin de répondre - dans les meilleures conditions et sur une base volontaire - à une situation de pénurie de professionnels.

Ici, nous parlions de deuxième vague, mais nous espérons évidemment en sortir très vite et, surtout, en éviter une troisième car les collectifs ne le supporteraient pas.

Vous devez savoir que les travailleurs en hôpital ne sont pas des gens qui abandonnent facilement. Notre responsabilité est de leur garantir que, lorsqu'ils en auront besoin, un collègue prendra leur relève.

Vous n' imaginez pas - ou je pense que vous imaginez probablement - combien tous ces travailleurs sont intéressés et se sentent responsables de leurs patients. Nous devons leur garantir la possibilité de sortir du terrain, de

souffler, pour pouvoir se réparer.

Quand notre collègue annonce que nous venons de signer une convention collective qui octroie le droit à trois semaines de congé, est-ce que vous imaginez que depuis des générations, ces travailleurs qui donnent le maximum, qui sont dans ce qu'il y a parfois de plus difficile au niveau humain, n'ont même pas ce temps nécessaire de trois semaines pour se réparer et revenir ressourcés au travail?

Voilà pour le temps de l'urgence. Au niveau structurel, nous avons demandé, parce qu'effectivement, si nous ne trouvons pas de solution sur cette question de la pénurie infirmière et sur la question de l'identité professionnelle infirmière, sans entrer dans une vision qui nous tient à cœur.... Nous ne voulons pas entrer dans une vision corporatiste, parce qu'il est extrêmement important de toujours garder à l'esprit que les professionnels de la santé pourront donner le meilleur d'eux-mêmes lorsqu'ils travaillent en interdisciplinarité, dans le respect de chacune des fonctions. Il est extrêmement important de préserver ce lien et ce travail collectif.

Nous avons obtenu auprès du ministre Vandenbroucke, comme le disait Yves, la mise en place d'une *task force* pénurie. Parce que finalement, force est de constater que depuis - je pense qu'on peut dire 30 ans - le secteur a avancé. Nous avons obtenu des accords. Nous avons obtenu des investissements financiers.

Finalement, moi, mon premier jour de travail, c'était le 1^{er} juillet 1986. Cela fait presque "ancien belge". Mais j'ai commencé en 1986 et quand je regarde les collègues aujourd'hui, je me dis que la situation est pire qu'en 1986. Et pourtant, depuis 1986, il y a des choses qui ont été mises en place. Il faut d'urgence pouvoir faire le point; surtout, avoir un plan pluriannuel avec des objectifs annuels.

Finalement, où est-ce que nous en sommes, comment vont évoluer les collègues sur les dix prochaines années? Parce que naturellement, les gens vieillissent. Nous aussi. Cela nous apprend à nous préserver. Nous n'avons pas la jeunesse éternelle. Comment vont-ils vieillir? Dans quel délai et de combien de nouveaux travailleurs aurons-nous besoin?

Dans les écoles qui forment les infirmiers, quelles sont les nouvelles demandes? Quel est le nombre de candidatures? Combien d'étudiants arrivent-ils au terme de leur formation? Quelle solution trouvons-nous? Parce que tous les gens, tous les jeunes et moins jeunes qui vont s'inscrire, qui vont démarrer leur formation en septembre 2021, ils

arriveront sur le marché de l'emploi dans quatre ans.

Et nous ne pouvons pas demander à ceux qui sont là, aujourd'hui, de tenir encore pendant quatre ans dans les conditions actuelles. Il ne faut pas sous-estimer le post-trauma.

Par ailleurs, nous avons des travailleurs qui ont vécu des choses extrêmement compliquées. Nous sommes confrontés à la mort. Nous le savons. Notre métier est de soigner des gens qui ne vont pas bien, mais quand on voit le nombre de patients que nous avons perdus et dans des conditions, telles que nous n'avons pas pu travailler aussi bien que nous l'aurions voulu, il en résulte un choc, une vision pour les travailleurs de leur travail, de leur investissement. Dès lors un certain nombre d'entre eux se découragent, n'en peuvent plus et au risque de se déshumaniser et de devenir un exécutant sans âme, ils préfèrent partir.

Aujourd'hui, il est nécessaire d'envoyer un signal fort en mettant en place, de manière très active, cette *task force* en proposant des solutions maintenant et non dans quatre ans. Non, non, c'est aujourd'hui! À quelle hauteur pouvons-nous répondre aux défis, année par année? Évaluons les ressources nécessaires pour, à la fois, garantir la qualité des soins et donc répondre aux besoins des citoyens et faire en sorte que les jeunes...! On n'attire pas les mouches avec du vinaigre! Je me demande combien de personnes ont envie de s'investir si on leur renvoie une image où finalement le métier dans le secteur des soins de santé signifie pas de vie de famille, une usure mentale, une usure physique et, finalement, sacrifier ta propre famille et pour quel salaire... je pense que des jeunes et d'autres disent aspirer à autre chose. Nous sommes de bon compte. Le travail ne doit pas faire souffrir. Le travail doit permettre de s'émanciper et d'être ce citoyen qui participe au projet collectif.

Pour nous, il est primordial de répondre efficacement à cette question d'identité professionnelle, mais surtout de rendre les conditions de travail attractives, pour qu'il y ait un vrai appel d'air. Protégeons ceux qui sont là aujourd'hui! Ils ne tiendront pas le coup pendant quatre ans en attendant l'arrivée de nouveaux collègues.

J'espère que nous aurons l'ambition, bien évidemment pour ceux qui sont usés aujourd'hui, de trouver une réponse à la question de la pénurie, mais j'espère que nous tous au moins, aurons l'ambition qu'un jour, les métiers de la santé pourront être autre chose que des métiers présentant de la pénurie. J'aspire à ce que,

finallement, tout qui entreprendra ce métier, puisse dire: "J'ai pu en vivre économiquement et humainement".

Nous restons, bien évidemment, à votre disposition. Nous avons essayé de brosser un tableau de la situation, de manière à la fois large mais aussi superficielle, parce que le débat est important, mais je pense, comme on le dit depuis le début de cette crise, que chacun a fait du mieux qu'il pouvait, comme il pouvait, parce qu'on ne disposait pas du guide complet de la gestion de la crise et, surtout, pas d'une pandémie.

La présidente: Madame, messieurs, je vous remercie pour votre exposé. Nous allons à présent faire le tour des groupes.

Collega's, ik zal zelf als laatste het woord nemen. Collega Gijbels is aan het werk in haar praktijk, dus ik zal aansluiten na de laatste fractie. Ik geef eerst het woord aan mevrouw Creemers voor Ecolo-Groen.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik dank alle sprekers. Ik moet eerlijk toegeven dat wij vandaag heel veel hebben gehoord en dat ik de puzzel met alle documenten die zijn binnengekomen, nog niet heb kunnen leggen. Ik vrees dus dat ik straks misschien nog heel concrete vragen zal hebben.

Nu ga ik echter al in op een paar zaken die ik heb genoteerd toen u aan het woord was, geachte sprekers. Af en toe kreeg ik echt wel kippenvel. Ik hoor uw noodkreet. U zei dat er echt trauma's opgelopen zijn en dat er veel te veel patiënten waren die u niet kon helpen zoals u het wilde, u hebt veel te veel doden gezien en veel te weinig kunnen rouwen. Wij houden allemaal onze adem in voor de derde golf, u zeker ook, maar ik hou ook mijn adem in voor wat er nadien nog komt, al de post-traumatische ervaringen waar wij op afstevenen.

Uw vragen zijn heel terecht. U spreekt al een beetje optimistisch over de taskforce *pénuries*, waar het tekort echt op heel korte termijn wordt aangepakt. Ik zal zeker mee promotie voeren voor Kies voor de Zorg om mensen die uit een andere sector komen, naar de zorg te leiden. Ik hoor dezelfde cadans bij Kies voor de Zorg als bij een campagne van enkele jaren geleden die het technisch onderwijs wilde promoten, dus ik hoop dat er samen met de deelstaten zeker wordt gezocht naar heel goede kandidaten in het onderwijs, want daar is nog heel veel potentieel.

Ik heb een paar heel concrete vragen. U spreekt van het tekort aan persoonlijke

beschermingsmiddelen. Er is het voorbije halfjaar nog geen enkele hoorzitting voorbijgegaan waar wij niet over de strategische stock hebben gesproken. Een aantal keer is al de vraag naar voren gekomen hoe wij dat in de toekomst het best zouden aanpakken: is dat met een roterende stock dicht bij u of met een federale stock die constant roteert? Hoe ziet voor u het ideale geval eruit? U vertegenwoordigt immers de thuisverpleegkundigen en de verpleegkundigen van overal. Uw mening hierover kan misschien een beetje tegenstrijdig zijn, maar dan weten wij dat ook.

Mijn vraag was ook hoe we ervoor zorgen dat we het huidige zorgpersoneel aan boord houden, hoe we het zorgberoep aantrekkelijk houden. Ik hoorde jullie daarvoor ook veel oplossingen aanbieden. Die vraag heb ik dus doorgestreept.

Een laatste oproep die jullie deden, waarmee we in het Parlement zeker aan de slag moeten gaan: Fonds Blouses Blanches, laat het vooruit gaan. We hebben het gehoord. We gaan ermee aan de slag.

De **voorzitter**: Zijn er nog sprekers voor Ecolo-Groen?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitster, mevrouw Leroy wilde ook nog tussenbeide komen, maar zij moest ook nog naar een andere vergadering. Als zij zich nu niet meldt, dan zal het niet voor nu zijn, denk ik.

Hervé Rigot (PS): Merci à tous nos intervenants. D'abord, merci pour votre disponibilité dans un contexte où, plus que jamais, vous êtes mobilisés sur le terrain. C'est une situation terrible que vous évoquez: épuisement, détresse, ras-le-bol des infirmiers, qu'ils soient salariés, indépendants en milieu hospitalier, en maisons de repos, à domicile. Mme Lionnet l'a évoqué, les mêmes constats terribles valent pour l'ensemble de la profession. On a entendu la semaine dernière les aides-soignants, les médecins généraliste et spécialistes. Toute la ligne de soins, en ce compris le personnel administratif et logistique, qui est là pour faire en sorte que les soins puissent être prodigués dans les meilleures conditions, tout le monde en a marre.

Il faut avant tout dire à tous ces travailleurs merci d'être encore et toujours là. Vous l'avez dit, Mme Lionnet, il faut donner envie de les rejoindre. C'est la perspective à long terme. Comment faire en sorte de motiver des personnes à s'engager demain dans cette profession qui demande tant d'investissements, d'engagement et de sacrifices? Il faut avant tout prendre, là maintenant, des mesures d'urgence pour ne pas perdre ceux qui se

posent des questions. Le nombre de personnes qui pensent à quitter la profession actuellement est important. Ces personnes n'en peuvent plus. Une des premières mesure à mettre en oeuvre consisterait à éviter que ces personnes s'en aillent. Vous ne me direz pas le contraire. Vous étiez les premiers à le souligner, il faut plus que des mots et des applaudissements. Ce personnel attend des actions d'urgence et des actions sur le long terme, ce qui est tout à fait légitime.

Il est évident qu'il y a du long terme, car on ne peut pas parler de la crise sans aborder le financement structurel des soins de santé. Vous l'avez souligné, il y a eu un désinvestissement dans les soins de santé durant des années, et cela a lourdement affecté la capacité de réaction dans la crise que nous traversons actuellement. À ce sujet, le nouveau gouvernement a amorcé un véritable changement de cap avec un réinvestissement important dans nos soins de santé, et des moyens considérables pour soutenir et revaloriser la profession au sens le plus large possible. Vous avez évoqué l'accord social, la pérennisation du Fonds "blouses blanches" également. Sur ce Fonds, j'ai entendu l'analyse critique de M. Hellendorff. L'attente est grande et pressante, et je vous comprends. Je rappelle aussi qu'une évaluation de ce Fonds aura lieu prochainement, en concertation avec le terrain, ce qui est important. Le gouvernement orientera la mise en oeuvre vers l'endroit où les besoins se trouvent, en permettant de prendre des mesures efficaces et rapides pour soulager le personnel soignant.

Je comprends vos craintes relatives au crédit 2020 en voyant le solde non utilisé. Il est évident que l'on ne peut pas se le permettre. Nous sommes particulièrement attentifs à conserver les crédits. C'est pourquoi les discussions se poursuivent pour savoir que faire, comment faire bon usage du solde de 2020. Le perdre n'est pas une option. J'aurais aimé entendre aussi les autres intervenants sur ce Fonds "blouses blanches". Quelles est déjà aujourd'hui votre propre évaluation et quelles sont les mesures correctrices que vous suggérez que nous adoptions sur le budget de 2021? Je le répète: vos attentes sont grandes et votre impatience est tout à fait compréhensible.

Nous avons évoqué les engagements. Malheureusement, le long terme par définition, prend du temps. Ce n'est pas du jour au lendemain qu'il y aura des réponses, mais au moins des perspectives pour l'attractivité de la profession et la revalorisation du personnel.

Si le long terme est une chose, le court terme en est une autre. Nous sommes dans une situation terrible. Lorsque nous avons mis en place cette

commission spéciale, nous avons l'espoir d'analyser une situation qui serait derrière nous. Nous constatons aujourd'hui qu'elle n'est pas derrière nous, qu'elle est là maintenant et sera encore peut-être là demain. Cela nécessite une mobilisation de tous les acteurs et du terrain certainement!

J'en viens à l'absence de représentation de la profession dans les groupes de gestion de crise. Vous avez évoqué, comme les médecins l'ont fait la semaine dernière, l'absence de représentation au sein des organes. La question de la représentativité du terrain est importante. Comment corriger le tir maintenant? Que proposez-vous à court terme pour que vous puissiez remonter votre vécu et les attentes du terrain au niveau des lieux de décision?

Puisque nous avons traversé une première vague et que nous en sommes à la seconde, constatez-vous une évolution entre les deux au niveau de la participation à la concertation? Vous avez évoqué la task force relative à la lutte contre les pénuries. Y a-t-il d'autres éléments positifs que vous pourriez mettre en évidence?

Au niveau de la prévention et de la sécurité au travail, au niveau de l'UGIB, vous avez mis en évidence, dans votre enquête, un problème de formation et d'information, notamment quant à l'utilisation des équipements de première intervention. Comment renforcer la formation et l'information? Quels rôles peut-on mettre en avant au niveau des services de prévention au travail? Je fais là le lien avec l'autre angle souligné par les syndicats: l'absence de présence de la médecine du travail alors que la protection du travailleur était plus que jamais une priorité. La santé du travailleur a été mise à mal, et donc indirectement la santé de toutes et tous.

Madame Lionnet, vous avez évoqué ce point spécifique. Quelles sont, selon vous, les raisons qui peuvent expliquer ce déficit de la présence de la médecine du travail? Comment renforcer l'organisation pour garantir la protection du travailleur via cette médecine du travail? Comment faire en sorte que la médecine du travail assure cette mission? Y a-t-il des adaptations légistiques vers un rôle politique à mener maintenant, aussi à ce niveau?

De façon plus large, la prévention et la sécurité concernent aussi la question du matériel. Vous avez raison. La spéculation qu'on a pu voir et que l'on voit encore sur le matériel de protection est honteuse. Il faut évidemment des solutions pour disposer d'un stock stratégique, un stock garanti et pour lutter contre ces flambées de prix sur le dos

de tout notre système de soins. Un autre exemple consiste dans ce qu'il se passe aujourd'hui avec les vaccins. La vision de Pfizer sur le nombre de doses dévolu à chaque pays pose question. On parle en termes de doses pas en termes de flacons.

Les médecins nous disaient, la semaine dernière, que la situation était pour l'instant sous contrôle au niveau du matériel nécessaire. Confirmez-vous aussi que la situation est sous contrôle pour l'instant? On évoquait tout à l'heure des craintes du personnel dans les enquêtes. La première de ces craintes ne concerne pas le matériel mais le fait de contaminer les autres. Des craintes sont-elles encore présentes au sein du personnel à propos d'une éventuelle pénurie de matériel? Y a-t-il encore des manques éventuels de matériel ou de matériel spécifique?

Concernant l'enquête auprès des travailleurs, quelles leçons de solidarité et de respect du patient et quel engagement! Ils sont au front, en première ligne, sans casque quelquefois face aux balles violentes. Quand on voit leurs premières réactions, j'ai juste envie de dire "chapeau bas". Une fois encore, c'est incroyable. L'enquête de l'UGIB met en évidence la corrélation entre l'ouverture de lits supplémentaires et l'augmentation du taux de mortalité. Vous dites qu'il ne suffit pas d'ouvrir des lits. Il faut du personnel qualifié autour de ces lits et des patients, et on en manque cruellement. Quelles solutions pourrait-on activer pour avoir du personnel qualifié maintenant? On sait qu'on en manque mais quelles solutions n'a-t-on pas encore envisagées dans l'immédiat et que l'on pourrait activer?

Si je comprends bien, il est dangereux d'ouvrir des lits supplémentaires sans prévoir des moyens pour ce faire. Avez-vous une liste des conditions (une sorte de check-list) qui devrait être remplie avant l'ouverture de lits supplémentaires afin d'éviter d'aller à l'encontre de l'objectif poursuivi?

J'en arrive à la question de la santé mentale. Il y a l'impact sur la santé du personnel soignant, l'épuisement physique, moral et mental, le burn-out. Il faut mettre en œuvre un soutien pour toutes celles et ceux qui en ressentent le besoin.

Vous avez dit que des solutions d'accompagnement étaient mises en place en milieu hospitalier, mais que ce soutien n'était pas disponible pour toutes et tous. Il est question de 70 %, ce qui est très bien, mais il reste encore 30 %. Il y a aussi toutes celles et ceux qui ne peuvent en bénéficier parce qu'ils ne sont pas dans des structures. Je pense, par exemple, au personnel soignant à domicile pour qui c'est bien plus complexe.

Vous savez que nous avons travaillé sur la question en commission de la Santé. Nous avons travaillé notamment sur une meilleure prise en charge des soins de santé mentale. Cela a permis de dégager un budget de 200 millions qui a été pérennisé par le gouvernement. Mais que faire et comment bien le faire? Quelles sont vos recommandations à court terme pour passer concrètement à l'action et soutenir celles et ceux qui sont en danger en termes de santé mentale? Quelles sont les bonnes pratiques que l'on a pu dégager en Belgique ou ailleurs dans certaines institutions, dans certains domaines? Quelles sont les initiatives qui fonctionnent le mieux dans et hors des murs de l'hôpital?

Pour terminer, j'aborderai la question de l'évolution. Estimez-vous que la désignation d'un commissaire covid constitue un élément positif? Vous avez souligné la mise en œuvre de la task force pénurie. Quelles sont les autres évolutions positives constatées entre la première et la deuxième vague? Qu'est-ce qui n'a pas changé et qui doit changer urgemment dans l'intérêt du personnel soignant, des blouses blanches, et donc indirectement dans l'intérêt des patients? Il est ici question de ce que vous martelez depuis longtemps et qui existe toujours aujourd'hui. Que faut-il faire maintenant au niveau politique?

Comme vous l'avez dit, madame Lionnet, on doit faire face à une situation inconnue, unique, terrible. Chacun et chacune doivent faire de leur mieux à chaque niveau. Vous le faites sur le terrain. À notre niveau, nous nous employons à faire de même. Ce n'est pas simple. Mais nous devons continuer.

Je n'en dirai pas plus. J'ai déjà pris suffisamment de votre temps que je sais précieux. Je vous remercie toutes et tous, une fois encore, pour votre travail.

De **voorzitster**: Ik geef nu het woord aan de Vlaams Belangfractie.

Collega's, ik wil nog even iets duiden. Het secretariaat wijst mij op iets wat de heer Rigot heel goed heeft gedaan, namelijk het richten van zijn vragen aan de verschillende sprekers van vandaag, zodat zij goed weten wie op welke vraag zou moeten antwoorden of aan wie welke vraag is gericht. Ik geef het maar mee. Indien u met die bemerking rekening zou houden, zal dat de werkzaamheden vereenvoudigen.

Dominiek Sneepe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijn vragen zijn vooral gericht aan de eerste sprekers. Het staat natuurlijk de andere sprekers vrij te antwoorden, indien zij dat willen.

Ten eerste, over het al dan niet onvoldoende beschikbaar zijn van materiaal kwam in de studie naar voren dat 25 % van mening was dat zij onvoldoende materiaal hadden en dat 75 % van oordeel was dat zij wel voldoende materiaal hadden. Ging dat aantal van 75 % dat oordeelde dat er voldoende materiaal was, over het covidregime, toen ze met één mondkap een hele shift moesten rondlopen, of sloeg dat oordeel voldoende op de pre-covidtijden? Dat had ik graag geweten.

Ook over het niet kunnen testen of niet kunnen screenen heb ik een vraag. Een van de redenen daarvoor was dat er te weinig wissers waren. Ik stel mij dan de volgende vraag. Er was een moment waarop er inderdaad te weinig wissers waren. Volgens de info die wij van de minister kregen, was dat tekort er maar heel even. Hoe komt het dat er nog steeds wissers te kort waren? Was er effectief te weinig materiaal of kwam het materiaal niet bij de juiste personen terecht? Waar liep het mank?

Ik heb verschillende keren gehoord, ook van mensen van de vakbond, dat hun mening niet werd gehoord en dat hun mening niet werd meegenomen in het overleg. Dat gaat vooral over de coronaregering, indien ik ze zo mag noemen. Verloopt het overleg nu beter met de nieuwe regering of is ze in hetzelfde bedje ziek?

Ten slotte, ik las op sociale media dat een derde van de medewerkers van de woon-zorgcentra zich niet zou willen of kunnen vaccineren. Hebben jullie weet van dergelijke cijfers? Indien u die cijfers hebt, wat is dan de mogelijke reden daarvoor? Gaat het om niet kunnen of om niet willen? Indien het om niet willen gaat, wat is dan de onderliggende reden daarvoor?

Ik dank u alvast voor de antwoorden.

Michel De Maegd (MR): Madame la présidente, je remercie nos interlocuteurs pour tout le travail réalisé sur le terrain en première ligne ainsi que pour les présentations très complètes qui ont déjà répondu à de nombreuses questions.

Les questions additives que je vais formuler s'adresseront à M. Dufour et à l'UGIB. J'ai trouvé l'étude présentée par l'UGIB très éclairante sur le ressenti des infirmiers. Cela permet d'objectiver les choses. À cet égard, on peut regretter l'absence d'un cadastre des chiffres relatifs aux absences et aux maladies des infirmier(e)s qui auraient permis d'objectiver davantage la situation, même si c'est compliqué notamment en ce qui concerne les infirmiers indépendants.

Vos présentations étaient très denses. Nous allons évidemment prendre le temps pour les lire et les analyser. Si vous me le permettez, je relèverai déjà quelques éléments. Déjà eu égard à votre description du sentiment général actuel, vos mots sont évidemment forts et lourds de sens: un personnel sous pression, une perte de motivation, la morosité, la fatigue, des problèmes physiques, une perte de sens du travail effectué. Vous indiquez qu'il y a une sous-évaluation du stress émotionnel du personnel infirmier avec des conséquences au niveau de l'absentéisme futur, ce qui est évidemment préoccupant, à l'heure où certains évoquent dans la presse du jour une troisième vague inévitable. Je pense que nous devons accorder une grande importance à ces questions de bien-être au travail en période de crise comme en temps normal, tant pour les infirmiers que pour les professions de première ligne.

Le groupe MR est d'ailleurs réellement préoccupé par les questions de santé mentale, du bien-être psychologique, raison pour laquelle nous avons demandé, chers collègues, il y a deux semaines, d'ajouter un volet relatif à la dimension santé mentale, bien-être psychologique aux auditions de notre commission covid-19.

Nous vous rejoignons sur l'importance d'agir, mais la question que je vous pose est de savoir comment vous soutenir concrètement au mieux sur ce plan et que mettre en place pour essayer d'endiguer ces phénomènes de *burnout*, de perte de sens, de dépression, dont vous nous parlez.

Un autre volet fondamental sur lequel vous avez insisté est celui de la communication. Votre constat: trop de donneurs d'ordre, trop de messages, manque de cohérence des ordres par rapport à la pratique du quotidien. Vous reconnaissez la plus-value d'un commissaire corona et proposez de renforcer sa fonction. Avez-vous d'autres propositions concrètes pour améliorer la communication? J'appuie volontairement sur ce point, car une diffusion d'informations claires, précises, cohérentes dans le temps permet de réduire le stress et la pression qui pèsent sur l'ensemble du personnel.

Je retiens également quelques besoins énoncés clairement: l'encadrement et les mesures d'accompagnement adéquats. Pourriez-vous développer ces sujets, monsieur Dufour? La validation des plans d'urgence hospitalier. Le renforcement des initiatives de prévention et de soutien psychologique. Je retiens un chiffre et terminerai par là: 7 infirmiers sur 10 sont à risque d'un point de vue psychologique. C'est évidemment extrêmement interpellant. C'est

énorme. Il faudra en tenir compte dans nos recommandations.

Nawal Farih (CD&V): Mevrouw de voorzitter, beste sprekers, ik heb een heel mooie en uitgebreide toelichting gehoord, die vaak heel erg pakkend was, waarvoor dank. Ik wil u ook danken voor de zeer concrete aanbevelingen die u ons hebt gedaan. Ik had heel wat vragen ingediend en ik heb reeds heel wat antwoorden gekregen. Over enkele zeer concrete zaken zullen wij ons met de commissie moeten buigen, zoals het statuut zwaar beroep en vaccinatievrijheid versus vaccinatieplicht. Dat laatste vind ik een heel belangrijk punt. Het zou jammer zijn als er een extra druk rust op die zorgkundigen met betrekking tot een beslissing uit de persoonlijke levenssfeer. Ook heel interessant vond ik de psychische hulp voor zelfstandige verpleegkundigen. Dat is iets waarnaar wij ons moeten kunnen en durven richten.

De belangrijkste uitdaging staat ons helaas nog te wachten, namelijk de reguliere zorg, die stil is gevallen. Ik heb heel wat ziekenhuizen daarover gehoord en ik hoor vaak twee verschillende casussen. Enerzijds zeggen ziekenhuizen nog heel wat ruimte te hebben op de afdelingen en dat ze de reguliere zorg willen hervatten voor de patiënten voor wie het broodnodig is. Anderzijds hoor ik heel wat directieleden die zeggen dat het eigenlijk goed is zoals het is, want dat de zorgsector zodanig onder druk staat dat ze geen risico's willen nemen, dat indien er een derde golf aankomt, ze echt willen hebben dat hun personeel niet nog meer druk heeft door de combinatie reguliere zorg en beheersing van de coronacrisis.

Ik heb nog een heel belangrijke vraag, die mevrouw Creemers ook reeds stelde. Hoe ziet u het strategisch stockbeheer op het terrein? Hoe zou u willen dat het georganiseerd wordt. Moet het dicht bij de zorgsector zijn of wilt u dat de federale overheid volledig de organisatie in handen neemt?

Wat is uw standpunt met betrekking tot referentieziekenhuizen in tijden van pandemie? Zou dat helpen op het terrein om de zorgdruk te verlichten? Of kijkt u eerder sceptisch daarnaar?

Het spijt mij dat ik niet heb onthouden wie wat heeft gezegd, maar ik hoop dat ik met deze twee concrete vragen gericht genoeg ben zodat de verantwoordelijke sprekers zich hierover kunnen uitspreken.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je vous remercie beaucoup pour vos témoignages qui, par moment, ont fait froid dans le dos. J'en tire quatre grandes conclusions.

Tout d'abord, vous nous avez parlé d'un manque de considération. Je tenais donc à vous adresser mes encouragements, compte tenu notamment des mobilisations qui se sont déroulées dans des conditions extrêmement difficiles.

En deuxième lieu, j'ai bien entendu la situation de détresse du personnel, notamment sur le plan psychologique. Ces deux vagues sont vécues comme un véritable trauma par une grande partie du personnel. L'absence de perspective et la possible troisième vague rendent la situation très stressante dans nos hôpitaux et centres de soins de santé.

Des différents témoignages, je retiens aussi que le problème du sous-financement préexistait à la crise covid, car la situation était déjà très délicate. L'étude du KCE a été citée pour attester du faible nombre d'infirmières. De même, le Fonds Blouses blanches fut créé à la suite des "mardis des blouses blanches", bien avant cette crise.

Enfin, il faut citer les difficultés institutionnelles qui se traduisent par la multitude d'interlocuteurs, de sorte qu'une réponse est plus difficile à apporter.

Vous pouvez choisir qui répondra à mes questions.

S'agissant du Fonds Blouses blanches et de l'accord conclu dans le non-marchand, le budget annuel d'environ 1 milliard d'euros, qui deviendra effectif à partir du 1^{er} juillet et le sera complètement en 2022, vous semble-t-il suffisant pour répondre aux besoins de refinancement et de revalorisation de la profession ainsi qu'aux problèmes de pénurie? Ma question s'adresse aussi bien aux syndicats qu'aux associations d'infirmiers. Pourrait-il aussi colmater l'hémorragie consécutive au départ volontaire de beaucoup d'infirmiers? Ceux qui ont démissionné reviendront-ils après l'entrée en vigueur de ces mesures? Sera-ce suffisant?

En ce qui concerne le Fonds Blouses blanches, j'ai bien entendu qu'apparemment, dans certains hôpitaux, l'argent aurait pu être utilisé pour les honoraires des médecins qui ont eu une diminution d'activité pendant la crise covid, ce qui n'était bien sûr pas le but. Vous-même, quelle évaluation faites-vous globalement de l'utilisation de ces fonds?

La deuxième question concerne la délégation des actes infirmiers. Nous avons eu les arrêtés royaux au mois de mars, mais aujourd'hui, nous avons une loi du 6 novembre qui est en cours jusqu'au premier avril. Comment cette loi est-elle faite? Quelle est votre alternative? Je pense que, globalement, cela a été mal accueilli les deux fois, aussi bien par les

associations professionnelles que par les syndicats. Quelles sont alors vos alternatives en cas de crise?

Troisièmement, cela concerne la situation du personnel. À un certain moment, on a eu des directives qui ont conseillé aux personnes testées positives de continuer à travailler, certainement durant la première vague. Je voulais savoir si, durant la deuxième vague, cela avait été la même chose. Vous avez parlé de la peur que les gens avaient de contaminer les malades qu'ils devaient soigner. Était-ce lié à cela? Cela a-t-il été mieux ou était-ce encore été le cas durant la deuxième vague?

On sait qu'à partir du moment où on a eu un contact positif, normalement on doit respecter une quarantaine. Les graphiques que vous avez montrés concernaient le manque de personnel, surtout dans la deuxième vague. Étiez-vous, dans les institutions, en mesure de respecter les quarantaines?

Que pensez-vous de l'implication des bénévoles dans les différentes institutions de soins?

Au niveau de l'aide psychologique, 11 millions sont prévus. Mais cette aide est-elle arrivée jusque dans le secteur?

Le manque de personnel soignant durant la deuxième vague était très frappant. Il était très important. On a parfois dit qu'on était au bord de l'implosion du système des soins de santé. C'était une des raisons évoquées pour ne pas relâcher les mesures à Noël. Craignez-vous cette implosion lors d'une troisième vague?

Enfin, nous avons entendu, au Parlement bruxellois, la crainte de possibles licenciements dans les maisons de repos dus à la diminution du nombre de résidents. Cette crainte existe-t-elle au niveau des hôpitaux ou pas du tout? Je vous remercie.

Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik dank de vele sprekers van vandaag voor hun uitgebreide uiteenzettingen.

Ik heb een aantal vragen daarover. De presentatie van AUVB bevatte een slide over de bevraging bij het personeel over de kennis van de richtlijnen van Sciensano over het gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal. Als ik het goed heb begrepen, is gemiddeld 62 % daarvoor geslaagd. Wat betekent geslaagd in deze? Is dat de helft van de richtlijnen kennen of voldoende de kleine lettertjes kennen of de basiskennis volledig beheersen? Behaalden heel veel personeelsleden

onvoldoende op de vragenlijst, terwijl ze naar uw inschatting desgevallend de richtlijnen nodig hebben voor hun job? Met andere woorden, werd er door een gebrekkige kennis en vorming soms eenodeloos risico genomen? Ik krijg daarover graag wat meer uitleg, aangezien u daarover nogal bondig was.

Mevrouw Lionnet, aan u ook bijzonder dank voor uw toelichting. U hebt de dubieuze eer om de enige vrouwelijke spreker te zijn voor een sector waar het helaas nog altijd voor het merendeel vrouwen zijn, die het vele werk verrichten. U vond dat personeel dat zich niet laat vaccineren, daar geen disproportionele negatieve gevolgen mag ondervinden of niet mag worden gestigmatiseerd. Dat klopt inderdaad en mensen straffen voor die keuze zal niet helpen om hen toch te laten kiezen voor een vaccinatie, integendeel. Als werknemersorganisatie staat u heel dicht bij het personeel. Wat zouden de overheden volgens u moeten doen om de vaccinatiebereidheid bij het zorgpersoneel op te krikken? Dat is, denk ik, een probleem waarover wij ons allemaal zorgen maken.

Er werd uitgebreid stilgestaan bij een aantal zaken, zoals het tekort aan beschermingsmateriaal en de frustratie die dat, terecht, bij het personeel teweegbrengt. Afgelopen vrijdag kondigde het Overlegcomité aan dat, indien de kappers hun handelszaak over een aantal weken opnieuw mogen openen, zij FFP2-maskers zouden moeten dragen. Later heeft minister Clarinval dat aangepast.

Zou u aanraden dat het verplegend personeel in de rusthuizen, in de thuiszorg, in de instellingen voor gehandicapten FFP2-maskers moet dragen? Of vinden personeelsleden het goed zoals het is en willen ze zich bij de chirurgische maskers houden?

Ten slotte, u hebt terecht stilgestaan bij de moeilijkheden die het zorgpersoneel persoonlijk ondervindt in deze crisis: men is uitgeput, men heeft nood aan rust, men heeft nood aan waardering en psychologische begeleiding. Wij vinden dat ook, laat dat heel duidelijk zijn. Ik wil in dat verband even vragen wat wij als overheid dan kunnen doen om de stress en de druk bij het personeel weg te nemen en hun welbevinden te herstellen. Wij hebben daar al heel veel over gepraat, maar als vertegenwoordigers van de werknemersorganisaties weet u, mijns inziens, het best wat er concreet echt nodig is opdat dat zich zou herstellen. Ik hoorde een pleidooi voor een taskforce, maar misschien zijn er nog andere maatregelen op korte termijn. Hebt u daar ideeën over, dat had ik graag geweten.

Nogmaals bedankt voor uw uitgebreide uiteenzetting. Ik kijk uit naar het antwoord.

Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame, messieurs, un grand merci. Vous avez, à juste titre, mis en évidence aujourd'hui à la fois le ressenti clair d'un manque de prise en considération et les difficultés majeures que rencontrent les praticiens de l'art infirmier, infirmiers et aides-soignants, pas seulement depuis le covid, mais avant.

Si je peux me permettre, à côté de toutes les difficultés que vous avez relevées, je voudrais aussi souligner la passion et le professionnalisme de tous les infirmiers et aides-soignants. Nous avons une chance assez incroyable en Belgique, puisque cette force majeure de nos soignants fait la qualité de nos soins de santé. C'est un trésor qu'il faudra clairement soutenir d'une manière plus importante demain qu'aujourd'hui.

Vous ne l'avez pas dit, ou en tout cas pas de manière aussi directe, mais moi j'aime toujours rappeler l'importance des normes d'encadrement et du nombre d'infirmiers et d'aides-soignants au chevet du patient, notamment sur la mortalité. De manière globale, dans les soins de santé, plus la norme d'encadrement est limitée et petite, moins bons sont les résultats au niveau de la qualité des soins, que ce soit sur le volet de la mortalité ou de la morbidité des patients.

Je pense qu'il faut rappeler cette force incroyable de nos soignants et votre passion, votre engagement professionnel et celui de tous ceux et toutes celles que vous représentez.

Vous tirez une nouvelle fois une sonnette d'alarme aujourd'hui, à raison. En vous entendant, cela n'a fait qu'enfoncer le clou, en tout cas pour ce qui me concerne, sur des constats qui sont connus, de par les contacts que j'ai en permanence avec le terrain, que ce soit avant le covid mais également ici depuis les dix mois de la crise.

Ces constats sont implacables. Ce qui doit être fait doit être clair. Mais il faut, sur le plan politique, que nous sortions des constats, des études, des analyses, des "examiner si ceci cela", et que des actes puissent être posés de manière rapide et forte, que ce soit sur la formation, que ce soit sur l'attractivité du métier, mais tout au long de la carrière, que ce soit sur la concertation, sur la manière d'augmenter les forces vives et de les maintenir tout le long de la carrière. Je suis toujours interpellée par le nombre d'infirmiers ou d'aides-soignants qui s'interrogent fortement sur le fait de quitter la profession ou, au contraire, de rester dans la profession.

Si vous me le permettez, je vais revenir sur quelques questions un peu plus précises.

Tout d'abord, les normes d'encadrement constituent un point qui, sur le plan politique, n'est toujours pas verrouillé, alors que cela me semble pourtant être une urgence.

Une nouvelle étude du KCE est sortie avec des moyennes en Belgique bien en deçà de la norme européenne considérée comme étant la référence en matière de sécurité pour le patient. Ce qui est interpellant, c'est que, dans cette moyenne belge, on a en fait une palette très large, puisque, pour certains hôpitaux, il y a un infirmier pour plus de douze patients en moyenne. Mais ce qui est aussi très interpellant et dont on parle très peu, ce sont les nuits. En Belgique, plus encore que dans les autres pays européens, l'encadrement de nuit des patients par les infirmiers est bien en deçà de ce qui serait absolument nécessaire. On sait aussi combien il est parfois compliqué d'organiser les équipes de nuit. Je parle là plus particulièrement des hôpitaux. Je voulais savoir ce que vous aviez comme propositions concrètes à formuler en la matière. Pensez-vous que cela passe plutôt par un renfort des équipes mobiles? Ou pensez-vous qu'il faille revoir totalement les normes d'encadrement au sein même des unités, y compris pour les nuits?

J'en viens maintenant à la situation des maisons de repos. Comme vous le savez, la moitié de la mortalité liée au covid concerne des personnes en maison de repos, soit décédées en maison de repos, soit décédées à l'hôpital mais venant d'une maison de repos. Depuis le début, j'ai été frappée de voir que certains services des maisons de repos, voire des maisons de repos entières, devaient se transformer en véritables unités d'hospitalisation gériatrique, alors même qu'ils n'avaient ni le matériel adéquat, ni les équipes. Et, malgré cela, c'était fait avec énormément d'investissement et de professionnalisme pour faire au mieux. Comme vous l'avez rappelé tout à l'heure, des infirmiers à domicile venaient parfois en renfort en maisons de repos. Un certain nombre d'infirmiers étaient d'ailleurs eux-mêmes directement touchés et devaient être écartés.

Pour l'avenir, quelles recommandations feriez-vous dans le cadre d'une pandémie de ce type, voire d'autres pandémies liées à des virus connus qui pourraient survenir, notamment le virus de la grippe qui peut galoper très vite au sein d'une maison de repos avec des complications plus lourdes étant donné qu'il s'agit de patients à risque et âgés? Pensez-vous utile de renforcer les liens entre les maisons de repos et les hôpitaux pour certaines périodes particulières, notamment en cas

de pandémie?

Serait-il intéressant d'avoir des infirmiers de liaison qui viendraient régulièrement dans les maisons de repos qui se situeraient dans un certain périmètre géographique des hôpitaux pour tenter de faire évoluer les choses et transmettre de bonnes pratiques? Ces infirmiers pourraient aussi venir en renfort au sein de ces maisons de repos, à moins qu'au même moment se posent des questions cruciales en termes de disponibilité d'infirmiers. Je pense ici notamment aux épisodes de grippe qui peuvent poser des problèmes aigus dans les maisons de repos mises sous pression alors que cela n'est pas nécessairement le cas dans les hôpitaux. Quel est votre avis à ce sujet?

Je voudrais également évoquer avec vous la prime d'encouragement covid. On a vu la déception légitime de nombreux infirmiers. En effet, cette prime étant fiscalisée, elle a été réduite de moitié, voire plus de la moitié. Certains infirmiers ont été oubliés. Je pense notamment aux infirmiers qui, lors de la première vague, ont été touchés personnellement par la covid et qui, ce faisant, n'ont pas pu bénéficier de cette prime. J'ai également été contactée par de nombreux infirmiers à domicile qui n'ont pas reçu cette prime. Je profite donc de votre présence pour vous demander ce qu'il en est exactement. Certains infirmiers ne l'auraient-ils pas reçue parce qu'ils ne répondaient pas aux critères notamment liés au travail lors de la deuxième vague? Est-ce lié à d'autres facteurs? Pouvez-vous m'éclairer sur le sujet?

Je terminerai mon intervention avec le Fonds "blouses blanches", même si tant qu'on n'aura pas travaillé sur l'attractivité de la profession tout au long de la carrière, des infirmiers ne tomberont pas du ciel. On voit que, dans les hautes écoles, le nombre de jeunes en formation a fondu. Entre en ligne de compte l'augmentation du nombre des années d'études. Mais, force est de constater qu'en première année, le nombre d'étudiants en art infirmier est en nette diminution, ce qui constitue une inquiétude supplémentaire.

J'espère que les politiques qui ont la main au niveau des gouvernements vont avancer sur les différents aspects que je viens d'évoquer et faire en sorte d'augmenter l'attractivité de la profession, y compris les fins de carrière.

Pensez-vous que cela suffira ou faut-il, par ailleurs, tenter de motiver et d'intéresser les jeunes au métier d'infirmiers, y compris avec des initiatives à prendre en secondaire? Je le répète, il faudra, avant tout, renforcer l'attractivité du métier et prendre des mesures fortes en la matière.

S'agissant du Fonds "blouses blanches", j'ai entendu les différentes inquiétudes et commentaires émis. Vous pouvez bien entendu compter sur le travail attentif des députés à l'égard du gouvernement pour clarifier les choses. Je vous remercie encore pour votre présence aujourd'hui et je souhaite encore beaucoup de courage à tous ceux que vous représentez, car la crise n'est pas encore terminée. Je sais combien l'on peut continuer à compter sur l'ensemble de toutes vos équipes; on le voit sur le terrain.

Sophie Rohonyi (DéFI): Madame et messieurs, je vous remercie pour le temps consacré et, de manière générale, je me joins aux collègues pour remercier l'effort que vous avez déployé au quotidien durant toute cette crise et bien avant, puisqu'on le sait maintenant, vous étiez déjà épuisés avant cette crise.

C'était vraiment important de vous entendre parce que vos recommandations visent votre bien-être au travail, mais aussi la qualité des soins prodigués aux patients. En cela, il était essentiel de vous entendre d'autant qu'il y a eu un texte sur la table du Parlement, il y a deux semaines, visant à l'amélioration des conditions de travail et en particulier des infirmiers à domicile. J'avais formulé la demande d'entendre le secteur infirmier et celle-ci m'avait été refusée, parce que la majorité estimait que cette concertation du secteur infirmier allait de soi. On voit bien, à travers vos exposés respectifs, qu'il n'en est rien et qu'il n'en était rien, en particulier au début de cette crise.

On devra en tirer les conséquences qu'il s'agisse de la première vague, de la seconde, de la réduction des arrêtés royaux ou encore, aujourd'hui, de la stratégie de vaccination.

Ceci m'amène à vous poser ma première question. Vous avez soulevé le fait que vous n'étiez même pas consultés dans le cadre des différents organes amenés à conseiller le gouvernement quant aux mesures à prendre. Vous avez déploré à juste titre, il me semble, qu'il n'y avait pas d'infirmiers dans ces groupes de travail. Aujourd'hui, pourriez-vous dire dans quels groupes de travail, vous auriez aimé être présents?

Avez-vous demandé à participer à ces groupes? Si oui, que vous a-t-on répondu?

De manière plus actuelle, Mme Lionnet a insisté sur le fait que la réussite de notre campagne de vaccination passerait aussi par l'adhésion du personnel soignant à celle-ci. Par conséquent, souhaitez-vous que les infirmiers soient inclus dans la *task force* vaccination? Vendredi dernier,

nous avons entendu les médecins généralistes nous expliquer qu'ils avaient formulé cette demande très légitime, mais qu'elle avait été rejetée. Est-ce également le cas des infirmiers?

Ensuite, à l'instar de mes collègues, je me dois de revenir sur le problème fondamental du matériel de protection. Nous n'entrerons pas dans le détail des cafouillages successifs, mais j'aimerais revenir sur deux chiffres. Vous expliquez que 16 % des infirmiers en résidence n'avaient pas reçu suffisamment de matériel, contre 10 % des infirmiers à domicile. Pour ma part, j'avais l'impression que la balance était inversée. En effet, du retour que j'ai pu avoir de beaucoup d'infirmiers à domicile, j'avais compris qu'ils s'étaient sentis véritablement délaissés, notamment en ce qui concerne le matériel de protection, de par la nature même de leur pratique. Dès lors, pouvez-vous nous indiquer si ce matériel était fourni différemment, selon le lieu de travail des infirmiers: en maison de repos, en hôpital ou à domicile? Pouvons-nous considérer que certains d'entre eux étaient "mieux lotis" - et j'emploie ici l'expression avec de très grands guillemets? Si oui, comment l'expliquez-vous?

À l'instar de ma collègue Jiroflée, je me dois d'établir un lien avec l'actualité. Nous entendons aujourd'hui des experts prôner le port du masque FFP2 par les médecins en hôpital. Qu'en pensez-vous? Ensuite, estimez-vous que cet usage doit être préconisé auprès des infirmiers à domicile, en hôpital ou en maison de repos? Surtout, disposons-nous de suffisamment de masques FFP2, de sorte que cette obligation s'applique à l'ensemble du personnel soignant?

Plus généralement, vous avez soulevé une incertitude relative à la qualité et à la conformité du matériel de protection. Là encore, nous nous souvenons de la cacophonie des recommandations en ce qui concerne notamment le port du masque. Cette question se pose aussi à propos des médicaments, dont la conformité a suscité quelques doutes. Pourriez-vous nous apporter davantage d'explications?

Vous êtes aussi revenus sur la problématique de l'absentéisme des infirmiers qui était particulièrement important au cours de la deuxième vague puisque vous étiez déjà épuisés en raison de la première vague. Vous expliquez que des membres du personnel étaient malades et avaient attrapé le covid. D'autres étaient en *burn out*. D'autres encore étaient malades, en ayant attrapé d'autres maladies dites plus légères. Cela poussait par conséquent le personnel soignant à poursuivre son travail alors qu'il était malade. Pouvez-vous nous dire dans quelle proportion des infirmiers se

sont-ils sentis obligés, par conscience professionnelle, de venir travailler alors qu'ils étaient malades?

Pouvez-vous aussi me dire quelle était la proportion de *burn out* parmi les infirmiers, tout au long de cette crise? Vous sentez-vous suffisamment soutenus avant le *burn out*, lorsqu'il y a un risque, pour pouvoir le prévenir, mais aussi pendant et après? Vous avez en effet évoqué des problèmes de troubles du sommeil et d'anxiété, etc.

Le manque d'infirmiers est une chose qui a été mise en exergue durant cette crise. Je fais un lien, à nouveau, avec ce qui nous a été dit par les médecins lors de leur audition de vendredi dernier. Ceux-ci nous expliquaient que pour pallier ce besoin et ce manque d'infirmiers, dans de nombreux hôpitaux, des médecins se sont portés volontaires pour pratiquer des actes infirmiers, ce qui était une bonne chose, même si ce n'était pas souvent adapté. En effet, un médecin n'est pas un infirmier et vice-versa. Quel est votre ressenti à ce sujet?

Vous avez soulevé le problème du fait qu'il n'existe toujours pas aujourd'hui de vrai cadastre des infirmiers. C'est vraiment problématique, surtout lorsqu'on voit le nombre d'infirmiers qui ont leur visa, et à côté le nombre de ceux qui ne pratiquent plus. Vous l'avez très bien soulevé. On a vu que cette absence de cadastre avait eu de vraies conséquences, parfois terribles, durant la première vague, notamment le fait que des infirmiers n'avaient pas pu recevoir leurs masques parce qu'ils ne se trouvaient pas sur des listes, qui étaient complètement obsolètes. Disposez-vous d'autres exemples concrets qui se sont produits durant cette crise et qui démontrent à quel point cette absence de cadastre est problématique?

Parce qu'on manquait d'infirmiers, vous avez été amenés à prester de nombreuses heures supplémentaires, au regard de la gravité de cette crise. Nous avons eu un débat au Parlement pour enfin défiscaliser ces heures supplémentaires. Pouvez-vous nous dire en moyenne combien d'heures supplémentaires vous avez finalement prestées pendant la première et la deuxième vague? Avec quelles conséquences physiques, psychiques et sur le plan de votre vie privée? Mme Lionnet a notamment insisté sur la difficulté pour les femmes infirmières de concilier vie professionnelle et vie privée.

J'ai aussi la même question que ma collègue Fonck sur la prime d'encouragement. On l'a annoncée en grandes pompes. Au final, il nous revient que beaucoup d'infirmiers soit ne l'ont pas reçue, soit

l'ont reçue mais avec un montant de l'ordre de la moitié de celui annoncé, voire moins encore. Pouvez-vous nous dire concrètement ce qu'il en est? L'avez-vous reçue? Pour quel montant? Si vous ne l'avez pas reçue, pour quelles raisons, selon vous?

Vous avez également évoqué la reprise de l'activité non covid qui est essentielle. On a vu qu'énormément de soins ont dû être reportés. L'ABSyM aussi nous a expliqué vendredi que de longues listes d'attente s'étaient créées pour une série d'activités non essentielles qui doivent pouvoir reprendre mais que, dans le même temps, le personnel soignant doit pouvoir souffler. Aujourd'hui, au regard de cette nécessité de pouvoir reprendre l'activité non covid, comment concrètement vous organisez-vous sur le terrain? Comment le politique et donc nous, que ce soit le Parlement ou le gouvernement, peu importe le niveau de pouvoir, pouvons-nous vous soutenir pour assurer au mieux cette reprise?

Je voulais aussi vous interpeller sur la problématique du covid long puisque j'ai été interpellée par certains infirmiers qui ont attrapé le covid dans le cadre de leur travail et qui souffrent de covid long. Ils souffrent encore des séquelles de ce covid alors qu'ils n'ont pas pu être pris en charge par leur mutuelle, notamment en raison du fait qu'ils pratiquent en milieu hospitalier. On considère que le montant des soins qu'ils ont dû payer ne répond pas à un maximum requis pour être considéré comme un malade chronique et par conséquent pour bénéficier d'un certain remboursement par la mutuelle. Confirmez-vous cela? En effet, on travaille par ailleurs sur deux textes relatifs à la reconnaissance du covid long.

Pour la vaccination, là aussi il nous revient que beaucoup d'infirmiers à domicile n'ont pas encore reçu d'informations concernant leur vaccination. De quelle manière vont-ils être informés? Où se feront-ils vacciner? Confirmez-vous le manque d'informations? Disposez-vous au contraire d'informations?

En ce qui concerne le soutien psychologique, vous nous dites que 70 % des infirmiers en ont bénéficié contrairement à la plupart des infirmiers indépendants.

Doit-on en déduire que ce soutien s'est finalement mis en place surtout dans les structures, à savoir les hôpitaux ou les maisons de repos? Si tel est le cas, de quelle manière ce soutien devrait-il prendre forme pour faire en sorte que les infirmiers indépendants puissent, eux aussi, en disposer?

J'en termine par la question des étudiants

infirmiers. Vous insistez à juste titre sur la nécessité de revaloriser votre métier et, par conséquent, d'attirer des jeunes vers cette profession - on peut avoir une pensée pour eux en ces temps difficiles. Mme Lionnet a expliqué à quel point ils étaient déjà épuisés lorsqu'ils entamaient leur deuxième année d'études. C'est quand même assez interpellant. C'est d'autant plus interpellant que, durant la deuxième vague, les équipes devant encadrer les étudiants infirmiers ne pouvaient pas le faire correctement, tant les infirmiers sur le terrain étaient trop débordés que pour assurer correctement cet encadrement. Il en va de même pour les stages qui devaient finalement être totalement suspendus et reportés. Ce constat a-t-il été fait durant la première vague également? Qu'en est-il par conséquent aujourd'hui pour tous ces étudiants infirmiers qui ont vraiment la volonté d'embrasser cette carrière difficile mais ô combien essentielle et indispensable?

J'en profite pour vous remercier encore une fois pour tout ce que vous faites pour nous et pour tout ce que vous faites au service des autres. Vous faites preuve vraiment d'un grand altruisme et je pense que c'est une grande leçon d'humilité pour nous tous.

Kathleen Depoorter (N-VA): Collega's, er is uiteraard al veel gezegd en gevraagd, dus ik zal proberen niet in herhaling te vallen.

Hebt u andere ervaringen voor het transport tussen de ziekenhuizen in de eerste en tweede golf? Is er verbetering genoteerd in de tweede golf ten opzichte van de eerste golf?

Vele collega's hadden het over de zeer ernstige mentale impact op het verpleegkundig personeel. De heer Hellendorff had het over het feit dat de middelen van het fonds van de witte bloezen gebruikt worden voor de mentale ondersteuning. Als dit vandaag nog zo is, vindt u het dan niet prioritair dat die middelen toch hiervoor gebruikt worden? Hoe zou u het anders invullen, zeker voor wat er vandaag op het terrein gebeurt? Waar zou u die middelen halen? Het Parlement heeft in die middelen voorzien, nog voor de regering gevormd is. Het zou dan ook goed zijn ze vandaag te gebruiken en ervoor te zorgen dat de mentale weerbaarheid van onze verpleegkundigen daarmee toch wat opgekrikt wordt.

Uw emotionele discours laat mij afvragen hoe we ons op korte termijn concreet zullen wapenen voor een eventuele derde golf. Hoe kunnen wij ertoe bijdragen dat dit korps, dat al zo zwaar belast is, die eventuele derde golf aankan op korte termijn? De situatie vandaag is namelijk vrij ernstig.

Ik maak me heel grote zorgen over de impact van het uitstellen van de non-covidzorg. Een aantal collega's refereerden er ook al aan. Vaak gaat het dan om minder urgente zorg. Een van mijn grote bezorgdheden betreft het diagnosticeren van kankers. In het VK vond een onderzoek plaats dat de oversterfte binnen zeven jaar aan niet-gediagnosticeerde kankers in de eerste en tweede golf op 30.000 personen acht. We moeten de dreiging in België niet onderschatten. Hoe zouden we onze patiënten beter naar die zorg kunnen leiden? Hoe kunnen we het aanpakken om ervoor te zorgen dat de patiënten zich toch wenden tot artsen en verpleegkundigen om de impact van de uitgestelde zorg te minimaliseren? Hebt u daar tools rond?

U had het over de aanpak van de voorschotten voor de ziekenhuisfinanciering en de vrees dat die zouden gebruikt zijn voor de vergoeding van de artsen. U had het zelfs over de vrees dat het fonds van de witte bloezen daarvoor gebruikt zou worden. Hebt u daar data voor? Kunt u dat hardmaken?

Wat vindt u trouwens van de aanpak van de terugbetaling van de voorschotten, rekening houdend met de COVID-19-forfaits?

Op de vraag of u het systeem voldoende transparant vindt, denk ik dat ik het antwoord heb gehoord, maar zou u dat nog eens kunnen bevestigen? Hoe zou u de controle van de besteding van de middelen concreet invullen, want u had daar kritiek op?

Is er voldoende controle op de registratie van die COVID-19-gerelateerde kosten? Zo neen, hoe zou u die controle dan gaan uitvoeren? Hebt u een zicht op verschillen tussen de ziekenhuizen voor de besteding van die voorschotten in het kader van COVID-19?

Mevrouw Lionnet, u had het over de vermoeidheid bij de stagiairs. Vorige week zeiden artsen hier dat een aantal geneesheer-specialisten in opleiding op het einde van het vorige academiejaar zeiden dat ze het gevoel hadden dat ze covidologen waren geworden, geen internisten, geen chirurgen, maar covidologen.

Hebt u bij de opleiding van de verpleegkundigen ook het gevoel dat die stages een beetje tekortschieten, omdat ze in de COVID-19-afdeling worden ingezet. Er is inderdaad een aantal stages opgeschort. Kunnen degenen die wel stage kunnen doen, hun opleiding voldoende breed krijgen? Kunnen zij gespecialiseerde zorg voldoende oefenen in hun stages?

Tot daar mijn aanvullende vragen.

De **voorzitter**: Collega's, ik stel voor dat wij overgaan tot de antwoorden. Ik wil de sprekers vragen om zich te beperken tot een tiental minuten per spreker. Dan kunnen wij nog het woord geven aan de volksvertegenwoordigers voor een tweede ronde.

Ik zal het niet timen, maar ik denk dat het in ieders belang is dat de antwoorden in een zo kort mogelijke periode worden gegeven.

Dan geef ik eerst het woord aan de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties.

Adrien Dufour: Madame la présidente, nous essayerons d'être synthétiques sur toutes les questions qui ont été posées. Sur la partie du matériel, je propose de donner la parole à MM. Yves Maule et Filip Haegdorens, Filip, en commençant d'abord sur les questions qui portaient précisément sur les études, le risque lié à la formation, à la non-formation et autres.

Filip Haegdorens: Geachte leden, bedankt voor uw vele en zeer terechte vragen die ik genoteerd heb en die ik gestructureerd zal proberen te beantwoorden.

Inzake persoonlijk beschermingsmateriaal behandel ik eerst de cijfervragen.

Mevrouw Sneppe stelde de vraag of de cijfers betrekking hebben op de pre-covidperiode of op de periode tijdens de eerste golf van de pandemie. Ze hebben betrekking op de cijfers tijdens de eerste golf. Dat kunt u terugvinden in het wetenschappelijk rapport dat wij aan uw commissie hebben toegestuurd.

Ook in het rapport staat vermeld dat er in oktober, op het moment van opstelling ervan, slechts 8 % van de respondenten aangeeft nog een tekort aan persoonlijke beschermingsmaterialen te hebben. Recentere cijfers daarover heb ik voorlopig niet. In de woon-zorgcentra en in de thuiszorg ligt dat percentage wel veel hoger. Is er een verschil tussen de sectoren, vraagt mevrouw Rohonyi, inzake de beschikbaarheid van persoonlijk beschermingsmateriaal? Ja, dat verschil was er zeker. In de enquête zagen we ook dat er een significant verschil was. Voornamelijk in de woon-zorgcentra en ook in de thuiszorg waren er tekorten, volgens onze recentste bevraging. In de ziekenhuizen was dat minder een probleem, daar was er meer materiaal voorhanden.

Dat brengt mij terug tot de kennis. Ik heb zelf gewerkt in een ziekenhuis tijdens de eerste golf en

zodoende heb ik een en ander wel mee beleefd omtrent toekomend materiaal en de organisatie daarrond. Ik merkte ook dat er wel wat vragen waren naar kennis, waarover mevrouw Jiroflée ook een vraag stelde. Sciensano heeft bepaald welk materiaal gebruikt dient te worden naargelang de casuïstiek. Zo is bijvoorbeeld vastgelegd welk materiaal er bij een aërosolgenererende procedure moet worden gebruikt. Ik liet verpleegkundigen daarom de materialen kiezen behorend bij de casuïstiek. Wanneer in dit geval gesproken wordt over "niet geslaagd", dan betekent dit niet dat de betrokkene geen 50 % behaalde, maar wel dat er fout beschermingsmateriaal werd gekozen bij een bepaalde handeling. "Niet geslaagd" betekent dus dat er ergens een fout werd gemaakt.

De cijfers tonen aan wat wij ook in de praktijk gemerkt hebben, onvoldoende kennis. Ik heb gewerkt op een spoedgevallendienst, van waaruit er ook collega's naar woon-zorgcentra uitreden. Zodoende hadden wij ook een zicht op wat er in de woon-zorgcentra gebeurde in de eerste golf. De kennis, zowel in het ziekenhuis als in de woon-zorgcentra, was niet altijd voldoende.

Wij hebben een aantal aanbevelingen gedaan die u aan het eind van het rapport kunt lezen. Een van de aanbevelingen was om, in plaats van de richtlijn weer te geven in een tabel in het pdf-document van Sciensano, een nationaal opleidingsprogramma op te richten, eventueel met video's via e-learning, om aan onze collega-verpleegkundigen en -zorgkundigen op het terrein uit te leggen wanneer, waar en hoe zij welke beschermingsmaterialen moeten gebruiken in de praktijk. Ik hoop dat ik hiermee op alle vragen over het beschermingsmateriaal heb geantwoord.

Er was ook nog iets over het tekort aan ander materiaal dan beschermingsmateriaal, meer bepaald de wissers. Uit onze bevraging bleek dat zeker in het begin van de bevraging – dat gaat over mei – wissers te kort waren op het terrein. Onze collega's gaven dat ook aan. Er waren echter niet alleen wissers te kort. Het belangrijkste probleem was dat er wel materiaal was, maar dat men niet iedereen kon screenen die men wilde screenen.

Meer specifiek wil ik u meenemen naar een verhaal uit de thuiszorg. Naar aanleiding van de enquête en studie die wij deden, werd ik gecontacteerd door een collega van mij uit de thuiszorg. Zij vertelde dat zij bij patiënten thuis kwamen en eigenlijk niet wisten of zij al dan niet covidpositief waren. Zij moesten dat vragen aan de huisarts en konden dat ook niet opzoeken in een centraal register, want het gaat om vertrouwelijke medische informatie die bij de huisarts ligt. De mensen weigerden soms ook om te vertellen of zij gescreend waren, maar de

thuisverpleegkundigen moesten hen wel helpen. Stel dat de patiënt niet weigerde, maar hij hoest of koorts heeft en dus aan de gevalsdefinitie van Sciensano voldoet, dan moesten de thuisverpleegkundigen eerst naar de huisarts bellen om te vragen of de patiënt gescreend mag worden. Die werd vervolgens gezien door de huisarts en na een voorschrift kon de verpleegkundige de patiënt screenen. Daarna moeten zij weer contact opnemen met elkaar over het resultaat: als de patiënt negatief was, mocht men de thuiszorg zo voortzetten of in het andere geval moest men beschermingsmateriaal aandoen. Dat was dus een hele rompslomp.

Gezien de problemen met de screening adviseren wij dus om het voorschrijfrecht voor een covidscreening uit te breiden naar bachelorverpleegkundigen, die dan op zelfstandige basis de screening kunnen voorschrijven rekening houdend met de gevalsdefinitie.

Yves Maule: Je compléterai ce que Filip vient de dire par une image du terrain puisque je suis responsable du département de médecine critique dans un hôpital public à caractère universitaire. Donc, au cours de la première vague, nous avons été confrontés à d'importantes difficultés d'approvisionnement. Dans ce cadre-là, en ce qui concerne les équipements de protection individuelle, on a dû faire des choix. On a équipé certaines personnes et pas d'autres, ce qui a généré toute une série de frustrations sur le terrain. Tout le monde ne comprenait pas toujours l'entière des modes de propagation de la maladie. Il y avait toute une série de concepts qui n'étaient pas manipulés par le terrain de manière adéquate. Filip traduit une réalité.

Dans la deuxième phase, nous avons à notre disposition – et nous avons toujours à notre disposition – les équipements de protection individuelle adéquats. Le problème, c'est qu'ils ne sont pas toujours qualitatifs. Un des énormes problèmes... On parlait tantôt de stock stratégique. Ce n'est pas tellement le stock stratégique qui nous intéresse, ce sont les endroits où ils sont produits. Quand vous produisez quelque chose en Chine et que vous n'avez pas le contrôle sur la qualité de ce qui arrive, c'est clair que quand l'article est mis au chevet dans les hôpitaux, c'est mieux que rien, mais ce n'est pas adapté.

La deuxième phase de frustration que nous avons eue, c'était qu'effectivement, nous disposons des équipements de protection individuelle, mais pas des équipements en termes de qualité et en termes de ressources suffisantes pour assurer la qualité.

Dans la première vague, notre réaction, par rapport

à cela, n'a pas été une volonté d'écarter les étudiants du risque. Nous avons parlé un peu des étudiants tout à l'heure. La volonté a été de réserver les équipements de protection individuelle à des gens qui, sur le terrain, avaient les compétences pour traiter les patients. À un moment donné, vous ne pouvez pas laisser un étudiant dans une zone covid sans équipement de protection individuelle. Nous ne les avons donc pas pris avec nous, ce qui n'est plus le cas à l'heure actuelle, puisque nous avons suffisamment d'équipements de protection individuelle. Et ils ne prennent pas uniquement en charge des patients covid; puisque tous les stages fonctionnent au sein de l'hôpital à l'heure actuelle, et donc nous avons aussi des patients covid qui sont présents.

J'enchaîne sur les différents éléments. Il y avait, en ce qui concerne les plans d'urgence... Nous parlions cet après-midi de la problématique des plans d'urgence. Je pense qu'à l'heure actuelle, aucun hôpital n'a été préparé correctement à la pandémie, pour une raison très simple: c'est que lorsqu'on travaille dans un plan d'urgence, on pense 24 à 48 h, comme les attentats de Bruxelles et toute une série d'événements pour lesquels les hôpitaux ont su réagir de manière adéquate.

Ici, nous sommes dans un plan d'urgence qui dure maintenant depuis des mois et des mois. Effectivement, il n'y a pas eu d'investissements pour préparer ce type de plan d'urgence. Il y a donc eu à s'obliger à se réinventer tout au long de cette pandémie, et cette manière de se réinventer est liée à chaque *background* hospitalier. Ce que nous pouvons déplorer, c'est qu'il n'y a pas de communication entre les différents hôpitaux, en dehors des directions.

Cela veut dire que sur le terrain, cela se traduit par une dichotomie. Vous avez les liens Facebook, par exemple. Si je prends mon hôpital, nous avons recommandé un certain nombre d'éléments de protection individuelle et j'avais des collègues dans d'autres hôpitaux qui passaient sur Facebook avec d'autres types d'équipements de protection individuelle, ce qui générerait toute une série de frustrations au sein des équipes en ce qui concerne les équipements de protection individuelle, ne fût-ce que ça.

Il n'y a pas de cohérence au niveau des plans d'urgence. Chaque plan d'urgence a été établi par hôpital. Mais nous n'avons pas d'organe qui centralise un peu cette cohérence. S'il y a un investissement à faire dans le futur, c'est cela.

À l'heure actuelle, il y a un coordinateur, même pas temps plein, plan d'urgence par hôpital. Que voulez-vous qu'une personne fasse en termes de

formation, de préparation pour ce type d'éléments? Il est clair qu'il y a tout un travail à faire évoluer en la matière.

Il était question des ressources humaines, car j'entendais tantôt parler de l'ouverture de lits en soins intensifs. Il faut arrêter de penser que nous sommes focalisés sur les actes infirmiers. L'infirmier ne se résume pas à une personne qui preste des actes. Un infirmier a une démarche intellectuelle. Il est clair que ce n'est pas visible, parce que cela ne se codifie pas. Mais, en réalité, c'est plutôt cela qui nous manquait, car des bras à placer en soins intensifs, on en avait. On pouvait apprendre aux gens à poser certains actes. Mais leur apprendre la raison pour laquelle ils doivent poser certains actes demande une spécialisation. C'est là la faillite du système, puisque nous n'investissons plus dans les spécialisations. Ceux qui le font ne sont pas valorisés de manière adéquate. Du côté néerlandophone, pour le moment, les spécialisations ne sont même plus financées ni reconnues. Comment voulez-vous que, sur le terrain, l'on forme un volume de personnes suffisant que pour pallier l'activité en hausse.

Alors oui, on trouve des gens auxquels on donne des modules de formation, mais ils ne sont pas adéquats. C'est la raison pour laquelle nous nous retrouvons avec une mortalité accrue à certains endroits puisqu'ils n'ont ni les aptitudes ni les processus mentaux nécessaires pour pouvoir réagir adéquatement sur le terrain. C'est cela notre grosse problématique au quotidien.

Il faut vraiment investir sur la reconnaissance. Un infirmier qui fait une formation de quatre ans plus spécialisation, il fait une formation d'un total de cinq ans, ce qui est l'équivalent d'un *master* alors qu'il est reconnu comme bachelier à l'heure actuelle.

Comment est-ce que vous voulez que les gens se disent qu'ils vont investir cinq ans de leur vie dans une formation d'infirmier pour finir avec un diplôme reconnu comme bachelier et payé comme tel. La plupart des infirmiers ne parlent même pas d'argent. Si l'on veut de l'argent, ce métier n'est pas la bonne direction. Cela dit, la reconnaissance passe aussi par ces éléments. Il faut travailler sur ces possibilités.

Il a été question de *search capacity*: libérer une capacité supplémentaire. Vous pouvez très bien libérer une capacité supplémentaire pour 48 ou 72 heures. Mais le faire pour une période de six mois est totalement impossible dans les structures actuelles. Comment compense-t-on? On fait travailler les gens davantage. Ceux qui prestaient 1ETP (équivalent temps plein) en permanence

montent à 1,5 ETP, voire 2 ETP à certains moments de l'année. Il ne faut pas s'étonner qu'après cela, ils sont un peu fatigués.

En plus, on leur dit qu'ils ne pourront pas partir en vacances parce qu'il y a des problèmes. Ces gens qui ont besoin de se ressourcer, ne le peuvent pas. Toute cette dynamique fait effet boule de neige, à un moment donné.

Il n'y a donc pas de vraie solution. Si demain, vous me demandez comment faire pour que je puisse ouvrir plus de lits dans mon hôpital, je vous répondrai que je ne peux pas. En effet, il faudrait faire travailler des gens qui ne disposent pas de la formation nécessaire. Chez moi, nous avons pris du personnel des quartiers opératoires qui ont été admirables sur le terrain, mais qui n'ont pas les processus de pensée nécessaires pour prendre en charge les patients covid lourds. Résultat des courses, on se retrouve dans des situations où ils sont confrontés à leurs limites, ce qui génère chez eux plus de stress qu'autre chose. C'est vraiment sur ces aspects qu'il faut se focaliser.

On se focalise beaucoup sur le covid. J'ai entendu la question relative au non-covid. À l'heure actuelle, je ne dispose pas d'évaluation relative aux personnes décédées parce qu'elles ne sont pas venues à l'hôpital. Comme je peux le constater dans mes services d'urgence, les gens qui viennent ont des maladies chroniques décompensées. On aurait peut-être pu améliorer leur situation en deux ou trois jours alors qu'ils doivent maintenant faire de longs séjours parce qu'ils sont allés trop loin dans cette dynamique.

Par conséquent, bloquer une filière par rapport à l'autre est problématique, mais ne pas le faire nous empêche de prendre en charge les patients covid. Il y a donc tout un travail à faire en termes de prévention. En effet, si on considère la première ligne et l'hôpital, on ne peut pas dire que l'hôpital fonctionne en autarcie car ce n'est pas vrai. Nos collègues qui sont en première ligne peuvent empêcher certains patients d'arriver à l'hôpital, mais il faut leur donner les moyens de le faire. Pour ce qui nous concerne, nous pouvons travailler pour revalider une partie des patients que nous recevons dans les conditions les plus adéquates pour eux.

Je terminerai mon intervention en vous disant un petit mot sur l'attractivité. Adrien Dufour s'étendra peut-être un peu plus sur la question.

La Belgique n'est pas le seul pays à se poser des questions sur l'attractivité de la profession d'infirmier. Il suffit de regarder les publications aux États-Unis. Là-bas, il y a le concept d'hôpital

magnétique qui a fait que les Américains ont eu le même type de réflexion dans les années 80.

En Belgique, on essaie à chaque fois de réinventer le fil à couper le beurre. Résultat des courses: on est en train de procrastiner vis-à-vis des choses qui existent et qui sont validées comme étant nécessaires pour le milieu hospitalier et la profession d'infirmier. Malheureusement, cela n'avance pas.

Je ne peux donc qu'encourager à prendre en considération d'autres pays qui ont avancé dans le domaine. Cela n'empêche pas qu'aux États-Unis, ils sont aussi dépassés par les événements. Mais en termes d'attractivité de la profession d'infirmier, ils se situent probablement dans un autre espace que nous.

Adrien Dufour: Mesdames et messieurs les députés, plusieurs questions portaient sur la question de savoir quoi faire à court terme, voire à très court terme.

Si nous sommes confrontés à une troisième vague, je vous répondrai simplement de tenir compte du courrier que nous vous avons envoyé pour la deuxième vague. Il faudra commencer par cela. Car dans celui-ci, nous avons tout d'abord écrit d'envisager des mécanismes de compensation de la pénibilité à court terme, c'est-à-dire se positionner sur la défiscalisation des heures supplémentaires, le report éventuel de congés payés, soit faciliter tous ces mécanismes qui créent de l'incertitude, des réticences. Oui, on a parlé de la prime d'encouragement. Ce geste est appréciable, mais tout le monde a été surpris par le peu en salaire-poche. C'est la raison pour laquelle nous vous avons demandé de défiscaliser cette prime afin qu'elle puisse profiter pleinement aux personnes à qui elle est octroyée.

Je passerai la parole à Hendrik sur la question du secteur du domicile et les raisons pour lesquelles cette prime n'a pas été répercutée chez tout le monde. Clairement, il fallait aussi différencier le fait d'octroyer une prime uniquement liée à la deuxième vague. Car, que fait-on des personnes qui ont donné un coup de main et qui ont travaillé lors de la première vague? Quels sont les mécanismes de reconnaissance pour eux? Là aussi, nous pouvons nous poser la question de la pertinence de cette prime donnée sous cette forme-là.

Ensuite, nous avons écrit d'augmenter les mesures de soutien afin de mieux répartir la charge de travail. C'est clairement définir un plan de mobilisation globale de la force de travail infirmière.

Quelle est la cascade pour éviter de tomber dans des mécanismes de délégation? Comment renforcer un personnel logistique en cours de crise? Comment renforcer le personnel administratif? Comment permettre à l'infirmier de faire son travail d'infirmier durant une crise et revenir à l'essentiel de son job pour éviter des mécanismes de délégation? Mais clairement, on n'en veut pas! Il peut y avoir aussi des mécanismes de législation sociale comme des congés thématiques, des crédits-temps engendrés: si la personne cesse le travail, elle perd la tranche de congés entamés. Ce sont des détails mais cela met à mal la sécurité de la personne. S'il y a un mécanisme qui dit "boum", on met en pause ce congé thématique pendant que vous augmentez votre temps de travail pour revenir donner un coup de main durant la crise. C'est plus facile pour tous. Aujourd'hui, ce mécanisme en tant que tel n'existe pas.

En troisième lieu, il importe de faciliter le travail des étudiants. Le plafond a été revu mais dans une relation qui est gagnant-gagnant, où l'étudiant peut également continuer ses conditions d'apprentissage.

Quatrième point: on a parlé à plusieurs reprises du cadastre. Eh bien oui! Le fait de ne pas en avoir aujourd'hui est une véritable catastrophe. car quand bien même il y aurait des mécanismes de mobilisation, il faut pouvoir aller chercher les personnes où elles se trouvent. Qu'est-ce que les hôpitaux ont fait? Ils ont rappelé les pensionnés, les personnes qui avaient quitté l'hôpital pour une autre activité, etc. La Belgique se positionnait en ouvrant des registres de volontaires.

Cela montre bien qu'il n'y a aucune centralisation des données permettant de trouver qui est infirmier avec un visa et qui peut encore être actif? On a une donnée, mais rien de centralisé en cette matière.

Cinquièmement, il est écrit de faciliter l'entraide entre les secteurs. La mobilité d'un secteur à un autre n'est pas toujours évidente. Mme Lionnet en a parlé tout à l'heure. Certains infirmiers pouvaient travailler. On a dû les mettre en chômage temporaire parce que nous ne savions pas les mettre à disposition dans d'autres secteurs. C'est surprenant! C'est clairement diminuer la pression et ajuster l'offre de soins en fonction des possibilités, c'est-à-dire prendre des décisions rapides sur des éléments phasés. Le plan hospitalier prévoyait des phases 1A, 1B, 2A, 2B. Nous avons été trop loin avant de prendre des mesures fortes. Cela fait que la pression a été très importante tout en maintenant une activité élective qui a rendu les choses beaucoup plus compliquées par rapport à la première vague.

Sixièmement, il faut penser à des mécanismes qui, sur le court terme, sont très simples: pouvoir permettre aux personnes, quand elles quittent l'hôpital en temps de crise, de se dire: "Ok, j'ai tourné la page avec l'hôpital, mais j'ai peut-être des facilités qui m'attendent à domicile". On avait parlé de la mise à disposition des titres-services pour faciliter les repas. Cela n'a l'air de rien, mais quelqu'un qui a fait sa journée de douze heures en covid avec équipements (masques, tenues,...) et qui a peut-être bu deux fois et s'est rendu à la toilette une fois, arrivée chez elle n'a plus envie de commencer à cuisiner. Je défie quiconque. Surtout quand cela dure douze semaines. Car c'est bien de cette fatigue dont nous parlons.

Septièmement, c'est diminuer la part d'incertitude. Lorsqu'on dit ou promet quelque chose, il faut garantir ses promesses et aller jusqu'au bout. Il s'agit de ne pas faire des promesses qui s'envolent au mandat politique suivant. Soyons clairs sur la chose! Un exemple, les infirmiers titrés ont une obligation de maintenir soixante heures sur quatre ans et donc quinze heures tous les ans. La question se pose de savoir, en cas de défaut de prestation de mes quinze heures de formation, si je conserve mon titre ou pas. Nous avons dû interroger pour obtenir la réponse et nous l'avons reçue en début d'année 2021 seulement! Alors que la première vague s'est produite en mars! C'est la lenteur, la difficulté liée au fait de recevoir des réponses à des questions précises.

Huitièmement, il convient de limiter les donneurs d'ordres car à un moment donné, il y en a eu trop. Je reviendrai sur ce sujet, car, en effet, il y a une question.

En conclusion, à court terme, les choses sont claires: intégrer les infirmiers dans les prises de décision et renforcer leur rôle autonome dans l'apport aux besoins de santé.

Pourquoi? Parce que, oui, nous avons écrit pour faire partie du RAG, oui nous avons écrit pour faire partie des *task forces*, oui nous avons écrit pour faire partie de manière plus structurelle des groupes d'experts et autres. Nous avons écrit! Nous n'avons pas reçu de réponse! D'accord!?

Il est là aussi le débat important: nous avons été invités au groupe HTC avec la casquette "direction de départements infirmiers". Je pense que dans les trois ou quatre échanges que nous avons dû avoir avec ce groupe, il y a toujours eu une plus-value. Mais, en tant qu'invités, nous n'étions pas là de manière structurelle. C'était laissé au bon vouloir. Je pense qu'avoir des points de repères structurels est important. Avoir des points de repères avec la

profession. Communiquer avec 140 000 personnes est différent de communiquer avec dix mille. C'est là aussi où il faut vous rendre compte que lorsqu'on a 45 associations, on a une force de communication beaucoup plus claire, nette et rapide que ce que l'on pourrait rencontrer. C'est vraiment cela que nous avons mis en avant. Travailler ensemble permettra d'évoluer.

Je passe la parole à Hendrik afin qu'il vous touche un mot de la prime d'encouragement.

Hendrik Van Gansbeke: Nadat de COVID-19-aanmoedigingspremie voor de loontrekkende thuisverpleegkundigen nog voor Nieuwjaar geregeld werd, hebben we vandaag nieuws gekregen dat het verzekeringscomité van het RIZIV ook goedgekeurd dat de premie aan zelfstandige thuisverpleegkundigen wordt uitbetaald. Dat is dus in extremis in orde gebracht, waarvoor heel veel dank aan de administratie van het RIZIV om dat mee mogelijk te maken.

Hoe wordt de samenwerking tussen de woon-zorgcentra, de ziekenhuizen en de thuiszorg georganiseerd? In principe werkt de thuisverpleging in de reguliere zorg steeds zeer goed samen met de ziekenhuizen. Ongeveer 50 % van de eerste contacten met patiënten met thuisverpleging gebeurt steeds op voorschrift bij ontslag uit een ziekenhuis. Die contacten bestaan dus en hebben ook gewerkt tijdens de coronacrisis; alleen waren we niet zo structureel aanwezig in het overleg met overheid, administratie en de ziekenhuizen die in de crisiscel of in de taskforce zaten. We konden onze strategische adviezen dus niet op dat hoge niveau geven.

De woon-zorgcentra, dat is een ander verhaal. Theoretisch kunnen thuisverpleegkundigen wettelijk niets presteren in een woon-zorgcentrum, omdat de prestaties niet kunnen aangerekend worden ten gevolge van het feit dat de financiering van de zorg door de staatshervorming volledig bij de gemeenschappen ligt. Maar door de noodsituatie, met sterke personeelstekorten in de woon-zorgcentra, werden we wel, via overheden of de koepels van woon-zorgcentra en de ouderenzorg, gevraagd om hulp te bieden waar zich de grootste personeelstekorten voordeden.

We hebben dat kunnen doen door een akkoord van het RIZIV over de financiering ervan. De prestaties werden aangerekend aan de woon-zorgcentra. Op hun beurt hebben zij het betaalde bedrag kunnen recupereren bij de gemeenschappen en gewesten.

Het is duidelijk dat er op lange termijn toch over nagedacht moet worden in welke mate er nog voldoende verpleegkundigen beschikbaar zijn in

de woon-zorgcentra en hoe ze bij een sterke toename van de gezondheidsproblematiek in het woon-zorgcentrum extra hulp vanuit de thuisverpleging zouden moeten kunnen inschakelen. Dat lijkt me een issue dat op het niveau van het interfederaal overleg besproken moet worden. Het maakt deel uit van een staatshervorming.

Bijvoorbeeld, vele jaren geleden is de hulp van de thuisverpleging aan de MPI's, de huizen voor personen met een handicap, mogelijk gemaakt in heel concrete situaties. Dus denk ik dat er wel ideeën zijn om hiermee in de toekomst ook iets te doen.

In welke mate is er voorzien in een valorisatie van de verpleegkundige thuiszorg voor de geleverde inspanningen? Wij hebben als sector heel vroeg het signaal gegeven dat we onze patiënten in de reguliere zorg niet in de steek konden laten en dat we moesten zorgen voor continuïteit van dienstverlening met inschakeling van extra beschermende maatregelen, extra beschermingsmateriaal, terwijl we zeker aan het begin van de crisis zelf veel extra investeringen hebben moeten doen. In die periode is er ook een mechanisme uitgewerkt om voor de thuisverpleging in een extra vergoeding te voorzien voor beschermingsmateriaal en –maatregelen. Het gaat immers niet enkel over de kosten van het materiaal, maar nog veel meer over extra tijdsinvestering, zodat bij elke patiënt enkele minuten extra kunnen besteed worden om hem te informeren en gerust te stellen, om het materiaal goed te gebruiken en de patiënt toelichting te geven over hoe hij zelf met beschermingsmateriaal moet omgaan en hoe de andere leden van zijn familie ook respect moeten tonen voor de veiligheidsmaatregelen.

Dat is ondertussen aangepast. In de beginsituatie hadden we heel wat extra kosten. Vanaf 1 september 2020 werd de regeling aangepast, vergelijkbaar met het regulier vergoedingssysteem dat voor alle gezondheidszorgberoepen geldig is. Dat betekent ook een reductie in kosten voor de overheid van ongeveer 33 %. Maar het blijft nog steeds een zeer billijke extra vergoeding, een valorisatie voor de gedane inspanningen.

Ten slotte was er ook nog een vraag over de vertegenwoordiging van verpleegkundigen en thuisverpleegkundigen in diverse taskforces of federale overlegorganen en overlegorganen in de gemeenschappen en gewesten. We stellen vast dat thuisverpleegkundigen vrij makkelijk gecontacteerd werden om in de gemeenschappen en gewesten mee te kijken naar de manier waarop de thuiszorg georganiseerd zou worden, hoe de

woon-zorgcentra geholpen zouden worden, hoe de thuisverpleging mee kon helpen in de triagecentra om de staalafnames te doen samen met de huisartsen. Vandaag bereidt men ook het inzetten van thuisverpleegkundigen in de vaccinatiecentra voor.

Op het federale niveau hebben we de indruk dat we zeker niet systematisch en gestructureerd worden uitgenodigd. Dat gebeurde eerder occasioneel, bijvoorbeeld toen men de toelevering van het beschermingsmateriaal en de chirurgische mondmaskers en toen men de verdeling van de strategische stock voor de thuisverpleging wilde organiseren. Voor de rest zijn we eigenlijk niet zo systematisch op het federale niveau gecontacteerd. Ik heb vastgesteld dat dat ook het geval is voor de verpleegkundigen in het algemeen.

Zo, dat zijn alle extra antwoorden, die ik nog wilde geven.

Adrien Dufour: De nombreuses questions portaient sur la santé mentale. Parmi nos recommandations, la première chose à faire pour éviter tout problème de santé mentale est de sécuriser les personnes, ainsi que Philippe et Yves l'ont souligné. Il est fondamental de veiller à disposer de matériel et de médicaments adéquats en suffisance. Si vous allez au front sans armure ou sans éléments de sécurité, personne ne sera serein dans cette prise en charge. Donc, vraiment, le matériel, les médicaments adéquats, qualité, conformité, suffisance. Ainsi, des discussions se sont tenues sur l'oxygène, notamment, et je ne vous souhaite vraiment pas de vous retrouver confronté à un patient qui éprouve des difficultés à respirer et qui manque d'oxygène alors que vous n'en avez pas.

Le deuxième aspect est la charge émotionnelle. Lorsqu'on évoque cet aspect, il est fondamental de bien dissocier les plans institutionnel et individuel. De nombreuses initiatives ont été prises, telles que des lignes de contact avec des psychologues. Même si ces lignes ont prouvé leur efficacité, elles ne remplaceront jamais le contact avec le professionnel de la santé qui prend la température, qui voit la personne et constate son état.

Il est vrai que nous favorisons un soutien psychologique dans tous les secteurs et sous deux principales formes. La première est le débriefing en équipe, accompagné par un professionnel sur la base d'intervisions sur la gestion de la crise, sur la perte potentielle de points de repère et sur l'accompagnement au changement, la prise de nouvelles responsabilités. Ainsi, certaines personnes se sont retrouvées à la tête d'équipes

covid-19 après avoir vu tous leurs points de repère bouleversés.

L'autre forme de soutien est le débriefing individuel. À cet égard, il est impératif d'offrir aux chefs d'équipe et aux personnes individuelles les moyens nécessaires à la mise en place de politiques de formation à la sortie de crise, à moyen et à long termes. Il faut outiller les managers et les gestionnaires et assurer un accompagnement par les métiers du travail, en collaboration avec les directions et les responsables d'équipes. Nous devons garantir une politique forte en matière de prévention du *burnout* et de gestion du stress et des patients exigeants.

Beaucoup ont signalé avoir eu du mal à réintégrer leur unité conventionnelle après le covid-19, parce qu'ils avaient retrouvé sens dans la gestion des patients "vraiment malades". Il faut arrêter de trop mesurer mais plutôt mesurer efficacement. Faire des études tous les mois n'a n'aucun sens et ne changera rien au constat.

Définissons un plan qui reflète une force de suivi, avec un groupe de travail infirmier transversal qui permet un suivi annuel, afin de voir si les actions mises en place permettent d'aller de l'avant, de faire évoluer la situation, afin de mener des campagnes de sensibilisation au burn-out et de promouvoir un mode de vie sain.

Par la suite, nous aborderons des éléments - toujours liés à la charge mentale - tels que la sécurité de l'emploi, la gestion des horaires ou la clarté de la communication. On a évoqué dans les médias les débats contradictoires entre experts et représentants du monde politique. Ces débats ne sont pas positifs car ils ont pour effet d'accroître l'insécurité. Il est important d'arriver à communiquer des perspectives positives à moyen et à long termes par la concrétisation d'éléments de décision. Cela doit être le cas vis-à-vis des étudiants, mais aussi des professionnels.

Les perspectives positives génèrent une image positive et il est temps que nous rendions une image positive de la profession. Ainsi, les jeunes de quatrième ou cinquième secondaire qui regardaient "les mardis des blouses blanches" à la télévision en mai 2019 voyaient une infirmière pleurer face aux caméras. Un an plus tard, on ne voit plus une mais plusieurs infirmières en pleurs, parce que confrontées à la crise du covid-19. Quelle est dès lors être l'image positive de la profession qui incitera les jeunes à se diriger vers ces métiers? Pour améliorer cette image, il faut agir sur la charge mentale de manière plus concrète et plus ciblée à différents égards.

Parmi les autres aspects évoqués figurent également le positionnement sur le Fonds blouses blanches et la concertation sociale. De nombreuses questions ont été soulevées à ce sujet. Certains se sont demandé si les normes actuelles étaient encore valables – on parlait de l'encadrement de nuit - et quelles pourraient être les propositions concrètes à ce niveau. La proposition concrète peut être simple mais très large: revoir et repenser le système de soins ainsi que les normes d'encadrement.

Une telle révision pose la question de la place de l'infirmier au sein du système de santé. Un infirmier est actuellement formé en quatre ans. Quelle est sa place dans le système de santé par rapport à la formation qu'il a suivie? Arrêtons tous ces débats! Mettons-les à plat une bonne fois pour toutes et remettons-nous dans une perspective avec les différents niveaux de certification (niveau 4, niveau 5, niveau 6)! Allons-y!

Aujourd'hui, il est temps d'agir en ce sens et cela permettra aussi de revoir ces normes d'encadrement. Je rejoins Mme Fonck. Si on regarde le Fonds blouses blanches, c'est très bien, on va potentiellement augmenter l'encadrement d'unités d'un équivalent temps plein par unité. Je dis bien "potentiellement".

Et la nuit, que fait-on? Si on retrouve l'étude du KCE, elle parle également de la nuit. Ne faut-il pas renforcer l'équipe de nuit? Oui, bien entendu! Au moyen d'équipes mobiles - pourquoi pas? - mais pas uniquement parce que certains services comme la gériatrie ou les services de médecine oncologique, qui ont des profils très lourds, doivent être renforcés, appuyés et doublés. C'est fondamental et l'étude du KCE est un très bon point de repère par rapport à cela.

On possède, en Belgique, une étude qui montre réellement les tendances vers lesquelles il faut s'orienter. L'étude est enviée par beaucoup de pays. Mettons en application et monitorons l'évolution! Ne nous laissons plus traîner! Il ne faut plus s'égarer pendant dix ou quinze ans! Il faut suivre l'évolution. Les soins de santé évoluent. Mettons en place un organisme de suivi de l'évolution de ces soins de santé! Vraiment! Avec une telle logique, nous n'aurions pas été en difficulté avec la partie covid-19. Tout simplement.

Si on parle de concertation sociale, de Fonds blouses blanches et autres, la question a certainement été posée quant au budget. Il y a eu un budget récurrent d'un milliard d'euros annuel. C'est génial. C'est très bien. La vraie question n'est pas de se demander si c'est suffisant ou pas, la vraie question est de savoir comment l'utiliser et

l'utiliser à bon escient?

La réponse va dépendre de ce que les gens vont en faire. Il faut que cela amène des mesures concrètes. Si je prends le Fonds blouses blanches, les mécanismes de contrôle qui sont mis en place sont très intéressants. Il faudra pouvoir les faire appliquer et les surveiller. Cela, c'est moins sûr.

Je vais prendre un exemple parallèle. Si on prend l'IFIC, indépendamment du système pour lequel, pour moi, il y a très certainement encore des éléments à faire évoluer, qui s'occupe de veiller à ce que les personnes aient été mises dans la bonne catégorie? Aujourd'hui, il n'y a pas de contrôle au niveau de l'IFIC.

Cela ne sert à rien de penser un système pour lequel il faut mettre en place des contrôles. Il faut des contrôles effectifs. C'est un fait certain.

Au-delà de ce Fonds blouses blanches, des accords sociaux et autres, il faut considérer les délais dans les projets qui seront définis et dans l'évolution. Par exemple, si je prends l'annonce du montant du Fonds blouses blanches pour 2020, les hôpitaux ont reçu l'annonce quand? Fin d'année 2020!

Comment voulez-vous donner à une structure la capacité de se retourner avec un montant connu en fin d'année. Oui, il y a des réponses aux questions, des choses peuvent être réalisées, mais tout cela doit être connu dès le début d'année. C'est début 2021 qu'on doit connaître son budget Fonds blouses blanches pour l'année 2021. Ce n'est pas en décembre 2021 qu'on doit connaître son budget rétrospectif.

Dans tout cela, il y a clairement des normes assurant la qualité des soins dans tous les secteurs, la révision et – je rejoins les propos de Mme Fonck – le financement d'une différenciation de fonctions équitable, qui se pose bien sur l'employabilité et sur l'évolution des soins de santé. On ne dira jamais assez combien l'employabilité est importante et combien il importe de mettre en place des systèmes qui tiennent compte de tous les impératifs auxquels les structures doivent répondre.

On peut avoir des normes et un système de financement ou salarial qui ne sont pas vraiment en cohérence. Cela va poser un problème sur la pratique de terrain.

Et on l'a déjà évoqué, il faut bien sûr du temps, du matériel, de la valorisation pour une pratique de qualité et une qualité de vie au travail, ainsi que la reconnaissance de la pénibilité de la profession

infirmière.

Attention, certaines choses ont déjà été évoquées en mai ou en juin. Les équipes, les collaborateurs, les infirmiers sont en attente de réponses par rapport à cela. Aujourd'hui, il n'y a plus de réponse par rapport à cette pénibilité pour laquelle des messages ont été envoyés publiquement, comme "nous allons vous reconnaître", "nous allons faire les démarches".

Une des conditions de la réussite de la troisième vague, s'il y en a une, c'est la confiance que vont donner les soignants dans le système. Celle-ci peut s'acquérir grâce à vous. On va revenir sur des éléments qui ont été cités dans le memorandum. Aujourd'hui, la Belgique recèle d'études. Mettons-les en application et avançons!

Je souris quand j'entends la crainte de licenciements en milieu hospitalier, comme on peut la retrouver en maisons de repos et de soins. J'ai entendu parler de cela. J'avoue que cela fait froid dans le dos, mais très honnêtement, je ne pense pas que nous allons être confrontés à cette problématique. Par contre, dans la mise en application du Fonds blouses blanches, il va falloir se lever tôt pour engager les ressources nécessaires en vue d'ajouter au moins un équivalent temps plein dans chaque unité. Mais c'est très bien, c'est un bon challenge!

Concernant les différences entre la première et la deuxième vague, certains points ont fait l'objet d'améliorations, d'autres sont restés quasi similaires: la planification d'urgence, la gestion par le réseau hospitalier, les communications parfois dissonantes. Par contre, les équipes et les structures déjà rodées par rapport à la première vague avaient déjà développé des mécanismes.

Tout le set de connaissances liées aux procédures, au fait de manipuler des équipements et de s'organiser, tout cela était déjà acquis. Aujourd'hui, il est donc fondamental, dans cette deuxième vague, et peut-être à la veille d'une troisième vague ou d'un rebond, de consolider toute cette connaissance, tous ces éléments qui vont nous permettre de mieux réagir. Ce qui a été mis en place pour le covid-19 peut se mettre en place pour toutes les épidémies.

Il s'agit de développer des capacités réflexes. De nouveau, je vais rebondir sur ce que Mme Fonck disait et ce que Hendrik a aussi cité: peut-on améliorer les liens entre les structures hospitalières et les autres secteurs comme la première ligne, les MRS, les centres pour personnes porteuses de handicap et autres. C'est fondamental.

Donnons cette possibilité! Aujourd'hui, il existe des mécanismes comme la liaison externe gériatrique qui permet à un hôpital d'être en lien avec différentes maisons de repos et de soins. Cela se transforme peut-être en deux réunions par an, qui sont des obligations. Travaillons ce lien pour que demain, les structures puissent vraiment être des actrices dans l'ensemble de la prise en charge des patients.

Les mécanismes existent. Donnons-leur de la force! La liaison externe gériatrique est très importante, bien sûr. Pour la première vague comme pour la deuxième vague, la communication doit être claire et cohérente.

Si des comités de concertation se réunissent toutes les semaines ou tous les dix jours, il faut qu'au lendemain de cette réunion, les mesures qui ont été expliquées la veille soient les mêmes. Elles ne doivent pas être laissées à l'idée de celui qui réexplique la norme.

On parle en ce moment des masques FFP2. Avant cela, c'était les frottis. Encore avant, c'était les vaccins. Toutes les semaines, il y a un buzz et un contre-buzz. Ce n'est pas possible. Il y a des efforts d'amélioration, bien sûr. Mais gardons une communication claire, cohérente et précise!

La **présidente**: Excusez-moi monsieur, je vais vous demander de conclure car vous avez déjà dépassé votre temps de parole

Adrien Dufour: Je suis désolé, madame la présidente, le sujet est passionnant. Le seul message que j'aurais à vous communiquer pour clore, c'est que nous restons disponibles. N'hésitez pas à nous contacter pour que nous puissions continuer à vous aider et à vous accompagner dans toutes ces démarches! Clairement, l'un sans l'autre, nous n'irons pas bien loin. Tout simplement. Merci à vous.

La **présidente**: Merci, monsieur Dufour, pour vos réponses. La parole est à présent aux syndicats.

Gert Van Hees: Mijn collega's zullen mijn bedenkingen ongetwijfeld aanvullen, maar de vaststelling die heel erg tot uiting komt in deze crisis is dat we een zeer complex land zijn. De jongste staatshervorming heeft die situatie ook niet verbeterd. Negen bevoegde ministers komen de heldere communicatie tijdens zo'n crisis natuurlijk niet ten goede. Ik denk dat dat een belangrijke les moet zijn en ik merk toch, misschien nog meer in Vlaanderen dan in Wallonië, maar dat weet ik niet, aangezien ook de pers in dit land verdeeld is, dat er sinds de tweede golf en de nieuwe regering toch wat stabiliteit is gekomen en dat er minstens

overleg wordt gepleegd op de verschillende niveaus, in een poging om alle boodschappen op een unisono wijze de wereld in te sturen.

Bij het begin van de crisis was vooral het federale luik, met de ziekenhuizen, heel erg in de crisiscommunicatie aanwezig, maar van zodra er vijf miljoen mondmaskers landden op de ene of andere tarmac, stelden mensen in andere settings, die niet worden aangestuurd door het federale niveau, meteen de vraag: "en wij?" Idem dito met het uitvinden van aanmoedigingspremies, die natuurlijk zeer welkom waren voor het personeel. Wij hadden al informatie over de structurele investeringen en die extra aanmoediging was dus welkom, maar opnieuw: de diversiteit aan bevoegdheden heeft toch wel wat reacties opgewekt. De mailboxen van alle vakbonden waren overstelpt met reacties van al diegenen die niets hadden gekregen of waarin de aankondiging één doelgroep viseerde en alle anderen werden vergeten. Ik vind dat we daaruit toch belangrijke lessen kunnen trekken op alle niveaus. Ook al is ons land complex, moeten we toch uitkijken dat we, als we iets doen voor de ene, we ook de andere niet mogen uit het oog verliezen. Dat lijkt me een belangrijke boodschap.

De vragen over de aanmoedigingspremie had ik niet vermeld in de mededeling rond het sociale akkoord, behoudens dat wij dat niet wilden. Dat was in het begin van de crisis of in het begin van ons sociale overleg. Gelukkig hebben we akkoorden bereikt die in structurele oplossingen voorzien. Uiteraard is het zo dat onze gesprekspartner op een bepaald ogenblik ook helemaal overrompeld werd door het crisisbeheer en minder tijd had voor het overleg en om al die zaken al te plannen.

Wij hebben ook gewacht tot niet zo lang geleden. Het eerste wat minister Vandenbroucke deed is het aankondigen van die aanmoedigingspremie, wat opnieuw geleid heeft tot een hele reeks overleg, ook voor ons. Die premies zijn inderdaad een signaal van waardering, maar als het resultaat van één aankondiging op één centraal niveau, voor één groep, namelijk de ziekenhuizen, meteen aanleiding geeft tot heel wat ongenoegen bij alle anderen, dan zit je natuurlijk met een probleem op het vlak van communicatie.

Gelukkig hebben wij op het federale niveau, zoals Hendrik daarstraks al zei, zelf beschikking kunnen nemen over de middelen van het fonds voor het zorgpersoneel, die bestemd waren voor de thuisverpleging. We hebben de toelating gekregen om die te gebruiken voor de loontrekkende thuisverpleging. Er zijn echter nog andere groepen die niets hebben ontvangen of die niets zullen

ontvangen. Er is gewoon niets voor voorzien in de financiering, denk maar aan de ziekenwagens, de laboratoria enzovoort. Het ging enkel om de ziekenhuizen, en is daarna uitgebreid met de thuisverpleging.

Van de consumptiecheques, de tweede maatregel die genomen is, en uiteraard ook welkom was, hebben gelukkig alle sectoren uit het federale sociale akkoord kunnen genieten. Er is ook toen een debat ontstaan, met de Vlaamse regering, bijvoorbeeld, omdat zij helemaal geen premies wilde op dat vlak, terwijl het personeel dit wel verwachtte, ook in de rusthuizen en andere zorginstellingen.

Ik geef deze voorbeelden om aan te tonen dat we toch in een zeer complex land leven. Daar moeten we echt lessen uit trekken. De vakbonden hebben daar een globaal zicht over, maar het is bijzonder complex om op alle niveaus tegelijkertijd de juiste maatregelen te nemen.

Wat het fonds voor het zorgpersoneel betreft, is het idem dito. Dat is tot stand gekomen met een alternatieve meerderheid, die gelukkig is ontstaan op het ogenblik dat wij als vakbonden het akkoord van 2017 nog probeerden uit te voeren. Het waren de laatste loodjes, en we waren niet tot dezelfde conclusies gekomen als de werkgevers. We hebben dan ook een actie ondernomen op 24 oktober 2019. Toen hebben jullie een beslissing genomen die ook nu nog geldt en die zorgt voor een input van extra personeel. Dat is een belangrijk gegeven. We hebben ze intussen ook voor 2020 al zien passeren maar helaas in de helft van het jaar, waardoor er wat tijd verloren is gegaan. Ook dat heeft echter alles te maken met de crisis die we toen doormaakten en de moeilijkheid die we ondervonden om een gesprekspartner te vinden binnen de regering op het moment van de crisis, of tijdens een regering in lopende zaken, of de regering die met volmachten werkte.

We kunnen er telkens op blijven terugkomen.

Eén van de middelen waarin was voorzien, was bijvoorbeeld die 11,7 miljoen euro voor psychologische ondersteuning, ook voor het jaar 2020. Op dit moment heeft niemand van ons een zicht op wat daarmee gebeurd is. Dat bedrag van 11,7 miljoen euro was een eenmalig bedrag. Ik hoop dat de ziekenhuizen het ook effectief hebben gebruikt voor psychologische ondersteuning. Dat zal moeten blijken uit de rapportering in dat verband.

Alles heeft te maken met de tijdstippen. Ik denk dat we op dat punt ook vooral naar de toekomst moeten kijken, waarvoor de middelen er zijn. Ik

denk dat we ondertussen in een stadium zitten waarin we conclusies kunnen trekken, samen met de werkgevers en met de regering, om na te gaan hoe die middelen kunnen worden ingezet ten gunste van het personeel, denk maar een de maatregel voor één extra per afdeling. Er moet nog worden gedebatteerd over hoe dat precies moet gebeuren. Welke rol speelt het sociale overleg daarin? Zijn er mogelijkheden om globale richtlijnen op te stellen? Dit moet zo snel mogelijk gebeuren, met het oog op de toekomst. Het verleden is wat het is. Het was een zeer moeilijk jaar en er zullen nog wat controles moeten gebeuren, maar die zullen ons niet vooruithelpen met structurele oplossingen. Ik denk dat we op dat vlak met z'n allen moeten uitzoeken hoe we de situatie het beste aanpakken.

Wat de mondkmaskers en het andere materiaal betreft, de crisis duurt lang en niemand was erop voorbereid. Helaas hebben we in het begin heel wat moeilijkheden gehad op dat vlak. Ik denk dat de situatie intussen wel onder controle is. Als de crisis voorbij is, hoop ik toch dat er lessen worden getrokken en dat er ook op dat gebied enige coördinatie komt, en dat het niet ieder voor zich is op een bepaald ogenblik, maar dat we moeten uitzoeken hoe we kunnen samenwerken om het best mogelijke materiaal ter bestrijding van dit soort virus ter beschikking te krijgen. De vraag is dan waar dat moet worden opgeslagen. Ook het transport moet gebeuren. Ik vermoed dat het beter is om al die zaken zo dicht mogelijk bij de werkvloer te bewaren en dat het niet voldoende is om enkel rekening te houden met de ziekenhuizen, maar ook met alle andere mogelijke settings waar de situatie zich kan voordoen.

Ik wil nog even terugkomen op wat de collega's van de beroepsorganisaties zeggen over de opleiding enzovoort. Uiteraard is kwaliteit belangrijk. Alle zorgberoepen zijn in een wetgevend kader gegoten. Opleiding is zeker noodzakelijk. Toch wil ik waarschuwen voor het gevaar van de HBO5 verpleegkunde niet meer als filiërichting verpleegkunde te beschouwen. Dat zou volgens mij een zware fout zijn. Ik zeg niet dat de opleiding niet moet aangepast worden aan de huidige normen, maar het zou een zware fout zijn, zeker in Vlaanderen, als deze opleiding zou verdwijnen. Dan kijken we aan tegen een nog groter tekort. Het is maar de vraag of er dan voldoende andere mensen in de bacheloropleiding terecht komen.

Wat de verloning betreft en of we daar beter mee kunnen omgaan, hebben we er in ons systeem, IFIC, uitdrukkelijk voor gekozen om de jongere lonen te verhogen in het verloningsmodel. Dat resulteert in een grotere opslag voor de jongeren dan voor de ouderen. Er is wel wat kritiek geweest

van gespecialiseerde verpleegkundigen, waar we uiteraard ook naar geluisterd hebben. We hebben dit ook expliciet laten opnemen in het overleg met de overheid in een tripartiete werkgroep die zich met name over de vraag hoe ermee om te gaan moet buigen. Hoe gaan we met de gespecialiseerde verpleegkunde om? Welke zijn de specialismen die we wensen? Moet de lijst dezelfde blijven? Die vragen leven ook bij de belangenverenigingen en zijn ook gesteld bij de Federale Raad voor Verpleegkunde.

Dat overleg heeft volgens mij zeker nog zijn nut, naast IFIC, om te kijken hoe we daar verder mee kunnen omgaan, welke richting we willen uitgaan. Gebeurt dit los van IFIC of in IFIC, dat is een debat dat zeker nog moet gevoerd worden.

Daar zal ik het voorlopig bij laten. Misschien willen de collega's nog verder aanvullen.

Nathalie Lionnet: Aujourd'hui, on se demande ce qu'on peut faire. On parle souvent de minuit moins deux. J'ai envie de vous dire qu'il est minuit plus deux. On tire sur la corde depuis des années et maintenant, la corde, l'élastique est cassé, à force d'être tendu par un système qui lui-même a généré l'appauvrissement des institutions et l'épuisement des travailleurs.

Il faut savoir que depuis des années, on compare la performance des hôpitaux entre eux. On doit chaque fois augmenter sa productivité pour garantir son financement. On est entré dans une véritable spirale où continuer comme cela, en tout cas, n'est plus possible. Ce sera la faillite du système.

Il y a trente ans, lorsque vous aviez trente patients dans vos services, leurs profils étaient extrêmement différents. Vous aviez des patients qui étaient en situation aiguë, des patients stabilisés, des patients qui venaient pour des examens, qui occupaient un lit. Cela permettait d'avoir un tampon. Je ne dis pas qu'il faut revenir à cela, mais cela veut dire que depuis trente ans, c'est toujours un infirmier, qui, la nuit, assure la prise en charge de trente patients, hormis le fait que, dans les trente patients que nous avons aujourd'hui, il n'y a plus de gens qui sont hospitalisés pour un simple examen, pour une gastroscopie, par exemple. Il n'y a plus de patients présents pour une intervention légère. Cela a lieu à l'hôpital de jour. Dans les lits, vous avez des patients à haute intensité de soins.

C'est notre réalité. Aujourd'hui, il n'est plus possible d'améliorer le système si on n'y remet pas des ressources. Ce n'est pas possible de continuer si on n'adapte pas la demande en termes de charge

de travail. Vous ne pouvez pas demander à des travailleurs de réaliser 200 % des tâches si vous n'avez donné des moyens que pour 100 % des tâches.

À un moment donné, le patient paie. Et maintenant, nous sommes probablement arrivés à un stade où ce sont à la fois les travailleurs et les patients qui paient.

On a trop de gens qui quittent le boulot sans le plaisir de se dire: "Ouf! C'était dur, mais on a bien bossé. On a mis tous nos patients en sécurité et en qualité." Aujourd'hui, vous avez des travailleurs de tous les métiers – parce qu'il ne faut pas croire qu'il n'y a que les infirmiers qui ont cette vision de l'absence de qualité de travail, il y a aussi des techniciennes de surface – qui sont parfois dégoûtés des conditions dans lesquelles ils ont dû exercer leur travail; cela va tellement vite qu'ils ne peuvent pas respecter l'ensemble des processus.

Vous avez des gens qui rentrent dans leur voiture et qui s'effondrent en se disant: "Je me dégoûte moi-même de travailler dans ces conditions".

Pour nous, on n'aura des solutions que si on est prêt à investir massivement pour atteindre les objectifs de qualité dont tout le monde parle. Tout le monde a l'air d'être d'accord que cette exigence des citoyens de bénéficier des soins de qualité est légitime. Si on estime que c'est légitime, on doit s'en donner les moyens, mais on ne peut plus compter sur les travailleurs comme variable d'ajustement.

Ils ont tout donné et ils ne savent plus donner. Aujourd'hui, c'est cela, la responsabilité politique. On doit tout faire pour éviter une troisième vague parce que je ne pense pas qu'aujourd'hui les collectifs soient capables de la supporter.

En ce qui concerne les heures supplémentaires, effectivement, dans les hôpitaux, on a pu se concerter avec les employeurs pour dégager des directives communes afin d'essayer de gérer au mieux la situation. On a travaillé la question des heures supplémentaires et du report des congés. Il y a d'autres secteurs où cela n'a pas été possible. Vous devez savoir que dans le secteur des maisons de repos notamment, vous avez des gens qui ont fait dix-huit ou dix-neuf heures de prestations continues. Ils ne pouvaient pas fermer la porte car ils étaient les seuls soignants encore présents. Quand on essayait de trouver des collègues pour venir les remplacer, c'était impossible. L'enjeu se trouve véritablement là. Si on veut encore garder des professionnels de la santé, tous métiers confondus, il est temps de faire un virage à 180 degrés.

Concernant les étudiants, je me dis que cela fait longtemps qu'on est hypocrite avec eux. Il faut arrêter cela. Combien de fois, dans les horaires, lorsqu'il manque un travailleur et que l'on interpelle la direction infirmière pour avoir de l'aide de l'équipe mobile, on ne répond pas à l'infirmier présent sur le terrain, "mais tu as trois étudiants". Aujourd'hui, on trouve cela dommage qu'on n'ait même pas veillé à l'enseignement des étudiants en période covid-19. Il faut atterrir! Cela fait bien longtemps que finalement, nous avons failli à notre devoir de transmission du savoir. Il y a bien longtemps que les étudiants sont la variable d'ajustement.

Pendant la crise covid-19, quand on s'est retrouvé avec de vraies difficultés professionnelles, on s'est dit qu'on devait arrêter l'hypocrisie. Nous avons fait des propositions puisque nous avons besoin de ressources et qu'aucun de nous n'a vécu cette période d'apprentissage extraordinaire qui était de vivre une pandémie – aucun de nous n'a vécu cette expérience quand il a été diplômé à la fin de ses études.

Nous nous sommes dit: "Pourquoi ne pas proposer de neutraliser pendant quatre à huit semaines les cours des étudiants infirmiers de 3^e ou de 4^e année?". Les étudiants en psychologie, les étudiants assistants sociaux, les étudiants en médecine... Tous ces étudiants souffrent aujourd'hui parce qu'ils n'ont pas la possibilité d'exercer leur emploi et parce qu'ils subissent la charge que représente leur formation. N'oublions pas que de nombreux étudiants des hautes écoles ou de l'université doivent travailler pour payer leurs études, souvent dans le secteur de l'horeca. Avec la crise sanitaire, ils se sont retrouvés extrêmement démunis. Bon nombre d'entre eux doivent même recourir à des repas à un euro, à défaut de pouvoir joindre les deux bouts.

Nous avons essayé de faire passer l'idée auprès des ministres de l'Enseignement et de les inciter à consentir un effort à l'échelle nationale. Certains étudiants ont trois ou quatre ans de formation derrière eux et pourraient dès lors rapidement proposer un soutien. L'idée était de les payer, de leur offrir une bouée de sauvetage, car ce sont nos futurs collègues, qui seront diplômés en juin et que nous attendons impatiemment.

Nous demandions tout simplement aux ministres de l'Enseignement de bien vouloir reconnaître cette période de travail comme pouvant être valorisée en tant que stage, pour autant qu'il y ait un travail avec les infirmiers et les professeurs sur l'adaptation des dispositifs dans le milieu de travail en période de pandémie. Je regrette vraiment que

nous n'ayons pas été capables de le faire, car cela aurait permis aux étudiants d'avoir un semblant de vie normale et de disposer de moyens financiers, tout en servant le terrain.

On nous a néanmoins répondu que ce n'était pas possible car cela mettrait en péril leur formation. Je pense qu'à un moment donné, il faut aller jusqu'au bout de nos raisonnements et investir massivement pour que nos jeunes soient accompagnés par des collègues, qu'ils soient aides-soignants ou infirmiers, qui ne sont pas complètement épuisés et qui ne voient pas l'accompagnement comme une charge supplémentaire.

Ce que nous demandions – telle était également une des questions sur les moyens financiers du Fonds "blouses blanches" –, c'était de favoriser le soutien des jeunes qui sont nos collègues de demain tout en réfléchissant à cette transmission. En effet, on oublie souvent que chaque fois qu'un infirmier formé – celui qui a atteint la maturité professionnelle – s'en va, c'est une expertise qui s'en va, une expertise précieuse que le jeune n'a pas le temps d'appréhender.

Soyons attentifs à cela. Ces jeunes ne sont pas des variables d'ajustement, ce ne sont pas des bras faciles. Ce problème doit nous interpeller: quelle image donnons-nous du secteur lorsqu'on voit nos jeunes en formation aussi abîmés? Les jeunes d'aujourd'hui ne sont pas moins militants ou moins investis qu'auparavant. Ils ont envie de s'impliquer dans la société, mais quand ils voient les conditions dans lesquelles le métier des soins doit être exercé, que font-ils? Ils se disent qu'ils vont trouver un chouette boulot qui leur permettra de s'investir, d'être correctement rétribués et de vivre leur aspiration sociétale autrement dans le bénévolat.

Nous pensons qu'il est possible, aujourd'hui, de définir les conditions pour que les citoyens puissent à la fois gagner leur vie et être fiers du temps qu'ils ont investi en faveur de la société. Tel est peut-être l'un de nos plus grands défis. Arrêtons de compter sur la bonne volonté. La bonne volonté, c'est fini. En tant que politiques, nous nous devons de garantir des soins de qualité et faire en sorte que chaque citoyen soit correctement pris en charge et que chaque euro soit utilisé à bon escient, car il s'agit en fin de compte de l'argent de la Sécurité sociale, et donc de l'argent de tous.

L'idée n'est pas de faire ou de financer n'importe quoi mais de revoir le modèle, à défaut de quoi nous irons droit dans le mur, et aucun miracle ne se produira. Aujourd'hui, c'est ce sentiment d'horizon infranchissable qui fait que les citoyens

se sentent tellement démunis. Lorsque des collègues me disent qu'ils refusent de voir leurs enfants devenir infirmiers, cela me fait mal, car notre métier, nous l'avons choisi. Tous nos délégués se sont battus de manière extraordinaire, et on n'en parle pas assez. Nombre de nos délégués se sont battus au quotidien pour remplir non seulement leur mission d'infirmier mais aussi leur mission de soutien des collègues. Eux aussi méritent une attention particulière, car je pense qu'ils vont payer un lourd tribut à cette crise sanitaire.

Quand on parle de la charge psychosociale et de la santé mentale, n'oublions jamais qu'on ne peut pas réparer ou accompagner sans adapter l'organisation du travail, afin que ce temps de réparation accordé légitimement à certains ne se traduise pas par un accroissement de l'intensité du travail pour les autres.

Autrement dit, le traitement du burn-out passera par un investissement en moyens humains afin de suppléer l'absence des travailleurs qui devront se "réparer". Lorsque je vois la difficulté à laquelle nous sommes confrontés en commission paritaire pour obtenir le droit, pour chaque travailleur, à un jour de formation individuelle, je ne suis pas très rassurée sur la question de la gestion de la charge mentale dans nos institutions.

Yves Hellendorff: Je vais essayer d'être bref, tout en balisant, car le nombre de questions est important et je ne veux surtout pas monopoliser la parole.

Pour ce qui concerne le matériel, il nous revient qu'il se pose un problème au niveau des gants. La qualité des gants est très mauvaise et l'approvisionnement pose des difficultés. Tel est en tout cas le retour que nous avons eu du terrain la semaine dernière. Je ne sais pas si des solutions ont été trouvées entre-temps, mais c'est certainement le cas dans le secteur des soins à domicile et dans une série d'institutions, de maisons de repos et dans certains hôpitaux.

Il se pose également des problèmes de taille des gants. On sait en effet qu'un gant ne va pas à toutes les mains, et certaines tailles viennent à manquer.

En ce qui concerne la question de la médecine du travail et des seringues d'1 ml...

Nathalie Lionnet: On regretterait parfois d'expliquer qu'on est performants en Belgique, puisque la qualité des seringues utilisées a permis de prélever dans les flacons de vaccin six doses plutôt que cinq. Il a été observé un phénomène

d'appel d'air dans ces fameuses seringues d'1 ml, utilisées par certains travailleurs, notamment dans les services pour très grands prématurés. On m'a signalé qu'il a déjà fallu changer de marque car des pénuries s'annonçaient.

Nous serons donc passés par toute la chaîne du matériel en milieu hospitalier. Cela met en difficulté les citoyens qui vont être vaccinés et ceux qui soignent les plus petits de nos enfants.

Yves Hellendorff: Parmi les points évoqués figurait le fait qu'on ait poussé du personnel malade – ou, en tout état de cause, asymptomatique mais positif – à venir travailler. Nous avons vraiment été confrontés à des aberrations, y compris pour ce qui concerne notre capacité d'assumer des soins de qualité. Faire travailler quelqu'un qui a 37,7°C ou 37,8°C de température parce qu'elle est en dessous de 38°C est une attitude quelque peu formatée qui reflète un manque total de vision à long terme. En effet, cela revient à résoudre un problème à court terme en plaçant la personne concernée dans une situation dont elle récupérera beaucoup moins bien.

La question de savoir si nous avons des pistes pour ce qui concerne la médecine du travail constitue un aspect assez technique. Je propose dès lors de renvoyer par écrit une série de pistes, de propositions. Toutefois, la réforme des services de médecine du travail – combinée à la réforme du financement – nous a amenés à monnayer beaucoup plus clairement les interventions de la médecine du travail.

Nous nous retrouvons aujourd'hui face à des surcoûts et des facturations des services de la médecine du travail pour les institutions et les employeurs qui freinent le recours à la médecine du travail. Aux côtés de l'offre de base fondée sur la convention passée avec le service de médecine du travail, toutes les interventions complémentaires sont facturées.

Il faut donc vraiment réfléchir autrement. Il y a une prise en charge globale de prévention et de suivi du personnel, mais il faudrait peut-être fonctionner dans l'autre sens. Si on arrive à réduire le personnel en incapacité de travail ou à faire baisser le taux d'accidents du travail, on valorise le travail des médecins du travail plutôt que l'inverse. Il faut réfléchir à une autre mentalité dans ce contexte-là, mais il s'agit d'un aspect extrêmement technique qui mérite qu'on creuse davantage ce dossier.

J'en viens à présent aux lieux de concertation. Pour nous, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers pose clairement problème aujourd'hui. Nous avons déjà abordé la question lors de notre

discussion sur les Fonds "blouses blanches" en commission. Je peux vous assurer que dans les modalités de contrôle de l'affectation des Fonds "blouses blanches", certains avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers pourraient nous inciter à faire n'importe quoi.

Pour ce qui concerne la façon de traduire, vous savez que l'accord non marchand parle d'un équivalent temps plein supplémentaire par unité de soins, en sortant l'infirmier-chef des normes de financement. Il s'agit bien évidemment d'une image.

La manière dont le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) propose ce changement aura pour résultat d'aller puiser davantage d'argent dans le Fonds blouses blanches et de laisser moins d'autonomie à l'affectation. En ce qui nous concerne, il y a là une orientation des avis du CFEH sur laquelle nous attirons vraiment l'attention. Il faut qu'on réfléchisse à la manière de le faire fonctionner.

Quand on dit qu'il n'y a pas de concertation et que nous devrions être davantage concertés et participer à des organes, il ne s'agit pas d'être obligatoirement présent en permanence au sein d'organes existants mais d'aller chercher la parole du terrain à travers des corps intermédiaires qui ont une capacité d'écoute des témoignages et qui peuvent structurer ces témoignages et cette réalité de terrain.

On peut bien évidemment se baser sur les directions, ainsi qu'en témoigne l'exemple d'aujourd'hui. Plusieurs personnes ayant pris la parole sont membres des directions des institutions de soins. Toutefois, on ne peut pas dire qu'on représente le personnel en tant que direction sans mettre en place la parole des travailleurs à travers les organisations syndicales. Ce déséquilibre existe et nous demandons vraiment que les choses soient rééquilibrées.

En ce qui concerne les soins non covid-19, on nous a posé la question de l'incidence des reports de consultations, notamment pour les patients atteints d'un cancer. Nous n'avons pas vocation à être des épidémiologistes, certains sont beaucoup mieux informés que nous à cet égard. Nous constatons néanmoins une dégradation certaine des personnes qui viennent consulter ou se faire soigner.

Nous avons perçu entre la première et la deuxième vague une suractivité hospitalière qui ne visait pas seulement ou prioritairement à résorber des retards de traitement ou de diagnostic, mais aussi à réamorcer la pompe économique des hôpitaux et

des médecins.

De toute évidence, cela a empêché au personnel de prendre des congés entre les deux premières vagues.

C'est la vision économique de cette reprise que nous dénonçons. La priorité est évidemment que tout patient ne retarde pas les prises en charge, y compris celle du diagnostic. Faisons bien la différence entre la priorité de la prise en charge sanitaire et la volonté de maintenir la situation économique des hôpitaux ou des médecins spécialistes. Que la différence soit clairement faite à ce niveau est fondamental !

Il faut également intégrer le fait que la variable "congé de personnel" n'est pas une bonne variable. Dire aux gens qu'ils doivent prendre leurs récupérations d'heures supplémentaires ou leurs congés annuels l'année suivante est une vision à court terme. Nous ne pouvons plus croire qu'il n'y aura qu'une vague. C'est dépassé. Il y en a eu une seconde. Nous attendons la troisième.

Dire: "Vous prendrez vos congés au cours du premier trimestre 2021" (rires)... Allez! On voit bien que cela ne va pas! La gestion des moyens humains ne peut se faire en leur disant que leur récupération est postposée. C'est créer une hypothèque sur la santé du personnel demain. S'il n'y avait eu qu'un pic, OK! Mais en l'occurrence, nous ne pouvons plus dire cela, ce schéma ne tient plus la route.

Sur ce qui concerne les étudiants infirmiers, je serai bref puisque Nathalie a fait part de la possibilité d'intervenir au travers d'un soutien financier durant les périodes de crise. Il y a la question du revenu ou d'une certaine allocation que l'on pourrait octroyer durant la dernière année vu que les stages sont des périodes durant laquelle la personne gagne une certaine autonomie et que nous avons obtenu la prolongation des études d'infirmier.

Une étude récente de doctorants de l'ULB a récemment montré que c'était une des revendications des étudiants infirmiers pour lutter contre la démotivation. Il faut évidemment déployer à côté de cela des mesures de tutorat et de soutien des étudiants sur le terrain.

Lorsque nous disons que nous devons, nous aussi, mettre dans l'accord non marchand des dispositifs de soutien de fin de carrière, nous pensons que le tutorat est important, c'est-à-dire diminuer l'activité professionnelle de base du personnel qualifié pour accueillir à la fois les étudiants, soutenir les professeurs et accueillir les jeunes travailleurs.

C'est dans les premières années que les travailleurs quittent faute d'avoir été soutenus et bien encadrés. Ceux-là, on doit les garder absolument.

Peut-on travailler sur la pénurie? Il y a qu'à...? Non! Il n'y a pas qu'à! Croire que l'on va trouver tout d'un coup des infirmières parce qu'on augmente d'un ETP par unité de soins, c'est dénué de sens. Cela n'existe pas, sauf à organiser la traite des blouses blanches. On n'en veut pas! Faire venir des infirmières de l'étranger, comme cela se fait déjà beaucoup, est un modèle qui ne doit pas être soutenu. Nous pensons vraiment qu'il faut soutenir un modèle où l'on casse le cercle vicieux de la fuite du personnel (qui existe aujourd'hui) en essayant d'attirer les jeunes vers cette profession. Je suis désolé, mais l'on ne peut pas être d'accord avec l'idée que c'est le moment de supprimer une filière de formation, comme M. Van Hees l'a dit. Ce n'est pas au moment où l'on est en pleine difficulté que l'on doit supprimer une filière de formation et donc des gens qui pourraient, par cette filière, venir en renfort.

Est-ce que l'on doit travailler sur les normes? Oui. Mais il faut faire attention: quand on parle de normes, il faut bien savoir de quoi on parle. Dans le secteur hospitalier, par exemple, nous avons déployé à travers les accords du non-marchand toute une série de soutiens complémentaires (Maribel, équipes mobiles, mi-temps en plus de nuit, des mi-temps en plus en salle d'opération, des FeBl). Il y a un nombre non négligeable de personnels en plus au-delà de la norme de base. Donc si l'on parle de la norme de base, par définition, on a une image totalement tronquée. Par contre, cela conduit à un manque total de transparence. Quand, aujourd'hui, nous disons qu'à travers le Fonds "blouses blanches", nous allons créer un ETP en plus par unité de soins, il convient de savoir quel outil de rapportage permet de suivre cela; c'est un des sujets de notre discussion avec les employeurs. J'ai entendu l'intervention de tout à l'heure: comment arrive-t-on à contrôler cela? Et j'entends que, du côté de M. Dufour, on dit qu'il faut absolument contrôler.

On est bien d'accord. Mais que les fédérations d'employeurs acceptent aussi le contrôle. Quand on fait partie de la direction d'un établissement, il ne faut pas venir dire autre chose à un autre moment. Donc, nous devons absolument mettre en place ces outils de contrôle. Cela passe par un cadastre réel des postes de travail dans chaque unité de soins.

C'est quoi un poste de travail? En Flandre, on nous dit qu'il y a aujourd'hui pour trois postes infirmiers vides, une seule candidature. Cela signifie que si

l'on ajoute un poste, nous aurons une candidature pour quatre postes et nous n'aurons pas créé d'emplois. Ce n'est donc pas intéressant. Si l'employeur engage du personnel (1ETP), engage-t-il pour un poste vacant ou pour un emploi Fonds "blouses blanches"? Je peux déjà vous dire qu'il va commencer par engager pour le Fonds "blouses blanches". Là, il sera financé entièrement et pourra ainsi réduire les rétrocessions sur honoraires. C'est l'habitude. Il faut donc que nous ayons une bonne vision, avant la mise en place du Fonds "blouses blanches" ou de l'emploi supplémentaire, des postes qui devraient fonctionner et pour lesquels on attend, aujourd'hui, des travailleurs.

Il faut savoir où sont les urgences. C'était l'idée du Fonds "blouses blanches" 2019: laisser la concertation sociale locale définir les types d'emplois et les services où il est le plus urgent de les prévoir. Actuellement, cela n'avance pas fort dans ce sens-là, car de moins en moins la possibilité en est offerte. Quand on nous dit que l'on aurait peut-être besoin de cet ETP la nuit, nous ne nous y opposons pas. Nous laissons la concertation sociale locale définir si c'est bien la nuit que c'est le plus nécessaire.

L'autre option est d'avoir une règle générique ou générale pour tous les services qui définirait la norme. Mais si l'on fait cela, le mode de financement doit être complètement revu. Là, ce ne sera pas pour l'année prochaine! Toute la réforme des soins de base ainsi que des soins spécialisés est loin d'être aboutie. La question des honoraires purs est loin d'être rencontrée à cause des freins du corps médical. Le jour où l'on financera les prestations médicales dans les hôpitaux à travers des honoraires purs, que l'on retirera la part rétrocedée et que l'on financera directement l'hôpital, on aura déjà fait une avancée considérable sur la transparence du financement et de l'emploi dans les hôpitaux.

Pour nous, il faut la transparence sur l'utilisation, l'affectation et l'emploi qui aurait dû exister avant et sur ce qu'il devrait être après affectation des moyens supplémentaires. Le Fonds "blouses blanches" et l'accord du non-marchand ne peuvent pas être là pour refinancer l'hôpital, mais pour augmenter le nombre de membres du personnel sur le terrain.

Je suis d'accord avec M. Dufour lorsqu'il dit que cela n'a aucun sens d'avoir des directives sur l'affectation 2021 en juin 2021, ce que j'avais aussi précisé. Nous demandons donc que le Parlement fasse un effort pour faire en sorte qu'en février, nous ayons une loi nouvelle pour l'année qui vient et qui soit de nature à orienter ce que nous pouvons faire avec ces fonds.

Quant à la question de la pénurie et de la surcharge de travail, notre stratégie est la tenabilité et l'attractivité. Pour ce faire, il faut accepter de ne pas avoir trouvé la meilleure solution immédiatement. J'entends certains dire que l'on a besoin de personnel qualifié et de rien d'autre. Aujourd'hui, ce personnel n'existe pas. Il faut que les infirmières acceptent de se faire aider et de déléguer. Déléguer n'est pas possible.

Pour répondre à la question de savoir ce que l'on fera lorsque l'on manquera de personnel, nous n'avons jamais dit que nous n'accepterions jamais que des infirmières délèguent à du personnel non infirmier une série d'actes. Nous avons dit au ministre de l'époque, et à celui-ci aussi, qu'il voyait la situation dans le mauvais sens. Dire que l'on peut tout déléguer sauf ce qui est interdit de déléguer, c'est une erreur. Il faut dire ce que l'on peut déléguer et non l'inverse. Nous lui avons dit qu'il ne suffisait pas que la loi dise "vous ne pouvez faire ça que si vous ne pouvez rien faire d'autre". Cela n'a rien d'une loi! Ce texte est totalement mal foutu! Nous lui avons répondu de définir ce qu'il voulait dire ou bien d'inscrire, dans un arrêté royal, les conditions dans lesquelles la délégation était possible.

Qu'a-t-il fait? Il a laissé sa loi en l'état, mauvais. Il a demandé à la Commission Technique de l'Art Infirmier quels points pouvaient compléter les exclusions de la liste et, ensuite, il a défini, par circulaire, les modalités. La circulaire est déjà bien meilleure que le texte de loi, mais si j'étais parlementaire, personnellement, j'en aurais un peu marre que les circulaires décident de ce que contient une loi.

La circulaire telle qu'elle est ne correspond pas à ce que la loi dit. C'est comme pour le Fonds "blouses blanches". C'est par circulaire dorénavant que l'on va légiférer.

En ce qui concerne le Fonds "blouses blanches", nous demandons qu'aujourd'hui soient définis les soutiens logistiques, administratifs et techniques en aides-soignants pouvant soutenir et aider le personnel infirmier sur le terrain, que l'on fasse, durant cette période de transition, monter en puissance la capacité de formation continue et la capacité de certification de ces personnes à travers des formations qu'elles puissent suivre.

Nous avons vu tout à l'heure que nous sommes en train d'utiliser des dizaines de millions d'euros du Fonds "blouses blanches" pour organiser des formations pour du personnel. Nous mettons en place dans les équipes du personnel en formation qui puisse, soit par l'alternance, soit par la

formation continue et l'expérience, acquérir progressivement les capacités pour devenir infirmier. Ces soutiens sont bien moins intéressants que du personnel infirmier spécifique. Nous le savons bien et nous n'affirmons pas que c'est là la solution définitive. Cela permet de soulager le personnel, de faire en sorte qu'il reste, qu'il ne se sauve pas et qu'il tienne le coup.

Pendant ce temps-là, cela donne une autre image. Je suis d'accord avec M. Dufour qui dit qu'il faut donner une bonne image des choses et que c'est "dégueulasse" d'avoir montré des infirmières pleurant (dans le cadre du Fonds "blouses blanches"). Mais, nous n'avons pas demandé aux infirmières de pleurer, n'est-ce pas? Elles ont pleuré et nous les avons vues pleurer. Nous n'étions peut-être pas dans notre bureau à ce moment-là. Ce qui est important, c'est de comprendre que de montrer des infirmières pleurant, même si cela ne fait pas venir de nouveaux infirmiers, c'est qu'il ne faut pas les cacher. Ce qu'il faut donner: c'est de l'espoir, de la perspective. La perspective, ce n'est pas la suppression d'une filière de formation ou l'idée d'engager du personnel qualifié et peut-être universitaire! Non! Ce n'est pas comme cela que le problème sera résolu.

Partons maintenant avec du soutien, veillons à clarifier l'objectif. Il faudra du personnel qualifié en plus dans les unités de soins, d'ici quatre à dix ans. Créons un objectif de normes. Veillons à ce que nous ayons une amélioration certaine des conditions de travail avec des conventions collectives suffisamment attractives, que ce *new deal* soit créé pour le secteur, passant par la formation continue, par une gestion de la fin de carrière permettant de tenir le coup à temps plein, par une réduction du temps de travail pendant la durée de la carrière, par des mesures d'aménagement pour concilier la vie familiale et la vie professionnelle (prise en charge de frais de garde, des jours de congé pour raisons impérieuses, etc.) permettant à du personnel y compris féminin, majoritairement encore en charge de la vie de famille, de pouvoir concilier leur vie avec des horaires qui tiennent la route. Tout cela nous devons le faire maintenant.

Les montants sur la table aujourd'hui sont-ils suffisants? Non! Les 500 millions servent à l'attractivité barémique, sans oublier qu'on n'a pas encore la capacité de mobilité professionnelle, c'est-à-dire de permettre à une personne qui ne tient plus dans une unité de soins ou dans un hôpital de basculer vers une maison de repos ou un service de soins à domicile pour continuer sa carrière. En faisant cela aujourd'hui, cette personne risque de perdre la moitié de son

ancienneté barémique. Cela retient donc des gens.

Nous essayons d'aller vers une reconnaissance de l'ancienneté sectorielle et avec les 500 millions, on n'y arrive pas. Est-ce une priorité? Pour nous, oui. Il faudra voir si, dans les années suivantes, le gouvernement libèrera des moyens pour cela. Cela suffit-il en termes de conditions de travail? Non. Les 100 millions d'euros qui sont sur la table aujourd'hui sont insuffisants si on veut faire tout ce qui est prévu dans l'accord non marchand. Il n'y a, par exemple, pas de financement pour la formation continue.

On sent les employeurs refuser le droit individuel à la formation continue. On demande cinq jours de droit à la formation continue par an en moyenne. On demande de le planifier et de le phaser pour l'obtenir d'ici cinq ans. Les employeurs refusent parce qu'il n'y a pas de financement. Mais il y a pourtant le Fonds blouses blanches. Que fait-on avec cela?

Aujourd'hui, nous pouvons vous dire que les 100 millions sur les conditions de travail sont insuffisants. Mais on ne va pas cracher dans la soupe. On n'a jamais eu de montant pareil depuis vingt ou trente ans. C'est quelque chose d'important. On se bat pour faire en sorte que les accords sociaux soient exécutés le plus loin possible avec les montants en présence. Cela sera-t-il suffisant pour faire ce *new deal* en cassant ce cercle vicieux: attirer de nouvelles recrues et permettre aux anciens, aux personnes en place d'y rester? On ne peut pas le promettre. En tout cas, nous sommes sûrs que c'est dans ce sens que nous devons aller.

Concernant les maisons de repos et le lien entre les maisons de repos et les hôpitaux, vous savez comme moi qu'on a eu des témoignages de non-prise en charge par les hôpitaux de résidents de maisons de repos. C'est un débat difficile. Certains ont dit que les urgentistes prenaient la décision à titre individuel. D'autres ont dit qu'il y avait des mots d'ordre clairs de certains hôpitaux disant qu'il y avait des priorités, qu'il fallait absolument éviter de surcharger les services intensifs et qu'il valait mieux mettre en place les soins dans la maison de repos. Certains ont prétexté l'argument selon lequel hospitaliser une personne âgée, c'était la déraciner et l'exposer à un risque majeur également.

Dernier argument: cohorter une personne âgée dans une maison de repos hors de sa chambre, l'enfermer dans une autre pièce (qu'elle ne connaît pas) avec d'autres soignants, n'est pas tellement différent que d'être à l'hôpital. Donc, le cohortage dans les maisons de repos (MR) n'a pas été fort

différent de l'hospitalisation pour toute une série de personnes âgées, de résidents. Soyons attentifs!

La création de mini-hôpitaux dans des maisons de repos était-elle la bonne solution? La maison de repos doit être l'endroit où l'on donne des soins ou doit-elle être l'endroit où l'on prend soin de quelqu'un? C'est fort différent. Cela doit rester un lieu de vie. À un moment donné, transformer la maison de repos en cas de crise ne risque-t-il pas de transformer le concept de maison de repos, même définitivement? Je plaide fermement pour que cette crise ne transforme pas nos institutions de soins sur la base d'une situation exceptionnelle. Autrement dit qu'on ne fasse pas de nos maisons de repos des mini-cliniques où tout doit être aseptisé et que les hôpitaux ne deviennent pas non plus des soins intensifs désertés 90 % du temps pour être sûr d'avoir tous les moyens au moment d'une crise.

Nous savons qu'il y a des moments où nous risquons de ne pas avoir tous les moyens nécessaires ce qui me fait dire que nous devrions travailler davantage sur la modularité et la plasticité des services plutôt que de faire comme si, tous les ans, nous allions être confrontés à une crise de même ampleur. Soyons attentifs au fait que nous devons continuer à vivre dans des logiques de risque. Gérer le risque est peut-être ce que nous aurons le mieux appris durant cette crise que de gérer la crise elle-même.

Filip Haegdorens: Ik had nog een aantal dingen genoteerd die ik nog niet had kunnen vermelden. Ik zal niet alles behandelen. Ik besef dat er te weinig tijd is. Toch wil ik graag even ingaan op de zaken die hier zijn gezegd.

We hebben immers een tekort aan gekwalificeerd personeel. U heeft het over twee niveaus van verpleegkundigen, de HBO5 en de bacheloropleiding. Dat wil ik toch even toelichten, op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten op de mortaliteit van het verschillende niveau van opleiding. Daar heb ik zelf ook onderzoek naar gedaan. Er is immers wel degelijk een effect. Als verpleegkundigen hoger zijn opgeleid, zoals met een bacheloropleiding, zien we wel degelijk in verschillende studies, zowel prosectionele studies als longitudinaal dat er, als er een hoger aandeel bachelorverpleegkundigen voor handen is, een daling optreedt in de ongewenste mortaliteit.

Wil dit dan zeggen dat we in alle verschillende sectoren allemaal bachelorverpleegkundigen moeten hebben, zowel in de residentiële zorg als in de thuiszorg of de ziekenhuizen? Neen, absoluut niet. Heeft de HBO5-verpleegkundige dan niet zijn/haar plaats in onze gezondheidszorg?

Natuurlijk heeft die zijn plaats. De discussie die we als maatschappij moeten houden is wat we ervoor over hebben. Een bachelorverpleegkundigen kost immers meer voor de maatschappij, niet alleen omwille van de 4 jaar opleiding, maar ook qua loon. Wat hebben we er als maatschappij voor over om naar een kwaliteitsvolle zorg te gaan en wat is de ideale skillmix van gezondheidsmedewerkers bij welke patiënt?

Die oefening kunnen we wel maken. We hebben daar ook cijfers rond. We hebben in 2019 zelf een studie uitgevoerd. In die paper hebben we geprobeerd statistisch een optimale samenstelling van teams te berekenen. Daar hebben we ook rekening gehouden met de logistieke medewerker die heel belangrijk is voor ondersteuning in de zorg, en ook met de zorgkundige die een heel belangrijke plaats inneemt binnen het zorgteam, en met de bachelorverpleegkundigen en de HBO5-verpleegkundigen.

Wat is het resultaat van dat type onderzoek? Afhankelijk van het type afdeling of de sector heeft men een andere samenstelling nodig. Gewoon stellen dat men overal meer bachelorverpleegkundigen nodig heeft om zo het probleem op te lossen, is te eenvoudig. Dat is geen oplossing voor het probleem.

Maar het is wel vreemd dat we al deze verschillende opleidingsniveaus hebben, maar een HBO5-verpleegkundige en een bachelorverpleegkundige wettelijk gezien exact hetzelfde werk kunnen doen. In het onderwijs vinden we dit ook niet terug. Een leerkracht die in de derde graad les geeft, heeft daar ook een bepaald diploma (master) voor nodig. In de zorg is dat niet zo. Als verpleegkundige kan je met een HBO5-diploma in alle sectoren werken.

De specialisatieberoepstitel ligt mij zeer nauw aan het hart. Ik ben immers een spoedverpleegkundige met een specialisatie. Ik kan u vertellen dat men de basisopleiding verpleegkunde nodig heeft om op een spoedgevallendienst te kunnen werken of op een afdeling intensieve zorgen, waar vandaag heel wat van mijn collega's covidpatiënten verzorgen die beademing nodig hebben en in *prone position* liggen. Voor deze specifieke beademing en medicatie is veel specifieke kennis nodig. Daar is dat jaar extra opleiding voor noodzakelijk.

In 2012 is er beslist dat de mensen met de extra opleiding ook een extra inspanning doen en zich moeten blijven bijscholen. Ze zijn eigenlijk zeer gespecialiseerd. Men heeft deze mensen een vergoeding gegeven. Ikzelf heb deze ook gekregen. Met het IFIC-model is dat van tafel geveegd. Bij ons krijgen de jonge mensen die

beginnen op de spoedafdeling of op intensieve zorgen die vergoeding niet meer. Dat is moeilijk uit te leggen. Men moet extra scholing krijgen, men moet meer kennis hebben, maar men ontvangt de vergoeding niet.

Dat probleem speelt binnen onze sector op verschillende niveaus. Zelf geef ik les aan de masters in verpleegkunde. Daar geven we op universitair niveau reeds afgestudeerde verpleegkundigen nog extra inzichten mee rond wetenschappelijk onderzoek, maar ook klinische inzichten, doorgedreven klinische kennis, pathologieën, enzovoort. Als deze mensen bij ons afstuderen, gaan ze naar het werkveld en zijn enorm gemotiveerd om deze kennis aan het bed van de patiënt te gaan toepassen.

Vandaag blijft de complexiteit van de zorg zowel in de thuiszorg als in de ziekenhuizen toenemen, zoals blijkt uit een recent KCE-rapport. Daar heeft men geschoolde mensen voor nodig. Zij komen aan het bed van de patiënt en hebben een masterdiploma. Vaak hebben ze drie diploma's, maar worden ze daar niet voor betaald. De mensen die dit doen, doen dat uit overtuiging. Ze studeren bij, ze verleggen hun grenzen. Maar het ontbreekt hen aan verloning of praktische toepassing op het terrein.

Ik denk dat we breder moeten nadenken over het beroep, ook over aantrekkelijkheid van het beroep om studenten en jonge mensen aan te trekken. Verpleegkunde is niet meer wat het vroeger was. Mevrouw Lionnet heeft dat heel mooi verwoord. Het beroep is in 30 jaar tijd enorm geëvolueerd en vandaag de dag is de zorgsector zo complex geworden, en hebben we ondertussen al verpleegkundig specialisten, waarvan de eerste lichting weldra zal afstuderen. Die hebben we ook nodig om complexe zorgnoden aan te pakken maar dat is een puzzel die nog moet worden gelegd en die we ook in de toekomst nog zullen moeten leggen.

Nathalie Lionnet: Nous avons tous la responsabilité conjointe de veiller, lorsqu'on ne dispose pas des ressources nécessaires, à ne pas diviser les travailleurs. Je pense à toutes les collègues qui, aujourd'hui, ne sont pas bacheliers ou spécialisées. Je ne connais pas suffisamment cette étude mais je serais vraiment intéressée de la lire, mais attention aux messages que nous envoyons à ceux qui se mobilisent quotidiennement et qui sont sur le terrain, en mettant en lien le taux de mortalité, c'est-à-dire ce pour quoi nous luttons au quotidien.

Si les infirmiers se lèvent tous les matins, ce n'est pas pour être responsables de plus de morts mais

pour en éviter un maximum. Nous pouvons donc discuter de cette étude, mais soyons attentifs aux messages qu'elle envoie aux travailleurs.

Je me dis qu'en fin de compte, l'institution, le médecin directeur et le directeur du département infirmier doivent garantir la sécurité des patients. Je ne peux pas croire que nous ayons uniquement en Belgique des directeurs de départements infirmiers et des médecins directeurs qui prennent ce risque. C'est aussi en raison du système et des conditions dans lesquelles nous devons exercer nos métiers qu'il y a peut-être un lien.

Plus on est formé, plus on peut être efficient et plus on va nourrir l'intelligence infirmière et permettre aux infirmiers de pratiquer de la recherche en soins infirmiers. Je suis convaincue que c'est important, mais je ne peux pas entendre aujourd'hui que l'on puisse remettre en question la compétence des collègues sur le terrain.

Personnellement, je suis infirmière et mes enfants le sont également, je ne les ai pas complètement découragés. Soyons attentifs, nous savons tous très bien que si nous voulons permettre au patient qui nous est confié d'atteindre son objectif de santé, le chemin qu'il a décidé, c'est parce que nous aurons des collègues qui veilleront à ce qu'on ait des conditions sanitaires correctes, parce que le cuisinier fera bien son travail, parce que l'assistante sociale sera là, parce que tous les métiers seront bien évidemment présents.

Soyons donc attentifs, car lorsque le personnel est en sous-effectif, l'heure n'est pas à la division; nous ne nous en sortons que tous ensemble, j'en suis intimement convaincue.

J'aimerais juste ajouter que ce n'est pas un discours anti-direction. Je pense aussi qu'il faut veiller particulièrement à l'encadrement du personnel dans les institutions car on ne leur donne pas non plus les moyens de faire leur travail. Cela aussi va au-delà des travailleurs de terrain. Il s'agit d'un aspect à travailler.

Concernant les spécialisations, je regrette fondamentalement le message qu'on a envoyé aux infirmiers spécialisés en oncologie, en gériatrie, en pédiatrie – à ces gens qui se sont formés, qui sont des éléments essentiels dans des services particuliers et à qui on a refusé la reconnaissance de leur spécialisation.

La **présidente**: Merci, votre message est très clair. Je vais m'adresser aux députés.

Ik weet niet of er nog parlementsleden zijn die wensen tussenbeide te komen tijdens de tweede

ronde. Zoals u weet, hebt u het laatste woord. Ik denk dat we al een zeer interessante middag achter de rug hebben, maar als er nog iemand wil tussenbeide komen, ontvang ik graag nu een berichtje. Ik zie geen meldingen in dat verband maar zou wel graag nog enige zaken mededelen. Ik wil de sprekers bedanken omdat ze naar hier zijn gekomen. Het was bijzonder interessant. Wij zullen alles meenemen in onze conclusies en in onze aanbevelingen. Ik denk dat er heel wat over dit onderwerp te zeggen valt en nog over zal worden gezegd in de toekomst.

Wij hebben een mail ontvangen van de Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen en ook van hun Waalse tegenhanger, met de vraag om door de commissie te worden gehoord. Al de fracties hebben deze mail ontvangen. Wij zouden u willen vragen om er zo snel mogelijk op te reageren. Als iedereen akkoord is, zouden we deze organisaties ook willen uitnodigen, maar dan doen we dat best zo snel mogelijk. Daaraan gekoppeld, zou het secretariaat ook willen voorstellen om de geneesheer-specialisten in opleiding op hetzelfde moment uit te nodigen. Wij hadden beslist dat wij een schriftelijk advies zouden vragen, maar als we dan toch de hoofdartsen zouden horen, stelt het secretariaat voor om, in samenspraak met de voorzitter, ook de geneesheer-specialisten in opleiding in deze commissie te horen. Graag ontvangen wij tegen morgenmiddag een antwoord van de fracties. Het gaat dus om een mail vanwege de hoofdartsen die u is doorgestuurd, met daaraan gekoppeld het voorstel om ook die specialisten in opleiding hier te horen. Zodra u het secretariaat inlicht, kunnen wij verder.

Als er geen tussenkomsten meer zijn, sluit ik bij deze de zitting. Nog een fijne avond.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.05 uur.

La réunion publique de commission est levée à 19 h 05.