

COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 5 FÉVRIER 2021

Après-midi

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

van

VRIJDAG 5 FEBRUARI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.01 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 01 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met:

- **Dr. Manfredi Ventura**, voorzitter van de *Association francophone des Médecins-Chefs*;
- **Dr. Katrien Bervoets**, voorzitter a.i. van de *Vlaamse Vereniging Hoofddartsen*.

Audition du:

- **Dr. Manfredi Ventura**, président de l'*Association francophone des Médecins-Chefs*;
- **Dr. Katrien Bervoets**, présidente a.i. de la *Vlaamse Vereniging Hoofddartsen*.

De **voorzitter**: Ik heet de beide sprekers welkom.

Zij hebben samen een presentatie voorbereid en de vooraf gestelde vragen beantwoord. Die antwoorden zijn aan de commissieleden bezorgd. De sprekers zullen samen een inleiding geven van ongeveer 30 minuten en de zaken benadrukken die voor hen cruciaal zijn. Nadien is het woord weer aan de commissie.

U hebt het woord, mevrouw Bervoets.

Katrien Bervoets: Mijnheer de voorzitter, dank u wel om ons uit te nodigen op deze zitting.

Wij zijn blij om onze ervaringen als hoofddarts met u te kunnen delen, omdat we het afgelopen jaar toch wel heel vaak in het oog van de storm hebben gestaan en voor heel veel zaken verantwoordelijk geweest zijn, vaak om ad-hocbeslissingen te nemen, met weinig informatie op dat ogenblik.

Om het kader een beetje te schetsen en om het perspectief van dat moment te geven, start ik met een wandeling door de tijd. Die wandeling begint

op 5 januari 2020. We kunnen zelfs nog iets langer teruggaan, naar beelden van vóór de kerstvakantie, maar op 5 januari zei de WHO dat er in Wuhan een pneumonie was van onbekende origine. Op 22 januari, een dag nadat toenmalig president Trump zei dat het maar om een man uit China ging en dat we ons niet te veel zorgen moesten maken, ging Wuhan in lockdown. Op 24 januari werd de eerste besmetting in Europa vastgesteld en was er eigenlijk veel ongeloof en waren er veel vragen.

Ik ben van ZNA Antwerpen en zoals in vele ziekenhuizen in ons land, waren toen de klinici al bijzonder ongerust. Er werden al verkennende vergaderingen opgestart, om te kijken hoe het zat met, onder andere, vragen over bescherming tegen een virus. Was het een griep? Was het meer? Wat moest er gebeuren?

In Antwerpen is onze eerste vermoedelijke patiënt, de eerste patiënt waarbij we echt een ernstig klinisch vermoeden hadden dat het een besmetting met COVID19 kon zijn, op 6 februari getest. Toen was de test negatief, dus het was enkel een vermoeden. Het eerste overlijden viel toen in de Verenigde Staten. Op 9 februari was er dan de befaamde eerste positieve patiënt in België. U ziet aan welke snelheid het eigenlijk is gegaan.

Ik maak een sprongetje. Op 11 maart werd alle electieve activiteit gestopt. De tijd gaat snel. Op 11 maart hebben wij over het weekend meer dan 8.000 afspraken hebben afgebeeld, waaronder ingrepen en onderzoeken.

Op dat ogenblik was er veel ongerustheid en hebben wij vastgesteld dat wij moesten ingrijpen om de mensen in de ziekenhuizen gerust te stellen. Wij waren ons op dat ogenblik, we spreken nu over midden maart, er ook van bewust dat de voorraden van maskers erg beperkt waren. In verschillende

ziekenhuizen zijn toen initiatieven genomen om zelf het heft in handen te nemen. Wij hebben in onze organisatie dan aan iedereen die niet onmiddellijk met patiënten in contact kwam, zelfgemaakte stoffen maskers geleverd.

Ik vertel dit omdat in de vragen vaak terugkomt hoe het zat met de bescherming, wat wij gedaan hebben, of wij zelf initiatieven hebben genomen. Wij hebben, en ik denk dat de meeste ziekenhuizen dat gedaan hebben, de richtlijnen van Sciensano met betrekking tot het gebruik van beschermingsmiddelen steeds gerespecteerd. Retrospectief kan men zich natuurlijk afvragen of het niet anders had gemoeten. Maar op dat ogenblik was dat de evidentie. Dat waren de richtlijnen. De ziekenhuizen vonden ook dat ze zich daaraan moesten houden, in een tijd van grote onzekerheden. Het geruststellen van de mensen op de vloer was met die richtlijnen echter niet altijd evident.

22 maart waren er 5.424 positieve patiënten in België. Op 26 maart waren dat er 10.507. Vanaf begin april zijn de ziekenhuizen begonnen alle electieve opnames en alle niet-electieve opnames te screenen. Dan was er de *workload* en organisatie die daarmee op gang moest gebracht worden, dus de organisatie om die mensen te verwittigen, om staalafnames te doen, om resultaten gecommuniceerd te krijgen naar de arts, het inplannen van niet-uitstelbare zorg bij die mensen, het uitleggen wat dat allemaal betekende, de maatregelen voor hun omgeving als ze positief waren. Het waren erg complexe tijden om al die informatie aan mekaar te linken.

Ik wil nog even meegeven dat wij dan op het hoogtepunt van de golf zaten. We zijn dan begin april. Het maximale aantal gehospitaliseerde patiënten was rond 6 april. Het maximaal aantal beadenden was op 7 april. Het maximaal aantal patiënten op intensieve zorg in het ziekenhuis was op 8 april. Dit wil zeggen dat wij van het stopzetten van de electieve activiteit op 13 maart naar een piek zijn gegaan in drie weken tijd.

Langzaam is het aantal patiënten in de ziekenhuizen gedaald en hebben we een iets rustiger zomerperiode meegemaakt. In Antwerpen is in er in de maanden juli en augustus even ongerustheid geweest met een kleine opstoot in het centrum van Antwerpen. We hielden toen allemaal ons hart vast voor het hervatten van het meer normale leven na de zomervakantie, met de heropening van de scholen en het hervatten van het woon-werkverkeer.

In juli en augustus was het rustig, in september en oktober ging het ook nog maar daarna was er een

opeenvolging van gebeurtenissen en schoten we opnieuw de lucht in. Dat was voor ons in de ziekenhuizen een teleurstelling, een verbazingwekkend gebeuren. We hadden ons twee keer laten vangen. De eerste keer had men eigenlijk geen ervaring maar de tweede keer hadden we toch graag een wat snellere reactie gezien.

Op dit ogenblik merken we dat het aantal patiënten in onze hospitalen begint af te nemen, maar het zijn er wel nog steeds veel. De twee golven hebben een serieuze impact gehad op de belasting van onze medewerkers. We zijn blij dat de situatie op dit ogenblik onder controle lijkt maar we maken ons allemaal ernstig zorgen over een eventuele derde golf.

Mijn collega zal nu het volgende deel van de presentatie verzorgen.

Manfredi Ventura: Monsieur le président, je remercie la commission de nous avoir reçus.

Le hasard fait que nous représentons les deux hôpitaux en Belgique, où le plus de patients covid ont été pris en charge: le ZNA à Anvers, qui est le premier hôpital en Belgique et nous sommes le deuxième hôpital en nombre de cas, aussi bien aux soins intensifs qu'en unités de soins. Je tiens à préciser que, si nous n'avons pas eu le temps de nous concerter avant la réunion si ce n'est rapidement ce matin, puisque certaines diapositives ont été faites cette nuit encore, nous avons exactement la même expérience et avons vécu la même chose.

L'approvisionnement en matériel n'a pas été évident au début. D'après mes constats, en début de première vague, on n'a eu aucune aide des autorités. On a dû se débrouiller localement. Heureusement, on sentait que quelque chose allait se passer. Catherine vous l'a montré. On construisait des hôpitaux en Chine, c'est le premier point qui m'a frappé. Dans les jours qui ont suivi, je me rappelle avoir visité différentes zones dans notre hôpital avec le directeur général pour voir où l'on pourrait installer des patients covid au cas où, alors que rien n'était sûr! Finalement, nous avons vite compris que nous ne pourrions pas les isoler car l'afflux a été rapidement massif sur l'ensemble de nos sites.

Dans les hôpitaux, on anticipait, on a commencé à commander du matériel, mais c'est devenu rapidement difficile, à savoir des masques, des gants, des solutions hydroalcooliques. On n'a pas vraiment pensé aux visières, mais on en a eu besoin par la suite. Ce fut donc un peu difficile. Et on a manqué de blouses et de surblouses, parce qu'on n'imaginait pas que cela allait prendre une

telle ampleur. Les stocks étaient donc relativement limités, parce qu'on n'imaginait pas non plus la quantité qu'on allait devoir utiliser. Ensuite, les achats sont devenus quasiment impossibles, parce que les gouvernements ont commencé à acheter et les fournisseurs qui nous avaient promis des dates n'ont pas livré.

Nous avons suivi les recommandations de Sciensano. A posteriori, le personnel n'a pas été protégé aussi bien qu'il l'est maintenant, en raison de notre ignorance et non pour avoir envoyé au front des gens sans être armés ou, en tout cas, défendus. Cela, jamais! On a toujours respecté les consignes (notamment de Sciensano), en tout cas dans mon hôpital et à Anvers aussi, c'est certain. Mais a posteriori, c'est sûr qu'il y a des choses qu'on ne ferait plus maintenant.

Heureusement, pour nous approvisionner en matériel, on a bénéficié d'aides extérieures. Je me rappelle un matin, un dimanche de mars, le fameux jour où nous avons dû cesser nos activités, juste avant de partir pour l'hôpital, une dermatologue résidant non loin de chez moi, m'a apporté des masques FFP2 qu'elle avait chez elle. Quelques industries nous ont aidés. Heureusement, nous avons encore un tissu industriel assez dense à Charleroi. Ils ont pu fabriquer des visières. Différentes sociétés locales ont participé. On a eu des couturiers bénévoles. Des couturiers de grand standing ont travaillé pour Anvers. Nous, c'est notamment l'équipe de Franco Dragone qui a travaillé à La Louvière pour nous fabriquer des blouses, mais on a aussi organisé un centre de couture dans l'hôpital.

Ensuite, les autorités ont commencé à nous fournir du matériel. Là, je dois reconnaître que cela s'est fait de façon efficace avec le relais de l'armée et la coordination via les provinces (on s'approvisionnait en masques, blouses, gants auprès du gouvernement provincial). Parfois, nous en avons reçu des défectueux. Nous avons donc systématiquement testé à nos frais le matériel.

C'était pour les constats.

J'ai résumé vos questions et voici les propositions.

Pour éviter que cela ne se reproduise, il faudrait une meilleure gestion des stocks et une anticipation. Je ne suis pas logisticien et ce genre de choses doit être laissé à des experts. Cependant, nous pourrions imaginer un stock central. L'armée pourrait y jouer un rôle, même si l'on se demande ce que sont devenus ses stocks durant la première vague.

On pourrait aussi imaginer que ces stocks, afin

d'éviter qu'ils ne soient périmés et que l'on doive brûler les masques comme il semble que cela se soit produit, tournent dans les hôpitaux; avoir aussi une partie des stocks décentralisés dans les hôpitaux (avec des hôpitaux de référence), ce sur quoi je reviendrai par la suite.

Il faut faire des achats intelligents, car il est clair que des masques et des gels hydro-alcooliques, nous en avons besoin pour le covid, mais dans d'autres situations, cela pourrait être des pastilles d'iode dont tous les hôpitaux belges disposent en quantité industrielle, mais qui ne servent à rien (et j'espère bien qu'elles ne serviront à rien). Mais autant en avoir.

Cela pourrait être des bottes en cas d'épidémie comme Ebola. Il faut que des experts de terrain donnent leur avis et voient toutes les situations auxquelles nous pourrions être confrontés.

Il me semble fondamental de restaurer une production locale au moins à l'échelle européenne de tout ce matériel, car nous restons très dépendants de l'approvisionnement de la Chine pour des produits dont la qualité n'est parfois pas du tout adaptée: ce qui peut prêter à rigoler, des masques FFP2 dont les morphologies ne sont pas du tout adaptées aux nôtres. Des infirmières ou d'autres soignants se plaignent régulièrement que leur masque leur fait mal ou laisse passer l'air.

La planification de la gestion de crise.

Le premier constat sur l'anticipation est qu'elle a été quasi nulle aux niveaux régional et national. A *posteriori*, c'est toujours facile de le dire, mais on aurait pu imaginer que les autorités se mobilisent un peu plus tôt, même si je reconnais que personne n'aurait pu prévoir ce qui est arrivé. Il y a un an, je n'aurais pas dit ce que je dis maintenant. Je ne jette pas complètement la pierre, parce que la situation était vraiment imprévisible et rapide, comme l'a montré Katrien.

Je dirais qu'entre le discours d'un Trump, qui dit que ce n'est pas grave parce que c'est un virus chinois et qu'ils peuvent le garder chez eux, et la réalité où l'on voit que cela arrive en Italie, en France et dans différents pays autour de nous, puis d'un seul coup, l'explosion en Belgique, il y avait peut-être de la marge.

On avait la chance de disposer de quelque chose de récent: le plan d'urgence hospitalier (PUH), qui était en place et qui a joué son rôle. Comme l'a rappelé Catherine, on a dû interrompre toutes nos activités vers le 11 ou 12 mars. C'est vraiment en s'appuyant sur le plan d'urgence hospitalier qu'on l'a fait chacun dans notre hôpital, qu'on a créé la

structure de crise. L'activation a donc été efficace au niveau des hôpitaux, avec une mobilisation du personnel et des moyens. Comme l'a dit Katrien, on se rappelle qu'on a eu des réunions le week-end. On a tous dû annuler un nombre extraordinaire de consultations et d'interventions chirurgicales. On a fait revenir les secrétaires. Tout cela s'est fait en quelques heures. Si dans les hôpitaux, cela fonctionnait, je ne sais pas très bien à quoi cela servait à l'extérieur. Depuis lors, je m'interroge sur le fait que l'on soit dans un plan d'urgence hospitalier qui devient permanent alors que ce n'est clairement pas son rôle. Il faudrait donc peut-être réfléchir à autre chose. J'y reviendrai après.

Dans la première vague, la coordination entre les différents niveaux de pouvoir était inexistante et calamiteuse. On a senti qu'il y avait un jeu de politiciens honnêtement difficile à vivre pendant qu'on se serrait les coudes dans les hôpitaux et entre hôpitaux. Il y a eu ce que j'ai appelé – qui a même été repris dans les médias – une « cacophonie institutionnelle », en tout cas je parle de ce que j'ai pu vivre en Wallonie. Il y a eu une démonstration par l'absurde de l'aberration de la régionalisation des soins de santé. Je pense qu'on a montré toutes les limites de la régionalisation dans les soins de santé.

Puis, à la fin de la première vague et ce qui a amené, je pense, le début de la deuxième vague, c'est quand même la non-prise de décision par la législature précédente qui était en fin de règne. On peut penser aux retours de vacances, malgré l'expérience que nous avaient enseigné les vacances de Carnaval (une des causes de la rapidité de la première vague). On sait très bien que le mois de septembre et les retours de vacances, en particulier en Belgique, ont été une principales raisons qui ont favorisé la deuxième vague.

Clairement, au cours de la deuxième vague, on a senti un changement très appréciable un niveau politique, avec l'apparition d'un commissaire corona (M. Pedro Facon), une reprise en main au niveau fédéral par la nouvelle législature et des discours beaucoup plus cohérents. C'est quand même un point très positif et je pense que, pour l'instant, le fait que la Belgique échappe à une troisième vague – mais je peux vous dire que je travaille dans le Hainaut et c'est vraiment limite, on regarde les statistiques tous les jours avec inquiétude –, je pense que si cela tient, c'est parce que, pour l'instant, les instances parlent d'une seule voix, qu'il y a un discours cohérent, que la population peut plus ou moins comprendre, même si cela devient très difficile et très dur pour elle.

On peut s'interroger sur le rôle de l'armée. Quand on s'est réuni pour arrêter toutes les activités, je me suis dit que l'armée allait arriver pour nous aider. Rien du tout! Durant la deuxième vague, il y a eu un simulacre d'aide de l'armée mais qui n'a pas été d'une efficacité redoutable. Chez nous, les militaires ont été utiles pour contrôler les entrées dans l'hôpital, mais c'est tout. Il y a eu beaucoup de communication là autour mais, en pratique, on ne peut pas dire que cela ait été super-efficace.

On a subi la multiplication des comités et des commissions qui devaient toutes évidemment justifier leur existence et donc nous surcharger d'une paperasserie incroyable et parfois contradictoire. On a vu apparaître des experts autoproclamés, très peu de gens qui émanaient des hôpitaux et qui étaient vraiment sur le terrain, avec des discours parfois tout à fait extraordinaires – je pourrai vous donner des exemples tout à l'heure si vous le voulez – mais totalement en décalage par rapport à ce qui s'est passé. D'ailleurs, certains de ces experts ont maintenant été mis au placard parce qu'ils continuaient à avoir des discours qui ne collaient pas avec la réalité.

Clairement, la surcharge administrative dans les hôpitaux est quelque chose qu'on a subi et qu'on subit. Il faut encoder des données. Tout cela, on peut le comprendre. C'est nécessaire pour une bonne gestion de la crise, mais ces données sont complètement opaques et ce n'est pas faute de les avoir demandées. Il faut savoir qu'à un moment donné, nous récupérons les données d'occupation hospitalière via nos infectiologues qui avaient créé un groupe WhatsApp et qui échangeaient les chiffres des hôpitaux. Mais savoir ce qu'il y avait dans l'hôpital, à part l'hôpital d'à côté, c'était impossible. Nous n'avions aucune vision sur la gestion globale de la crise. Maintenant, cela va un peu mieux mais il faut aussi dire que la gestion des données a prêté à controverse, notamment par rapport au respect de la vie privée (RGPD).

Les propositions consistent à prévoir une *task force* efficace pour analyser en permanence les risques avec un relais effectif vers les autorités sanitaires, avec peut-être des experts sanitaires de terrain, des gens qui existent, qui sont dans les hôpitaux et qui pourraient être en veille. Il ne faut pas nécessairement les réunir. L'avantage de la crise, c'est qu'on a montré clairement qu'on peut très bien correspondre à distance mais avec des personnes qui pourraient interpeller rapidement les différents niveaux de pouvoir quand elles sentent que quelque chose est en train de se passer.

Il faut affiner le plan d'urgence hospitalier, créer peut-être un PIE (plan inter-épidémique), recentrer la gestion sanitaire au niveau national avec une

seule cellule de décision et avoir évidemment une coordination européenne car, dans le cadre d'une pandémie au niveau mondial, il est quand même assez absurde de voir ce qui se passe avec des politiques différentes d'un pays européen à l'autre et qui changent tout le temps.

Il faut éviter la multiplication de l'encodage de données. Comme je l'ai dit, encoder des données est indispensable pour que les autorités puissent suivre la crise mais il ne faut pas nous demander d'encoder les mêmes choses à différents endroits dans des formats différents. On a dû mobiliser une main-d'œuvre incroyable pour le faire. Chez nous, c'est fort simple. Ce sont les ophtalmologues qui l'ont fait, en étant bénévoles dès le départ. « Il fallait bien les occuper ». Je reviendrai aussi sur l'occupation des médecins.

Il faut fournir un accès aux données recueillies. Je peux comprendre que c'est parfois un peu difficile de lâcher dans la population des données sur les décès, surtout quand ça monte de façon verticale. Mais on peut très bien partager via un groupe d'analyse indépendant pour pouvoir permettre de faire du benchmarking entre les hôpitaux, ce qui permettrait d'améliorer les pratiques. Si un hôpital a un taux de mortalité plus élevé, il pourra s'interroger plus rapidement et essaiera de corriger le tir puisque, je l'expliquerai après, il n'y a pas de directive nationale sur la prise en charge des patients. Chacun s'est débrouillé, a improvisé et suivi la littérature mais certains mieux que d'autres.

Il faut répartir l'effort au niveau national et favoriser le transfert précoce de patients. Dans la deuxième vague, on a clairement été confronté à cela. Il y a d'abord eu des tendances aux transferts sauvages, contre lesquelles je me suis élevé fortement. Après, nous avons heureusement été aidés par les inspecteurs d'hygiène. À un certain moment, en tout cas en Wallonie, certains n'en pouvaient plus, aussi bien dans le Hainaut que dans la province de Liège. On a été content de pouvoir transférer en Flandre. Merci pour le soutien que nous ont apporté les hôpitaux flamands, et allemands aussi, pour les hôpitaux liégeois.

Il faut favoriser les analyses épidémiologiques et scientifiques. C'est pour cela qu'à un moment, il faut pouvoir mettre toutes ces données collectées, qui sont d'ordre public, à la disposition des chercheurs.

Quel a été le rôle des hôpitaux? Les constats que nous avons, c'est que l'hôpital a clairement eu un rôle central. Ce sont probablement les hôpitaux, sûrement pendant la première vague, qui ont porté le combat contre le covid. Cela s'est fait dans les hôpitaux, cela ne s'est pas fait ailleurs. L'hôpital a

été le seul acteur effectif et robuste en début de crise. Tout s'effondrait mais les hôpitaux étaient là. On a la chance d'avoir un système hospitalier qui est quand même correct en Belgique, avec encore suffisamment de lits. J'insiste parce qu'il y a des réformes qui étaient en cours, dont on ne parle plus trop, mais il y avait une restriction en vue du nombre de lits très importante. D'ailleurs, certaines mutuelles qui agitaient tout le temps le spectre de l'excès de nombre de lits ont tout à fait changé de discours. J'ai constaté avec une certaine tristesse que ces derniers jours, c'est plutôt le salaire des médecins qui les intéresse. Elles feraient peut-être mieux de soutenir l'effort qui a encore lieu.

Les hôpitaux ont été un lieu d'anticipation. Ils ont servi de support à la première ligne et aux maisons de repos, même si, malheureusement – et cela me marquera toute ma vie –, nous avons eu des appels à l'aide de certaines maisons de repos, même éloignées, qui pleuraient réellement pour avoir du matériel de protection parce qu'elles avaient des épidémies affreuses en interne. On n'a rien pu leur donner parce qu'on avait déjà très difficile à protéger notre propre personnel.

Les hôpitaux ont clairement su prendre des décisions rapides, relativement autonomes, mais adaptées au terrain. Ils ont servi de centre de compétence et d'apprentissage.

On a appris comment gérer la crise sur le terrain, comment soigner la covid. On a créé des procédures. Certains, à Anvers comme chez nous, ont créé un site intranet avec des centaines de procédures que les acteurs de terrain, les médecins, les infirmières doivent suivre.

Il y a eu un élément très positif. En effet, les réseaux ont commencé à vraiment fonctionner. En Wallonie, dans le Hainaut et à Charleroi en particulier, on était un peu en retard au niveau des réseaux, mais cela a créé des liens. On est même allé au-delà des réseaux. Pour ceux qui connaissent la situation à Charleroi, il y a deux réseaux, ce qui est, selon moi, un peu absurde, mais cela correspondant à la réalité politique. En début de crise – par la suite, cela a un peu dérapé, pour des raisons politiques –, on s'est rencontré, on a regardé comment chacun organisait ses urgences. Je me rappelle avoir été visiter le grand hôpital voisin pour voir ce que l'on y faisait. On s'est soutenu mutuellement.

On a rapidement été confronté à un manque de ressources et les limites logistiques ont été atteintes. Cela a été encore beaucoup plus le cas, lors de la deuxième vague qui a été plus violente.

Ce qui a manqué lors de la première vague, ce sont

les équipements de protection individuelle (EPI), à savoir les masques, la solution hydroalcoolique, les blouses, etc. Lors de la deuxième vague, ce sont clairement les ressources humaines qui étaient un peu limitées.

Dans notre hôpital, si on a été très touché par la crise, on a pu tenir car on a connu peu d'absentéisme. On a toujours essayé de jouer le jeu avec les équipes, en faisant preuve d'une grande transparence et en soutenant ces dernières.

Les capacités des unités de soins intensifs (USI) ont, quant à elles, toujours été plus que limitées. Je vous montrerai un graphique, et vous pourrez voir comment elles ont été éprouvées.

On a été et on est encore confronté à l'épuisement du personnel. Même si les gens ont pu prendre des vacances, ils n'en peuvent plus parce qu'ils n'en voient pas la fin. De plus, les effectifs sont trop limités. Il s'agit clairement d'une difficulté à laquelle sont confrontés les hôpitaux belges. Quand on a une unité de soins de 30 lits avec une infirmière la nuit, la situation est déjà quasiment impossible à gérer en temps normal – quand tout le monde va bien, ça va, mais les hôpitaux ne sont pas faits pour accueillir des gens en bonne santé –, mais c'est pire encore en cas de covid. Quand on doit se changer, mettre un masque, une blouse, un surblouse et une visière, la situation devient impossible. On a donc dû battre le rappel et faire travailler davantage les infirmières. Il n'est pas ici question d'horaires, mais on a dû modifier le fonctionnement et augmenter les équipes.

Pour ce qui est de la problématique des transferts, nous avons reçu, lors de la deuxième vague, une aide effective des inspecteurs d'hygiène fédéraux, mais l'action a été trop tardive. Lorsque l'on nous a dit qu'il fallait transférer et qu'on allait nous aider, on était tellement coincé qu'on ne savait plus déplacer les patients. Un patient qui a le covid, qui est en insuffisance respiratoire et proche de passer au stade suivant, ce n'est pas le moment de le mettre dans une ambulance. Je disais aux soins intensifs de faire sortir les patients qui allaient mieux. Ils me répondaient qu'ils ne voulaient pas sinon les équipes ne voyaient jamais les patients s'en sortir. Tout ceci pour vous dire quelles sont les décisions que l'on a dû prendre.

Des transferts, il y en a eu même si, au début, on a accepté des gens qui venaient d'ailleurs. À un certain moment, dans mon hôpital, on a dû transférer, et je peux vous dire que j'ai dû, en tant que médecin-chef, taper très fort sur la table pour que des patients puissent sortir et éviter une réelle catastrophe. Pour les médecins il n'est en effet pas

« normal » de faire sortir un patient que potentiellement peut soigner, ils ont une vision centrée sur le patient qu'ils ont devant eux pas sur la problématique globale de l'hôpital.

La catastrophe: j'ai un petit graphique qui vous montre ce qui s'est passé. La petite barre horizontale en pointillé représente le nombre de lits aux soins intensifs (39). Pendant la première vague, on ne dépasse pas 22 patients en soins intensifs, ce qui signifie qu'il reste encore 17 lits. C'est dur, mais ça va! Nous avons 129 patients covid, hors unités de soins intensifs. Nous avons donc environ 150 patients. Cela tient. On a à peu près 1 200 lits. On s'organise. On tient le coup.

Au cours de la deuxième vague, par contre, vous pouvez constater que l'on est monté à 57 patients en soins intensifs. Comment a-t-on fait avec 39 lits? On a de la chance. On a un vieil hôpital. On a déjà subi des restrictions et on a une unité de soins intensifs fermée mais tout à fait équipée. C'est une unité fantôme où il y avait autre chose. Il y avait des *data manager* mais, au début de la première vague, je les ai mises ailleurs (dans une ancienne chapelle, pour l'anecdote), on anticipait... On avait aussi des lits qui n'étaient pas ouverts en permanence et une salle de réveil a été transformée en salle de soins intensifs, comme beaucoup d'hôpitaux ont fait.

Vous constatez que l'on est monté à 257 patients en unités de soins normales. Vous me direz que c'est une dégradation des soins. Mais si vous regardez les chiffres en dessous, vous voyez que l'on a eu une amélioration de la survie des patients. Fondamentalement je ne pense pas que les patients étaient différents dans les deux vagues, mais en gros, dans la première vague, un patient sur trois qui rentrait avec le covid à l'hôpital, décédait. Au cours de la deuxième vague, on était en dessous de un sur quatre.

À la limite, au cours de la deuxième vague, nous avons pris des patients plus lourds. Nous avons fait des choses invraisemblables. On a créé des unités de ventilation à haut débit. On a dû renforcer les tanks à oxygène qui alimentent certains de nos sites. On s'est rendu compte que tous nos étages ne pouvaient le supporter car il n'y avait pas suffisamment d'oxygène qui arrivait à certains étages. Nous avons dû mettre en place énormément de choses.

C'est pour dire qu'il n'y a pas que les soignants qui ont travaillé comme des fous. Il y a aussi toutes les personnes qui se sont occupées des infrastructures, qui étaient présentes en permanence. Simple anecdote: quand on a ouvert la salle de réveil pour y mettre des patients de type

soins intensifs, on s'est rendu compte que dans ces salles, on ne savait pas en moduler l'éclairage. On pouvait soit allumer, soit éteindre. On s'est dit que les patients allaient devoir y passer plus que quelques heures, puisque on ne parlait plus d'un réveil post-chirurgie. On a alors appelé nos équipes techniques pour changer l'éclairage. En quelques heures, alors qu'il y avait déjà des patients (Covid !) dans ces salles, nos équipes techniques ont adapté l'éclairage pour en faire un éclairage comparable à ce que l'on trouve dans nos soins intensifs. Ce sont là des initiatives prises par les hôpitaux.

Katrien Bervoets: Hier ziet u een beeld van zowel de eerste als de tweede golf binnen ZNA. U ziet inderdaad, net zoals in Charleroi en alle andere ziekenhuizen, de twee pieken. In het midden, eind juli, begin augustus, was er die kleine golf in Antwerpen, die gelukkig niet volledig doorgestegen is. In de vakantie, na die eerste zeer zware impact, heeft die toch wel sporen nagelaten.

De verticale pijltjes zijn ook interessant. Het eerste pijltje helemaal links is de stop van de electieve activiteit in de eerste golf. De electieve activiteit is alle zorg die uitstelbaar is. We wisten immers niet wat er op ons af kwam. Patiënten werden geëvalueerd naar pathologie. Ze moesten bijvoorbeeld een operatie krijgen en er werd gekeken of die uitgesteld kon worden en hoelang. Het tweede pijltje duidt het ogenblik aan dat de electieve activiteit, dus de planbare zorg, werd hernomen op basis van de op dat ogenblik bestaande urgentie. Bepaalde pathologieën kunnen twee weken worden uitgesteld, andere tot vijf weken. OP basis daarvan werd er opnieuw ingepland. Tijdens de hele crisis heeft men in alle ziekenhuizen, ook de ziekenhuizen die zwaar belast zijn, altijd zijn best gedaan en is men er ook in geslaagd de urgenties blijven op te vangen. Zeker in de tweede golf was het echter toch niet altijd eenvoudig om alle uitgestelde zorg die intussen dringender geworden was op een goed georganiseerde manier op tijd behandeld te krijgen.

Dit voorbeeld over het aantal patiënten komt van ZNA, maar is waarschijnlijk overzetbaar naar de meeste andere ziekenhuizen. Er is op een gegeven ogenblik een afbouw geweest tot bijna stopzetting van de meer planbare activiteit. Dat was op een ogenblik dat al veel hoger ligt dan het hervatten na de eerste stopzetting. Dat wil zeggen dat met de beschikbare mensen, artsen, maar vooral verpleegkundigen, niet alleen de covidzorg werd opgenomen, maar ook de evidente en heel terechte zorg voor de patiënten met een andere pathologie. Dat kan een indruk geven van de werkbelasting van het ziekenhuispersoneel. Het

hervatten van de meer planbare zorg gebeurt ook op een veel hoger niveau van aanwezige COVID19pathologie.

Op dit ogenblik zijn er richtlijnen met verschillende faseringen die we allemaal moeten volgen. Op basis van de mogelijkheden, het absentisme, de belasting van het personeel en de eventuele vakanties wordt de activiteit ingepland. Het is echter niet altijd eenvoudig om het evenwicht te vinden.

Ik wil even meegeven dat wij, ZNA, zowel in de eerste als in de tweede golf transfers gekregen hebben, in de eerste golf voornamelijk uit het Limburgse, in de tweede golf voornamelijk uit de provincies Luik en Henegouwen. Na een voorzichtig begin, met veel telefoontjes over en weer, is dat later vlot verlopen. Ik vind het belangrijk dat we erin geslaagd zijn een systeem op te zetten om ernstig zieke patiënten die in hun lokale omgeving niet langer veilig en goed behandeld konden worden te verdelen over ziekenhuizen waar er op dat ogenblik meer draagkracht was.

In de toekomst moet daar een goed systeem voor uitgewerkt worden. Als een grote golf met een enorme zorgvraag het ziekenhuis overspoelt, dan kan men het regelen van dat soort zaken er niet bijnemen. Men houdt de patiënten dan gemakkelijker in de lokale setting, aangezien men geen tijd heeft om na te gaan of een ander niveau niet beter is voor de patiënt maar ook voor de medewerkers van het ziekenhuis die op dat ogenblik zeer zwaar belast worden. Dat is een aandachtspunt voor de toekomst.

U had het zonet ook over de zorgvraag uit de woon-zorgcentra, de vraag naar beschermingsmiddelen. In de toekomst moet men erover denken om hen mee te nemen in de benodigde stocks en reserves maar ook in de opleiding voor het gebruik ervan. Zelfs als het materieel ter plaatse was, moest immers ook vaak voorzien worden in een doorgedreven opleiding voor het correcte gebruik ervan.

Manfredi Ventura: Pour ce qui est du rôle des hôpitaux, j'ai quelques propositions.

Il faut les responsabiliser et les impliquer davantage dans la gestion de la crise plutôt que de les écraser sous une charge administrative. Il faut favoriser les échanges de bonnes pratiques, comme vient de le dire Katrien. Il y a l'apprentissage. On a dû chacun dans notre coin faire des vidéos pour montrer comment mettre tout l'équipement sans se contaminer: s'habiller et se déshabiller, ce qui est encore plus difficile. Il faut

pouvoir faire du benchmarking et financer les hôpitaux sur base de la qualité des soins, ce qu'on appelle le P for P, le paiement sur base de la performance.

Il faut établir des normes de qualité et ne pas se reposer uniquement sur des initiatives locales qui, clairement, peuvent être trop fluctuantes. On a tous les deux la chance de travailler dans de très grands hôpitaux avec des experts, avec une infrastructure, mais pour avoir travaillé auparavant dans une structure beaucoup plus petite, j'imagine à peine comment j'aurais pu y faire les choses. Il faut soutenir l'objectif de qualité plutôt que de laisser chacun devoir assumer.

Il faut laisser davantage d'autonomie aux réseaux – les réseaux ont bien fonctionné – et avoir un objectif d'activités par réseau plutôt que par hôpital. Dans la deuxième vague, cela a bien fonctionné. On est en réseau avec l'hôpital de Gosselies, qui est un des plus petits hôpitaux de Belgique, et ils ne pouvaient pas assumer leur charge en soins intensifs. Le médecin chef m'a appelé et nous avons pris deux patients en plus (de notre obligation légale) pour qu'on respecte ensemble le fait qu'on soit en phase 2A ou en phase 2B et qu'on réponde aux normes qui étaient demandées.

Il faut étendre le fonctionnement des réseaux sur toutes les lignes de soins. Il faut une vision globale des soins. Il faut que les réseaux puissent prendre en charge les patients depuis la prévention, sans "hospitalocentrisme" jusqu'à la prise en charge à l'hôpital, la sortie de l'hospitalisation, l'hospitalisation à domicile, la prise en charge des maisons de repos. Pour parler de celles-ci, c'était assez opaque, on avait l'impression qu'elles fonctionnaient dans un silo dépendant d'un autre niveau de pouvoir. Et quand elles nous appelaient à l'aide, c'était vraiment trop tard. Les patients n'ont pas été transférés des maisons de repos vers les hôpitaux, non pas parce qu'on a refusé les patients – contrairement à ce que j'ai pu lire, même si cela s'est fait ailleurs –, mais parce qu'elles ne nous ont pas demandé de prendre les patients. Elles croyaient qu'elles ne pouvaient pas ou qu'elles ne devaient pas parce qu'il fallait laisser la place aux patients plus jeunes.

Malheureusement, des personnes âgées sont probablement décédées à cause de cela. En tout cas, nous avons toujours accepté tous les patients des maisons de repos. Au vu des statistiques, nous avons aussi pris des patients beaucoup plus âgés. Cela explique peut-être le taux de létalité que nous avons connu, car les patients étaient parfois dans un état trop avancé.

Il faut aussi noter des discordances très importantes dans la prise en charge de ces

patients suivant les maisons de repos, cela doit également nous interroger.

Katrien Bervoets: In Antwerpen, en in veel andere ziekenhuizen, werden afspraken gemaakt met de woon-zorgcentra, met de CRA's die daar werkzaam waren, met de ziekenhuizen waarmee ze traditioneel samenwerken. Er werd veel meer dan in een normale setting aan vroegtijdige planning en afspraken gedaan.

In een normale setting was het een automatisme om iemand naar het ziekenhuis te sturen als het niet goed ging. Nu werd meer in detail bekeken wat men de patiënt nog kon bieden, wat is in het belang van de patiënt en waar kan de patiënt de zorgvraag die hij heeft het best krijgen. Kan dat in een ziekenhuis of door een aantal aanpassingen ook in een woon-zorgcentrum? Dat zijn zaken die we veel actiever hebben gedaan in de pandemie om de hospitalisatiebedden te vrijwaren voor de patiënten aan wie de zorgondersteuning alleen in een ziekenhuis kan worden gegeven.

Het is belangrijk om de communicatie daarover juist te trekken, want die uitspraken zijn erg zwaar om te dragen voor sommige geriaters en andere artsen, medewerkers en verpleegkundigen, omdat er zeer veel inspanningen op het terrein zijn gedaan om ervoor te zorgen dat de patiënten de zorgnood die ze hadden op de beste plaats kregen. Dat is niet altijd automatisch een ziekenhuis.

Het is ook niet omdat men niet naar een ziekenhuis gaat, dat men niet wordt verzorgd. Dat is een subtiele nuance, maar wel een belangrijke nuance.

Manfredi Ventura: Oui. Du reste, sur ce plan, de petits progrès ont été enregistrés. Notre hôpital a la chance d'avoir un directeur des urgences qui a été coordinateur du plan d'urgence hospitalier en province de Hainaut. Par ailleurs, il est à présent impliqué dans la gestion en maison de repos. Je dois dire que nous y avons trouvé des choses incroyables. À quelques reprises, nous avons envoyé nos équipes de SMUR – donc, des urgentistes – dans des maisons de repos, tellement il nous revenait des histoires inouïes. Pour cette raison, nous sommes allés y faire du triage, en expliquant ce qu'il convenait de faire pour les patients. J'y reviendrai par la suite, mais des choses doivent clairement être améliorées – même si les maisons de repos échappent à mes compétences.

Katrien Bervoets: Mijnheer de voorzitter, het is een moment waarop wij op terreinen komen waar wij het niet gewoon zijn te komen en waar wij vaststellingen voor een verbetering doen.

Wij hebben in ons ziekenhuis een heel nauwe band met een heel groot woon-zorgcomplex. Wij hebben altijd een heel nauw overleg en een heel nauwe uitwisseling van informatie en opleiding gehad. Dat maakt heel veel verschil.

Er moet vooral worden gezorgd voor een veel vlottere doorstroming van informatie, opleiding en kennis.

Wij horen heel veel over de woon-zorgcentra omdat het daar om een heel kwetsbare groep patiënten gaat. Ook de informatie naar brandweer, politie, scholen en bijzondere jeugdinstellingen moet echter beter. Er is een groot aantal groepen waar ook die basiskennis ontbreekt.

Wij, de ziekenhuizen, hebben, zoals de heer Ventura al aangaf, een aantal experts in huis die heel snel een aantal zaken kunnen vertalen naar operationaliteit, wat natuurlijk niet altijd aanwezig is in die andere zorgvormen. Wij zouden daar dus voor een soort vlottere “glasvezellijn” moeten zorgen om de kennis te laten doorstromen.

Manfredi Ventura: Effectivement, dans les hôpitaux, il y a des experts en médecine de catastrophe, parmi les urgentistes, parmi les intensivistes. Nous avons des médecins qui ont une expérience à l'étranger, qui ont été par exemple travailler pour Médecins sans frontières. Honnêtement, c'est utile quand il s'agit de déployer du jour au lendemain une nouvelle unité de soins intensifs.

Je crois qu'il y a eu tout ce débat. Comme je le disais, le rôle des hôpitaux est central; mais je ne vise absolument pas un hospitalocentrisme. Je pense qu'il faut que nous ayons un hôpital beaucoup plus fluide, ou liquide, et que nous passions à travers les lignes de soins.

Je pense qu'il faut prévoir davantage de centres de référence infectieux. Nous savons qu'il y avait Leuven, il y avait Saint-Pierre à Bruxelles. Au départ, nous en parlions beaucoup. Mais clairement, ils ont été rapidement dépassés. Cela a été le cas aussi pour les laboratoires de référence, et cela l'est encore maintenant, quand nous essayons de détecter les nouveaux variants.

Il faut essayer de maintenir, à différents endroits, de façon délocalisée, des lits de réserve tampons, qui n'existent actuellement pas, mais qui dans une situation pareille, pourraient être utiles.

Pour le personnel, évidemment, c'est toujours un peu plus difficile (de garder des réserves), mais en situation de crise, nous réduisons le reste des activités – nous y reviendrons – avec les

conséquences que cela peut avoir; mais cela permet de récupérer du personnel et d'avoir davantage des gens bien formés qui peuvent agir.

Il faut revoir les normes de financement et d'encadrement. Il faut financer davantage de façon forfaitaire les unités de soins, moins lier l'encadrement aux actes mais plus à la nécessité des soins. Il faut revaloriser les services aigus, les urgences, les soins intensifs, revaloriser aussi les soins de surveillance clinique.

Je vous ai parlé d'une infirmière pour 30 lits la nuit. Telle est la réalité! Je me rappelle avoir été me promener une nuit dans une unité qui allait devenir unité covid. Ils étaient en train de s'installer. Il y avait plusieurs infirmières. En plaisantant, je leur dis: "La bonne nouvelle, c'est que vous n'allez pas être seules la nuit prochaine." Honnêtement, pour elles, c'était une bonne nouvelle. Elles allaient travailler avec des patients covid, elles allaient prendre des risques incroyables, mais elles étaient contentes de ne plus se retrouver seules avec des patients suspects. Parce qu'il y a les covid, mais il y a aussi les suspects qu'il faut prendre en charge. Quand un patient est suspect, jusqu'à preuve du contraire, on le traite comme un covid.

Clairement, le financement doit être basé sur la nécessité des soins plutôt que sur l'activité. Comme je l'ai dit, il faut staffer davantage les unités.

Les constats: nous avons pu déployer dans les hôpitaux – et honnêtement, je n'en suis pas encore revenu, comme cela a été efficace, comme tous mes collègues ont bien travaillé – des nouvelles unités, que ce soit de soins intensifs, de *medium care*, de *high flow ventilation*, donc ces unités où les patients étaient mis sous des quantités énormes d'oxygène. Heureusement, nous avons des experts en ventilation dans l'hôpital.

Mais cela s'est fait sur la base d'initiatives locales. Cela n'a jamais été concerté. Et à nouveau, nous avons dû nous débrouiller, trouver les trucs. Comme je l'ai dit, nous avons la chance d'avoir des experts, des gens qui ont l'habitude de ce genre de choses, des gens qui ont mis sur pied des hôpitaux de campagne; si pas même, nous avons un centre des brûlés, des médecins qui ont une expérience militaire.

Katrien Bervoets: Dat gaat soms over heel technische aspecten. Men gebruikt bijvoorbeeld enorme hoeveelheden zuurstof en die systemen moeten tegen de druk kunnen. Als hoofdarts heb ik toch een aantal technische aspecten van een ziekenhuis leren kennen, net omdat men telkens wordt gevraagd om dat soort beslissingen te

nemen omdat dit een enorme impact heeft op de zorg voor de patiënt. Die hoge zuurstof-toedieningen zetten niet alleen de voorraad onder druk, maar ook het systeem voor het creëren van voldoende flow en dus voldoende druk.

Er moeten inderdaad heel wat aspecten worden bekeken en dat is waarvoor wij pleiten. Er zijn heel wat ziekenhuizen die het warm water hebben moeten uitvinden. Gelukkig kennen veel mensen elkaar en wordt er informatie uitgewisseld, maar er zou in de toekomst een duidelijke structuur van overleg en informatie-uitwisseling moeten komen om dit soort extreem en repetitief energieverbruik te kunnen terugdringen.

Manfredi Ventura: Pour les infrastructures, tout au début de la deuxième vague, nous avons anticipé en sachant qu'un problème apparaîtrait et avons donc commandé des tanks à oxygène. Contrairement à d'autres hôpitaux – car j'en ai entendu certains parler de leurs difficultés –, nous avons toujours eu assez d'oxygène, dont nous calculions la consommation quotidienne. Bref, nous avons anticipé et acheté deux tanks à oxygène pour nos deux plus grands sites, que nous avons donc ajoutées à ceux qui étaient déjà installés.

S'agissant des maisons de repos, l'impréparation pour certaines y était évidente. Dans certaines d'entre elles, nous avons proposé des mesures d'hygiène, car nous avons conclu des conventions avec elles. Peut-être est-ce le hasard, mais en tout cas, elles se sont mieux débrouillées. D'autres, qui n'étaient pourtant pas en convention avec nous, nous ont sollicités. Pourquoi? Deux réseaux hospitaliers sont établis à Charleroi. En tout cas, elles ont fait appel à nous, donc en dehors de leur réseau philosophique ou hospitalier habituel.

En raison de certains naufrages sanitaires, nous n'avons pas eu d'autres recours que d'envoyer alors des équipes sur place pour faire du tri et leur apprendre à rédiger des projets thérapeutiques destinés aux patients – puisque certains ne veulent pas aller en soins intensifs ou parce qu'il y en a pour lesquels ce n'est pas indiqué. Toujours est-il que cela aurait dû fait avant que le patient ne soit envoyé à l'hôpital. Comme l'a dit Katrien, tous ne doivent pas y aller. Donc, le tri doit se montrer efficace. En bref, les hôpitaux disposent de cette compétence. Ce n'est pas le cas des maisons de repos. Et ce ne doit pas l'être, au risque d'alourdir très fortement l'encadrement - ce qui n'est peut-être pas nécessaire, en dehors d'une situation de pandémie.

Avec la première ligne, nous avons entretenu d'excellents contacts et travaillé la main dans la

main. De nouveau, ce sont les hôpitaux qui ont pris l'initiative. À Charleroi, nous avons la chance d'avoir des cercles de généralistes qui sont organisés de manière extrêmement fonctionnelle. Nous avons donc pu travailler avec leurs directions, que nous connaissons très bien pour les rencontrer souvent. En tout cas, ce sont clairement les hôpitaux qui ont dû prendre la main, en nous demandant ce qu'ils devaient faire. De même, ils nous ont demandé des équipements de protection, que nous leur avons d'abord donnés au compte-gouttes. Puis, ils se sont débrouillés.

Cependant, pour en discuter souvent avec les généralistes, je sais qu'on recourt excessivement à la téléconsultation, au point que certains patients se sentent abandonnés. Je siège au Conseil de l'Ordre des médecins du Hainaut, où je côtoie des confrères souvent très âgés. J'ai ainsi vu de vieux généralistes qui m'ont expliqué avoir dû reprendre le travail parce que leurs anciens patients les appelaient, étant donné que les jeunes généralistes ne voulaient pas se rendre chez eux. Donc, de vieux médecins – fortement à risque –, qui n'ont pas la téléconsultation dans le sang, sont retournés sur le terrain pour prendre en charge des patients. Et heureusement, dirais-je, parce que la téléconsultation que l'on vend partout comme la solution miracle qui va tout résoudre n'est pas la panacée.

Clairement il y a une évolution dans la qualité des soins, on a innové et vécu un apprentissage sur le terrain. Nous nous sommes beaucoup basés sur ce que nous disaient nos sociétés scientifiques et la littérature, les réseaux de spécialistes, les infectiologues, les intensivistes, les urgentistes. Ils correspondaient entre eux dans tous les pays du monde. L'expérience italienne a aussi été très utile. Autant les Chinois n'avaient pas tellement de données, autant les Italiens, puis les Français, nous ont donné des renseignements utiles, bien plus que, comme d'habitude, les Américains.

Katrien Bervoets: Ja, dat heeft werkelijk wel een impact gehad. De behandeling in de tweede golf verliep al significant anders dan in de eerste golf. Er werd enorm veel uitgewisseld. Ook zijn er op korte termijn heel veel studies opgestart, die snel uitgevoerd werden en waarvan de informatie snel gedeeld werd. Die informatie werd heel snel geadapteerd, geaccepteerd en geïncorporeerd door de artsen. Ik vraag mij af hoe dat twintig jaar geleden verlopen zou zijn. De uitwisseling via alle huidige mediakanalen over heel de wereld gaat ongelooflijk snel. Dat heeft echt wel een impact gehad op de behandelingen en op de *outcome*. In de eerste golf was de aanpak – ik vernoem bijvoorbeeld slechts de bloedverdunners, de corticoïden en de manier van beademen – totaal

verschillend versus de tweede golf. Wij zien in de tweede golf ook een totaal verschillend patroon, zowel van herstel als van de overlijdens die plaatsvinden. De uitwisseling van de informatie met nieuwe inzichten is dus absoluut een heel sterk punt geweest in de artsengemeenschap.

Manfredi Ventura: C'est aussi ce que l'on voit dans le développement rapide des vaccins. C'est pour cela que nous, nous n'avons pas vraiment peur des vaccins. On comprend pourquoi ils ont pu être développés rapidement: parce qu'il y a un échange et qu'on n'attend pas. Des publications ont été diffusées de façon plus rapide. Je pense aux corticoïdes. On n'attend pas d'avoir le dernier carat pour dire que cela peut aider. On teste rapidement et on transmet l'information. En retour on a tout de suite un plus grand panel de patients évalués, et on peut savoir si cela fonctionne ou pas; cela a été la même chose pour certains médicaments qui ont été arrêtés. C'est ce que certains ne semblent pas comprendre avec l'hydroxychloroquine, dans le sud de la France mais ailleurs aussi.

Les activités de dépistage. Rapidement, on a vu que les laboratoires de référence étaient submergés. Cela a posé problème puisqu'on n'arrivait pas à détecter les cas positifs. On devait se baser sur l'aspect clinique. Là aussi, on s'est dit qu'on était un peu abandonné par les autorités. On a dû se débrouiller, on a acheté des machines de laboratoire (PCR). Il y avait des discours officiels un peu incohérents qu'on a entendus il n'y a encore pas si longtemps: "On va détecter 50 000 personnes par jour. On va faire des frottis à tout le monde." Cela ne s'est pas fait dans la réalité parce que la capacité de testage n'existe pas. Il faut savoir ce qui se passe. On a donc acheté des machines. On a eu une capacité de plus en plus étendue. On a eu d'abord une première machine qui nous permettait, en la faisant tourner 24 heures sur 24 – et c'était difficile pour les biologistes de rester la nuit – d'avoir à chaque *run* une vingtaine d'échantillons. On arrivait donc à en avoir 120 par jour. Maintenant il y a des machines qui font plusieurs centaines de tests par jour.

On a mis sur place, avec les généralistes, des centres de *testing*. Ce sont aussi les hôpitaux qui ont supporté souvent la logistique, mais ce sont les généralistes qui y ont travaillé et cela s'est fait vraiment main dans la main. Bravo aux généralistes qui ont assumé cela en laissant leurs autres activités! On sent maintenant malheureusement qu'avec les nouveaux variants on a un peu la même problématique. Il n'y a que quelques laboratoires en Belgique. Aux dernières nouvelles ils étaient une petite dizaine, qui peuvent tester les nouveaux variants. Mon expérience est que nous,

par raison de proximité, nous devons envoyer au laboratoire de Leuven, qui fait cela très bien. Mais cela a pris, pour les premiers échantillons, plus d'une semaine pour avoir les résultats. Autant vous dire que si un variant anglais traînait dans l'hôpital, on courait un risque énorme. Les résultats ont été jusqu'à présent négatifs.

La proposition est de prévoir et financer des unités de *medium care* à déploiement rapide, donc permettre de prendre en charge rapidement ces patients, notamment ceux qui ont besoin d'oxygénation mais qui ne doivent pas nécessairement aller aux soins intensifs.

Pour les maisons de repos, il faut renforcer le rôle du médecin coordinateur qui doit devenir davantage un acteur qu'un conseiller, mais il doit être formé pour. Il faut aussi professionnaliser les directions des maisons de repos. Là je suis désolé de le dire, mais dans certaines maisons de repos, on a constaté une disparition des directions. Même pour la vaccination. Comme vous le savez, elle a commencé dans les maisons de repos pendant les vacances de Noël. Il y a des maisons de repos qui dépendaient de notre HUB qui nous ont dit: "On ne peut pas démarrer la vaccination parce que le directeur et le médecin coordinateur sont en vacances et donc, on ne prend pas de décision."

Je peux vous dire que mon directeur général et moi-même, nous nous trouvions dans l'hôpital car nous savons que la vaccination était importante, ce qui est toujours le cas.

Il faut que les maisons de repos sortent de leur isolement, qu'elles s'ouvrent à l'ensemble des soins et qu'elles échangent les pratiques, notamment en matière d'hygiène. En effet, on a parfois vu des choses étonnantes. Je vous ai également parlé des projets thérapeutiques qui sont une nouveauté absolue dans les maisons de repos alors qu'ils sont la norme dans les hôpitaux déjà depuis quelque temps.

Pour ce qui concerne le rôle global des réseaux de soins locorégionaux dans la coordination des soins, comme je l'ai dit, il faut sortir des réseaux de soins purement hospitaliers. Il faut que cela s'étende à l'ensemble des lignes de soins, en intégrant la première ligne, les hôpitaux, les soins à domicile, les maisons de repos, etc.

Il faut permettre un dépistage davantage décentralisé, peut-être via les réseaux, en fournissant à ces derniers les moyens pour acquérir les machines dont ils ont besoin. Il faut également soutenir les laboratoires hospitaliers. Il n'est donc pas question ici des laboratoires privés. On a entendu des choses étonnantes, durant la

première vague, selon lesquelles des laboratoires d'industries, des laboratoires privés allaient tout gérer. C'est du n'importe quoi! Des échantillons de patients, ce ne sont pas des échantillons de médecine vétérinaire, et encore, ces échantillons sont souvent analysés dans des laboratoires qui font aussi de la médecine humaine. Mais ce ne sont pas des échantillons comme les autres. Il doit y avoir une traçabilité, une intégration dans les dossiers médicaux informatisés, un respect de la vie privée que ces structures ne connaissent pas et ne peuvent pas acquérir instantanément.

Je tiens également à rappeler que les laboratoires des hôpitaux, contrairement aux laboratoires privés, ont une obligation de réaliser toute une série de tests. Ils ne font pas uniquement les tests qui rapportent le plus. Ils sont ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce qui n'est pas le cas des structures privées.

Il faut permettre une évaluation qualitative du fonctionnement des téléconsultations. Ces dernières ne sont pas une mauvaise chose. Mais il faut les utiliser là où cela peut être utile et cela ne doit pas être financé de façon béate. Honnêtement, je pense qu'il y a parfois un peu d'abus dans certaines utilisations de téléconsultation. Il faut éviter cette automatisation et que cela devienne quelque peu mécanique. Je pense que, dans notre métier, l'aspect humain doit rester primordial. C'est seulement quand on a un patient devant soi qu'on en garde une vision holistique, complète, même s'il porte un masque. Mais on se débrouille.

Ce n'est pas la chose la plus grave. L'important, c'est d'être avec le patient, lui parler, le sentir, pouvoir le palper si nécessaire.

Il y a aussi toute une série d'aspects humains et éthiques qu'il faut relater. On s'est en tout cas posé les questions très tôt dans nos hôpitaux. Quels sont les critères de prise en charge des patients? Dès la première vague, on s'est dit qu'on risquait d'être dépassé. Va-t-on devoir laisser des patients sur le côté? Je tiens à vous rassurer. À aucun moment, on a mis ces critères en application. Par contre, on les a rédigés. On s'est basé sur ce qui existait, notamment des directives internationales dont suisses. Nous avons la chance d'avoir un gros comité d'éthique. On a discuté avec d'autres comités d'éthique et on a anticipé. On n'a heureusement jamais dû mettre cela en place mais s'il avait fallu, on l'aurait fait. On a eu de la chance. On a tenu le coup mais c'est quelque chose qu'on doit garder à l'esprit car on aurait peut-être dû faire des choix difficiles.

Est-ce aux hôpitaux de prendre ces décisions ou bien s'agit-il de décisions politiques? Qui décide si les personnes doivent être soignées ou pas? Dans

notre hôpital, on n'a jamais fait de restriction liée à l'âge mais je dois avouer que j'ai entendu que, dans certains hôpitaux, des patients n'allaient pas aux soins intensifs uniquement sur base de l'âge, ce qui nous apparaît extrêmement restrictif. C'est faire de l'âgisme. Toute une série de critères, autres que l'âge, nous permettent de déterminer si un patient doit aller ou pas aux soins intensifs.

Il y a eu des reports de soins. Je sais que c'est quelque chose de très important et que l'on subit maintenant. On le vit en oncologie, pour les pathologies cardiovasculaires, les pathologies cérébro-vasculaires. À un moment donné, il n'y avait plus d'AVC qui arrivaient à l'hôpital. Comme neurologue, j'étais particulièrement interpellé par cela. Les oncologues nous racontent des histoires incroyables. On voit la chute de l'occupation dans les centres de dépistage, en particulier la mammographie et les colonoscopies. C'est très inquiétant. Déjà maintenant, on voit arriver des patients avec des pathologies qu'on ne connaissait plus. Cela nous réserve quelques années très difficiles avant que de revenir à une prise en charge normale. Il y a donc une régression dans la qualité des soins.

Katrien Bervoets: Het is natuurlijk ook duidelijk dat, als die patiënten dan later komen met een bepaalde pathologie, de zorg complexer wordt. De hospitalisatienood, soms de verblijfsduur, of dat nu op de afdeling of op intensieve zorgen is, de impact daarvan op de zorgzwaarte die op dit moment op de niet COVID-afdelingen wordt gegeven, speelt ook een rol in de belasting van het ziekenhuis op dit ogenblik.

Manfredi Ventura: Il faut bien dire que les capacités de dépistage existent toujours. On était toujours prêt à prendre ces patients en charge. Les radiologues sont prêts à faire des mammographies; je les ai occupés dans les unités de soins où ils ne sont pas les meilleurs médecins. Par contre, pour les mammographies, personne ne peut les remplacer. On est très inquiet. Personne n'a donné ces consignes mais c'est la population qui a cru qu'il ne fallait pas encombrer les hôpitaux et qui pensait que les hôpitaux allaient la refouler. Cela n'a jamais été le cas.

Il y a aussi un impact majeur en santé mentale. Je discutais il y a quelques jours avec notre chef de pédiatrie et elle me disait que dans notre hôpital, on avait plus de deux fois par semaine des suicides d'enfants de moins de 15 ans. C'est particulièrement interpellant! On sait ce qu'il se passe chez les grands adolescents et chez les étudiants. On sait aussi le phénomène de glissement chez les personnes âgées. On est inquiet à ce niveau-là, d'autant plus qu'il y a eu

moins de prévention. Les gens ont été confinés et sont restés chez eux. Dans des milieux défavorisés, comme on peut en connaître dans la région de Charleroi, des enfants restent avec des familles parfois abusives et ne peuvent plus se ressourcer à l'école ou être simplement supervisés par l'enseignant, qui va lui-même tirer la sonnette d'alarme. C'est très inquiétant.

Je vous ai parlé de l'impact des téléconsultations.

La problématique de la santé mentale mérite un petit chapitre. Je vous ai parlé du confinement, des incertitudes et je vous ai parlé de la jeunesse et des personnes âgées.

Parmi les propositions, il faut avoir des directives éthiques de prise en charge au niveau national au minimum. Il faut imposer le projet thérapeutique pour tout patient, où qu'il soit, même en dehors d'une période de pandémie. Il faut que ces projets thérapeutiques soient faits de façon cohérente. Cela doit se faire aussi dans les institutions pour personnes en situation de handicap. Il y a quinze jours, j'ai été appelé par des pédiatres qui ne savaient plus quoi faire parce qu'une personne gravement handicapée – un infirme moteur cérébral – de 14 ans avait été amenée par le SMUR. Le centre d'hébergement a dit qu'il ne fallait pas le mettre aux soins intensifs car il n'en avait pas envie et que personne n'en avait envie. Nos médecins ont demandé si les parents étaient au courant, mais ce n'était pas le cas. Nous avons contacté les parents, qui voulaient que leur fils soit pris en charge de façon adéquate et il a été admis aux soins intensifs. Ces choses ne doivent pas se discuter au moment où l'état est critique, parce qu'on perd un temps crucial, mais cela doit se faire avant. Pour chacune de ces personnes qui, potentiellement, peuvent se dégrader rapidement, il faut qu'on sache ce qu'on doit faire et réévaluer régulièrement cet élément. Je parle de personnes qui ne sont pas capables de dire ce qu'elles veulent comme soins et jusqu'où on doit aller dans l'acharnement thérapeutique.

Les critères de transfert des maisons de repos vers les hôpitaux, des hôpitaux vers les hôpitaux, des soins intensifs, doivent être définis. Il faut aider les personnes qui font ces transferts.

Comme l'a dit Katrien, quand on parle de médecin à médecin, cela se passe bien. Quand on l'impose... Je l'ai vécu: je me suis disputé avec une secrétaire d'une inspection fédérale à 04 h 00. J'ai refusé des transferts venant de Bruxelles, quand la courbe était en train de monter chez nous. Je voyais l'hôpital d'à côté qui était en train de lâcher prise parce qu'ils avaient accepté trop de transferts. Entre-temps, il fallait bien assumer les

accidents de roulage qui se passaient encore dans les tunnels à Charleroi. Je n'allais pas mettre mes soins intensifs par terre parce qu'à Bruxelles, cela n'avait pas été bien géré! Je le dis d'autant plus fort que la veille de ce jour-là, je discutais avec une directrice médicale d'un autre hôpital, qui consulte dans un hôpital bruxellois qui était de ceux qui criait au secours. Ce jour –là pourtant elle avait encore opéré des condylomes au bloc opératoire. Quand on fait encore ça, alors que dans le nôtre nous ne le faisons déjà plus, c'est que la situation n'est pas si grave que cela.

Katrien Bervoets: Van bij het begin van de eerste golf was ik er voorstander van om zeer zware patiënten te spreiden over de beschikbare bedden op de afdelingen intensieve zorgen. Maar dan wel op een gestructureerde manier zodat de lasten en de zorgnood verdeeld wordt. Er was namelijk een serieuze overbelasting van bepaalde regio's: in de eerste golf ging het dan om Limburg, in de tweede golf meer om het zuiden van het land.

In de tweede golf hebben we binnen ZNA achttien patiënten uit Wallonië opgenomen en vier uit Brussel. We zijn natuurlijk een ziekenhuis met een groot aantal bedden voor intensieve zorgen. We hebben soms patiënten overgenomen van ziekenhuizen die maar enkele bedden ter beschikking hebben, acht, tien of twaalf. Twee of drie extra patiënten daar maken een hemelsbreed verschil voor de zorg die geleverd moet worden.

Zowel voor de zorg voor de patiënt als voor de draagkracht van de zorgverleners is het belangrijk dat het werk dat moet gedaan worden, effectief ook geleverd kan worden. We zijn in België, ondanks de stijgende cijfers, gelukkig altijd in staat geweest om alle patiënten op de intensieve covidafdeling de nodige zorgen te geven en we zijn niet weggeblazen geweest, zoals in Italië. Ik ben ervan overtuigd dat dat in bepaalde regio's niet gebeurd is omdat er patiënten overgebracht zijn naar plaatsen waar nog meer reservecapaciteit was om de patiënten op te vangen. Dat is de basis van een solidaire opstelling tussen de verschillende ziekenhuizen.

Dat is allemaal bijzonder vlot verlopen.

Manfredi Ventura: On a pris aussi beaucoup de patients qui ne venaient pas de notre région ou de notre réseau, qui venaient aussi de Bruxelles. Mais il y a une limite. Il faut pouvoir évaluer. C'est pour cela qu'à un moment, j'ai crié pour avoir les données des autres hôpitaux parce qu'on sentait qu'il y avait un déséquilibre. Certains hôpitaux préféraient transférer leurs patients ailleurs en gardant leurs activités, quitte à faire exploser le système dans d'autres provinces.

Katrien Bervoets: Dat is iets wat eigenlijk moet geregeld worden door een onafhankelijk persoon. Dat is bij ons gebeurd door de Federale Gezondheidsinspectie, die dat op zich heeft genomen en die naar de procentuele bezetting van de ziekenhuizen keek. Die zag dan waar er procentueel meer ruimte was dan in de andere ziekenhuizen, en dan kreeg men een bericht: u bent de eerste om een patiënt over te nemen, of de tweede, of de derde. Dan wist men dat men die dag een patiënt zou krijgen of kon verwachten.

Ik meen inderdaad dat dit moet gebeuren op basis van objectieve criteria, en niet op vraag van een ziekenhuis, waar men niet altijd het globale plaatje ziet. Als hoofddarts worden wij trouwens soms door onze collega's onder druk gezet om bepaalde acties wel of niet te doen.

Ik meen dat het wij daar, met het oog op het draagbaar houden van de zorg in de grote pandemiegolven, een goed systeem voor moeten uitwerken. Er is wat gekibbeld in de eerste golf. Dat is ingevoerd in de tweede golf. Ik meen dat wij erover moeten overwegen dat te consolideren in een langetermijnplan. Hopelijk is het niet te snel nodig voor een derde golf, maar dan zijn wij klaar als wij over een aantal jaren in een pandemie opnieuw voor zo'n situatie komen te staan.

Manfredi Ventura: Cela doit effectivement être modulé par la capacité et les ressources disponibles. Là aussi, je pense que le médecin chef a un rôle important à jouer. Je l'ai aussi demandé. J'ai dit que je ne prendrais le patient que si le médecin chef m'appelait parce que si on peut me déranger, pourquoi celui qui envoie le patient ne doit pas être dérangé. De médecin à médecin, on peut parler et on a chacun notre biotope particulier. Certains éléments peuvent échapper à un observateur extérieur. On voit nos courbes qui tendent à la hausse. On sent comment la situation est en train de se propager dans notre province. On sait qu'on doit encore assurer des missions critiques parce qu'on a un SMUR dans l'hôpital et que celui d'à côté ne fonctionne plus. Tout cela, ce sont des choses qu'il est évidemment très difficile de savoir si on n'a pas passé la journée dans l'hôpital. Il est très important de protéger les soins critiques.

Il faut absolument trouver un moyen de rassurer la population, relancer les campagnes de dépistage, dire aux gens de se faire soigner tant que c'est encore possible – parce que le système de santé est bon, revaloriser la santé mentale ambulatoire, la pédopsychiatrie, les services de santé mentale dans lesquels il est très difficile de trouver des médecins et avoir une politique de vaccination

cohérente. Sur ce point, on en parle beaucoup ces jours-ci, il est primordial de protéger et de sécuriser l'hôpital et les plus faibles. Je pense que cela a été assez bien fait. Donc là aussi, c'est un débat à avoir. J'ai entendu ce qu'a dit hier le syndicat (Absym) et j'insiste, pourquoi ne pas faire confiance aux hôpitaux.

Quand je dis qu'en Belgique, on peut vacciner tous les dialysés en une semaine, il y a des gens qui ouvrent des grands yeux. C'est fort simple: les dialysés vont à l'hôpital, dans les centres de dialyses. Il suffit de donner les doses de vaccins et de ne pas leur dire de se débrouiller avec les doses de vaccins en leur possession. Moi je ne peux pas décider de vacciner mes 200 dialysés à la place de 200 soignants chez moi, mais qu'on nous donne ces 200 doses et ils seront vaccinés à la fin de la semaine. Il n'y a aucun problème. C'est la même chose pour la plupart des maladies graves, lourdes, invalidantes parce que ces patients viennent chez nous: les patients oncologiques et les patients sida ne sont pas soignés ailleurs que dans les hôpitaux. On les connaît ces patients. Il est clair que certains vont y échapper, notamment les obèses les diabétiques, mais on peut les retrouver par d'autres moyens. Cette façon a l'air tellement simple que je n'ai pas l'impression que beaucoup de monde en parle.

Par rapport au corps médical et aux soignants, on a constaté – et c'est extraordinaire – une solidarité incroyable parmi les soignants: beaucoup de courage et de bonne volonté, avec parfois des gens qui ont dormi à l'hôpital pour ne pas rentrer à la maison et contaminer leurs proches. Voilà une solidarité exemplaire! On constate aussi l'attitude du public, qui a été soutenant lors de la première vague, même s'il y a eu de petits dérapages dont on a tous entendu parler par rapport à des infirmières. Par contre, je constate maintenant que le public est critique, voire agressif. Tous les jours, on a des rapports d'infirmières qui nous disent qu'elles se font agresser par des familles qui veulent venir en masse visiter des patients, qui ne comprennent pas les mesures qu'on laisse en place pour éviter d'avoir des *clusters* dans les hôpitaux.

Concernant la durée de travail dans nos hôpitaux, je pense qu'elle a été globalement respectée. On a fait très attention à cela parce qu'on a tout de suite compris que cela ne servait à rien d'épuiser le personnel et que certains membres du personnel allaient être plus sollicités que d'autres, et qu'il fallait donc les protéger. Certains ont travaillé plus que d'autres. Les coordinateurs, les infectiologues – que je salue, les pneumologues, les gériatres – on les oublie souvent, mais les gériatres ont fait un boulot de fous.

Les directions aussi, il faut le dire. On n'a pas pris de vacances. On est là, on assume. C'est notre rôle! On ne se plaint pas.

Les médecins en formation: j'avais très tôt soulevé le problème qui pouvait résulter. Nous avons constaté une disponibilité sans faille et l'enthousiasme de la jeunesse. Aucun médecin en formation n'a fait faux bond ou s'est caché, alors que quelques seniors l'ont fait. Je n'ai pas vraiment fermé les yeux, mais je ne les ai pas pointés du doigt. Je crois que les gens ont aussi le droit d'avoir peur du covid et de ne pas vouloir aller au front, en première ligne. Il faut leur laisser ce droit.

Dans la répartition de l'effort, j'ai dû faire un tirage au sort parmi les médecins parce que le conseil médical ne comprenait pas ce que j'essayais de mettre sur pied et on a tenu compte de toute une série d'éléments. Au final, tout le monde est allé soutenir les collègues dans les unités. Même s'ils n'étaient pas tous super compétents a priori. Le fait d'avoir, en gériatrie, un dermatologue qui prêtait main-forte, c'était déjà pas mal pour le moral des gériatres. Pour répondre aux familles, encoder, cela pouvait être utile. Les gériatres pouvaient donc être davantage derrière leurs stéthoscopes.

Il n'y a pas eu d'abus dans les horaires. Mais c'est probablement variable pour les médecins en formation suivant les lieux de stage. On a la chance d'être un hôpital où de nombreux médecins sont en formation presque comme dans les hôpitaux universitaires. Nous disposons d'importantes forces que nous avons fait se relayer pour les gardes. Il y a des hôpitaux où ils sont nettement moins nombreux et je sais qu'ils n'ont pas rigolé.

Encore un élément, j'en ai parlé avec le Dr Briganti (qui était de leur syndicat): les critères de formation sont notamment basés sur la réalisation d'un certain nombre d'actes. Mais avec la crise covid, ils n'ont plus pu faire ces actes: je pense aux anesthésistes et aux chirurgiens qui ont nettement moins opéré. Je l'explique dans mes propositions: aider ces spécialistes à être reconnus à temps car dans l'intervalle, ils ont beaucoup appris sur la solidarité, l'adaptabilité et toute une série de valeurs. Cela a dû les marquer et probablement aurons-nous de meilleurs médecins dans les années à venir.

On entend souvent que les soignants ne doivent pas se faire vacciner parce qu'ils se contaminent à la maison comme tout le monde. Nous avons proposé entre les deux vagues (du 19 juin au 11 août) à tous nos membres du personnel (près de 5 mille) de faire une étude sérologique. Nous avons analysé les résultats sur la base du métier:

3 474 personnes ont marqué leur accord (80% de la population cible) et au final, nous avons réalisé 2 817 sérologies. Nous profitons actuellement de la vaccination pour en refaire, ce qui sera certainement utile au niveau scientifique.

Vous pouvez voir que si, à l'échelle globale de l'hôpital et à cette époque-là, il y avait 10,8 % de la population de nos membres du personnel qui étaient positifs, on comptabilisait 6,2 % parmi les non-soignants et 14,3 % chez les soignants.

Ceux qui ont été en contact avec le covid: parmi ceux qui disent non, 6,6 % étaient positifs, tandis que ceux qui ont été en contact avec le covid accusaient un pourcentage de 17,6 %. Il y a clairement une différence nette, indubitable, scientifiquement établie entre les différentes classes. Clairement, les soignants, et particulièrement ceux qui sont en contact avec le covid, ont plus de chances de faire une séroversion, donc d'être touchés par la maladie, donc d'être potentiellement contagieux ou d'être absents. Évidemment, les plus dangereux sont les asymptomatiques positifs. Il faut aussi noter que ceux qui travaillaient dans les unités Covid étaient moins susceptibles que d'autres soignants d'être contaminés, probablement car ils se protégeaient mieux.

Pour ce qui est du corps médical et des soignants, quelques propositions. Revaloriser l'encadrement humain dans les hôpitaux, j'en ai parlé. Mais aussi l'image des professions de santé; parce que nous avons malheureusement des difficultés à recruter dans certaines disciplines. J'ai parlé de la pédopsychiatrie, mais aussi bien sûr des infirmières.

Nous avons des infirmières toutes fraîches, qui sont arrivées juste après la première vague, juste avant la deuxième, en sortant de leur école, et qui ont démissionné au tout début de la deuxième vague. Nous avons même une infirmière qui a démissionné 48 heures après avoir été engagée parce qu'elle avait peur. Là, il y a un gros problème, alors que nous ne poussons jamais personne à être en première ligne. Quand les gens disent cela, nous évitons de les mettre sur le front.

Il faut arrêter de compter sur la bonne volonté et le bénévolat. Nous en avons eu, mais ce n'est quand même pas tout à fait normal que toute une série de soignants ont travaillé gratis pour que l'hôpital continue à tourner. L'hôpital lui-même fait un effort, nous avons dégagé plus de 1 million d'euros pour pouvoir les remercier, en plus, bien sûr, des primes reçues du fédéral et du régional. Et merci de l'avoir fait, je crois que c'est très important.

Il faut renforcer les équipes, je l'ai dit. Ne pas oublier les soins à domicile, parce que les soins à domicile nous protègent. Ils évitent que les gens n'aillent à l'hôpital.

Il faut imposer des mesures strictes pour l'accès à l'hôpital pendant la crise, et notamment les visites. Nous avons de très gros problèmes pour gérer les visites, parce que la politique n'est pas globale. À Charleroi, maintenant, nous nous sommes tous mis d'accord, nous allons imposer le masque chirurgical pour les visiteurs, parce que nous avons malheureusement des *clusters* dans les hôpitaux. Mais pour l'instant, ce sont des mesures qui dépendent de l'hôpital.

Le public dit: je peux aller dans un centre commercial avec mon épouse, et nous ne pouvons pas aller à deux en consultation à l'hôpital, nous ne pouvons pas aller voir notre grand-père en famille avec les enfants. Ils ne comprennent pas, alors que le week-end, ils vont faire les courses, parce qu'ils ne voient pas tellement la différence entre un hôpital et un supermarché.

Il faut un groupe de réflexion pour établir cela avec les directions hospitalières, mais si au moins, nous disions qu'en Belgique, nous faisons comme cela pour tous les hôpitaux, cela se discuterait beaucoup moins.

Katrien Bervoets: Dat is inderdaad wel een aandachtspunt.

In Antwerpen hebben we afgesproken dat we in Groot-Antwerpen een gelijk op- en afgaand maskerbeleid hebben voor het bezoek en ook een ongeveer gelijk op- en afgaand bezoekersbeleid. Wij stelden immers vast dat de ziekenhuizen tegen elkaar werden uitgespeeld: als ik hier niet mag komen, zal ik wel ergens anders gaan, want daar mag er bezoek komen. Dat was heel onaangenaam. Daar betere afspraken over zou een goede zaak zijn.

In ZNA hebben we ook serologische testen gedaan, waar wij eigenlijk ongeveer in dezelfde periode, iets later, augustus, gemiddeld uitkwamen in de prevalentie van de normale bevolking, of een klein beetje meer. Wij stelden wel vast dat de afdelingen die gewoon zijn om beschermende maatregelen te nemen, met name intensieve zorg en spoedgevallen, een beetje tot onze verrassing eigenlijk relatief goed scoorden. Daartegenover zag men bij de afdelingen met de verdachte patiënten, die wachten op bevestiging, en de clusters waar de patiënten lagen met COVID, waar men vaak verpleegkundigen had die normaal niet op infectiologische afdelingen werkten, wel een hogere score.

Naar aanleiding van de onrust die u misschien ook in de media hebt vastgesteld inzake de meer besmettelijke varianten, hebben wij in twee van onze huizen een globale screening gedaan van alle aanwezige medewerkers gedurende een periode van drie tot vier dagen. We hebben vastgesteld dat we opnieuw binnen de ziekenhuizen met de medewerkers ongeveer in hetzelfde bereik zaten, of zelfs soms aan de lage kant daarvan, als de bevolking. Dat is eigenlijk een bewijs dat de ziekenhuizen veilig zijn en dat de maatregelen die we nemen om in de ziekenhuizen de verspreiding tegen te gaan, werken. Dat is belangrijk voor de beeldvorming naar buiten: ziekenhuizen zijn een veilige plaats, maar je moet wel voorzichtig en aandachtsvol zijn om ze ook veilig te houden. Dit is eigenlijk een beetje de oproep aan het publiek: help ons mee om de ziekenhuizen veilig te houden, door je aan een aantal afspraken te houden als je op bezoek komt en met hoeveel je maar op bezoek komt.

In tegenstelling tot Manfredi hebben wij al wel een Britse en een Zuid-Afrikaanse variant gehad. Die vragen dezelfde maatregelen. Daar wordt ook uit ongerustheid extra op toegezien, maar dat blijft ook met de correcte maatregelen perfect beheersbaar in de ziekenhuizen. We moeten gewoon de maatregelen die er zijn, aandachtig blijven toepassen om de ziekenhuizen veilig te houden en dus klaar voor de opvang van zowel COVID- als niet COVID-pathologieën.

Manfredi Ventura: Oui, c'est un point fondamental.

Il faut savoir que, depuis l'émergence du covid, nos chiffres aux urgences ont baissé de 30 %. Certes, il y a un peu moins de bobos, mais certains cas graves n'arrivent plus chez nous. C'est un problème dont il faut tenir compte. En tout cas, il convient de transmettre à la population l'idée que les hôpitaux sont sûrs et qu'il nous importe de les maintenir en sécurité. Nous avons même déposé des *leaflets* sur les plateaux-repas pour conscientiser les patients afin qu'ils conscientisent eux-mêmes leur famille. C'est un combat quotidien, mais nous devons le mener.

Pour en revenir aux médecins en formation, il faut laisser moins d'autonomie aux commissions d'agrément, parce qu'on a l'impression que cela change un peu de l'une à l'autre. Moi-même, j'ai siégé dans l'une d'elles et j'ai souvent pu constater l'influence des grands patrons. Il convient aussi de soutenir les stages de compensation et de permettre à certains médecins qui n'ont pas pu accomplir suffisamment d'actes techniques de trouver des lieux de stage où ils pourront les

pratiquer – peut-être dans les hôpitaux où l'on trouve plus d'actes techniques. Selon moi, nous devons leur offrir cette possibilité, parce qu'ils le méritent. Ils ont assez donné pendant la crise. Honnêtement, sans eux, nous n'aurions pas pu tenir. Enfin, il faut déterminer des critères objectifs d'évaluation de la qualité des lieux de stage – car cela reste un problème pour eux.

S'agissant des mesures de compensation, comme vous le savez, les autorités – dont vous êtes – ont décidé de compenser la perte de financement des hôpitaux liée à la diminution de l'activité. C'est en cours pour les hôpitaux. Je pense que c'est raisonnable, même si tous les hôpitaux vont perdre de l'argent, boire le bouillon et se débrouiller avec moins.

Il persiste une incertitude majeure pour les médecins. Des chiffres sont annoncés, mais tout est laissé au bon vouloir des conseils médicaux, sous la supervision et la grande sagesse des directeurs médicaux – nous allons y revenir. Dans notre institution, nous avons eu la chance de bénéficier d'un système de solidarité qui fait qu'aucun médecin ne peut tomber au-dessous d'un certain plancher. Néanmoins, certains d'entre eux ont vu leurs revenus s'effondrer. On me dira que ce sont les plus riches, mais des gens gagnant très bien leur vie prennent aussi des décisions les engageant en fonction de leurs rentrées. À l'hôpital, certains se moquent d'eux en leur disant: "Maintenant, c'est à ton tour de gagner la même chose que moi." Selon moi, il ne faut pas être aussi réducteur. On parle beaucoup de l'horeca et des coiffeurs ces jours-ci, mais pas des chirurgiens se sont retrouvés au chômage et n'ont plus rien gagné. Ce ne sont pas nécessairement les gens les plus à plaindre de la population, mais il ne faut pas oublier cet aspect. Il convient donc de faire très attention, car ils ont beaucoup donné pendant la crise. À l'échelle de l'hôpital, nous essayons de coordonner tout cela.

Je pense aussi aux non-médecins indépendants, tels les kinésithérapeutes, qui se sont retrouvés sans revenus. Là encore, dans notre hôpital, nous avons décidé de jouer les banques et de les aider d'une façon ou d'une autre. Nous leur avons même accordé plus que des "avances de trésorerie".

Il y a un point sur lequel je voudrais attirer l'attention, puisque, comme je vous l'ai dit, nous avons un coordinateur de plan d'urgence hospitalier qui était coordinateur au niveau régional, dans notre hôpital, mais nous avons aussi une série d'autres coordinateurs, y compris des coordinateurs pour l'infectiologie. Il n'y a pas eu de compensations financières pour ces personnes qui, clairement, ont dû arrêter tout le reste de leurs activités et qui se

sont engagées 24 heures sur 24 dans la lutte. Mais elles n'ont pas été reconnues, à part parfois un grand titre ou un galon. Mais chose étrange, entre les deux vagues, tout d'un coup, elles ne comptaient plus pour rien et des décisions étaient prises dans leur dos.

Les propositions pour les hôpitaux sont à ajuster en fonction de l'activité covid effective. Je pense qu'il faudrait faire des contrôles. Pour avoir beaucoup travaillé, on est parfois un peu dépités d'en voir d'autres qui sortent des chiffres un peu aberrants. Il faut clairement une base pour tout le monde, liée à l'activité et surtout à la non-activité qui s'est imposée.

Contrôler la réalité des données. Nous n'avons pas de problème. Nous avons été très régos. On peut venir compter les patients.

Pour les médecins, je pense qu'il faut réduire l'importance des actes et augmenter la part forfaitaire, ce qui fait qu'il n'y aura plus cette chasse à l'acte. Chez nous, vous avez vu, je suis quelqu'un de ferme et j'essaie de ne pas laisser faire, mais il y a des hôpitaux où les chirurgiens se sont presque battus, dans le sens propre du terme, pour pouvoir recommencer à opérer, dès le moment où on rouvrirait progressivement les salles d'opération. Parce qu'ils n'avaient plus de revenus et qu'ils voulaient opérer avant les autres. Il a fallu établir une gradation suivant la sévérité des pathologies qu'ils devaient traiter. Dans mon hôpital, je n'ai pas à me plaindre. J'ai des collaborateurs intelligents et des gens qui ont plus ou moins respecté les règles. Mais il y a eu des moments de friction évidents.

Il faut limiter les écarts d'honoraires. On est tous d'accord. Il y a des écarts trop importants. Autant en début de première vague, au niveau du conseil médical, tout le monde faisait le gros dos. Ils allaient assumer et se baser sur la solidarité médicale et un plancher. Autant vous dire que quand ceux qui gagnent le plus ont recommencé à travailler comme des fous, ils se sont dit, finalement: "Je ne vais pas si mal m'en sortir, en travaillant un peu plus, je vais arriver à quand même poser tous les actes qui étaient prévus." Tout d'un coup, la solidarité a volé en éclats. J'ai vu des gens qui avaient beaucoup travaillé et qui gagnaient moins, des internistes, des gériatres –, qui se sont faits presque malmenés dans un conseil médical assez houleux. Il a fallu clairement s'interposer et dire qu'il y a un moment où il faut arrêter ce genre de choses et respecter un peu tout le monde. C'est d'ailleurs pour cela que dans la deuxième vague, je me suis dit: "Maintenant on va tous les mettre dans le bain." Je les ai tirés au sort et ils ont pu tous aller voir ce qui se passait sur le terrain et comprendre que ce n'est pas

nécessairement plus facile de jouer au gériatre avec des patients difficiles que d'être tranquille dans sa salle d'opération avec sa musique en bruit de fond. Je ne vise personne et en même temps je respecte tous les médecins.

Pour ce qui est des coordinateurs, il faut reconnaître leur travail régional et provincial. Il ne faut pas avoir recours à eux que quand le système est dépassé. Au contraire, il faut se baser sur leur expérience, leur expertise, comme je l'ai dit tout à l'heure, pour avoir des gens qui sont prêts à mener une veille entre des catastrophes et qui, eux, pourront alerter à temps les autorités. Il faut valoriser leur expertise de terrain.

J'en arrive aux médecins-chefs. Cela sera la fin de ce long exposé.

Voici les quelques constats. Je pense qu'on a assumé, tous les médecins-chefs en Belgique. En tout cas, au niveau francophone, on a échangé pas mal en téléconférence, même si on n'a plus pu faire nos symposiums habituels. On a joué un rôle central dans la gestion de la crise. Ce rôle était assumé, effectif, car c'est notre rôle et il fallait un responsable médical pour prendre les choses en main à l'échelle de l'hôpital.

Avec plusieurs collaborateurs, on a donc mis sur pied, animé et présidé des comités comme le Comité covid et on a aussi un rôle très important à jouer dans le cadre de la vaccination. On a été responsable de l'organisation des soins. On a dû prendre des décisions parfois difficiles d'admission, de refus, de transfert. On a dû imposer à des familles des transferts depuis Charleroi vers Anvers, par exemple. Ce n'est pas toujours évident d'expliquer cela à une famille qui ne comprend peut-être pas toujours le français et pour qui aller à Anvers est peut-être plus loin, c'est une image, que d'aller à Ankara. Cela a été fait. On a assumé. On a serré la vis quand il le fallait.

On a dû gérer la politique externe avec la première ligne, avec les maisons de repos. On a souvent été les porte-parole dans la presse. Vous nous avez vus dans les médias.

On a dû soutenir les équipes. J'ai la chance ou pas, de travailler très tard. Mais souvent en terminant vers 21 h 00 ou 22 h 00, j'allais voir les équipes et je crois qu'elles l'ont apprécié. Maintenant, on avait tellement de travail que je sais que des gens se sont plaints de ne pas suffisamment nous avoir vus. J'en suis vraiment peiné car on a tout fait pour soutenir les équipes. On sait que ce sont elles qui ont fait le travail sur le terrain. Rester un peu plus tard à l'hôpital, honnêtement, ce n'est rien quand on voit ce que nos collaborateurs ont subi.

Et, clairement, on vit avec un statut bancal. Les médecins francophones ont l'habitude de dire qu'on est un arbitre sans sifflet. On a d'énormes responsabilités légales mais on n'a quasiment pas de pouvoir. On a, certains plus que d'autres, des qualités de persuasion, du charisme, des équipes plus ou moins disciplinées. M. Facon nous a donné des « pouvoirs spéciaux » – il savait très bien ce qui me tient à cœur – entre novembre et avril 2021. Après, je ne sais pas. Cela nous permet de réquisitionner des médecins, d'imposer des transferts, etc.

Je pense que nous sommes clairement des acteurs méconnus et non écoutés. Nous sommes présents sur le terrain. Nous ne sommes pas trop présents en dehors de l'hôpital. Nous servons de relais effectif entre le gestionnaire et les soignants. Il y a une image que j'aime bien: "On est toujours entre le marteau et l'enclume". Nous sommes toujours les mal-aimés: les médecins nous appellent "monsieur" et ne nous disent plus "docteur". Je suis le vilain salarié, contrairement à eux tous indépendants, et fonctionnaire. Et pour le gestionnaire, on représente quand même quelqu'un d'un peu dangereux, d'inquiétant car on est médecin. Cela dépend des hôpitaux. Dans le mien, je pense que cela se passe bien. Nous sommes aussi le relais entre les hôpitaux et les lignes de soins. On voit très souvent les généralistes. C'est quelque chose que j'apprécie beaucoup. On est aussi le relais entre les hôpitaux dans le cadre des réseaux ou au-delà des réseaux.

Comment améliorer cela? Cela va bien au-delà de la crise covid. Il s'agit d'améliorer la représentativité des directions médicales aux niveaux tant fédéral que régionaux, en amont et pas seulement en aval, pas seulement quand cela va mal. On doit vraiment pouvoir jouer notre rôle pivot dans l'organisation des soins régionaux via les réseaux de soins. Il faut donc clairement donner du pouvoir aux médecins-chefs dans les réseaux de soins. Je pense que cela a été progressivement compris lors de précédente législature. Mais on a beaucoup milité en ce sens. C'est ainsi que je pense pouvoir dire que le rôle du médecin-chef a été un peu renforcé, mais aussi le conseil médical, en parallèle.

Il faut maintenir, au-delà de la crise, certains pouvoirs spéciaux qui devraient perdurer. Il faut pouvoir avoir plus que des pouvoirs d'injonction. Il faut avoir un vrai pouvoir. Il est assez extraordinaire de constater que, quand on veut licencier un médecin, c'est le directeur médical qui doit gérer les choses, sans avoir aucun pouvoir. Il a juste le pouvoir de demander l'avis du conseil médical, d'organiser éventuellement l'audit médical ciblé, de se faire critiquer et d'avoir un procès à la

sortie. Ce sont des choses que l'on vit très régulièrement.

En revanche, quand il faut virer un directeur médical, cela va très vite. Il n'existe aucune protection. Plusieurs de mes collègues ont vécu cela. Pour ce qui me concerne, j'ai eu la chance de n'avoir jamais vécu ce genre de choses. Je suis probablement l'un des plus vieux directeurs médicaux en Belgique puisque cela fait maintenant plus de 22 ans que je remplis cette charge qui est répartie entre un tout petit hôpital et le Grand Hôpital de Charleroi, ce depuis 11 ans. Mais au cours de ces 22 ans, j'ai vu beaucoup de mes collègues disparaître, passer à la trappe, sans autre forme de procès parce qu'il fallait qu'un fusible saute à l'hôpital. C'est très facile: le conseil médical se ligue avec le gestionnaire, le conseil d'administration, et le sort du directeur médical est scellé.

Il faut pouvoir avoir une autonomie par rapport au conseil médical. Ce dernier est extrêmement important. Il représente les médecins. Il doit gérer les honoraires. La loi est bien faite: il a toute une série de prérogatives. Mais il faut quand même pouvoir garder une certaine autonomie en termes de décisions qui doivent être prises parallèlement aux responsabilités médicales.

Si vous le souhaitez, vous pouvez me poser des questions sur la vaccination puisqu'on est en plein dedans. On a également beaucoup de choses à vous dire sur le sujet.

Katrien Bervoets: We hebben al heel veel informatie meegegeven. We hebben nog een paar kleine *key take home messages*.

Ik wil eerst nog eens van de gelegenheid gebruikmaken om te herhalen dat wij hier zijn als vertegenwoordigers van veel hoofddartsen. We zijn heel dankbaar dat we dat mogen doen. We zouden hier ook niet kunnen zijn zonder de steun, de inzet en het werk van heel veel artsen op het terrein, maar ook van heel andere medewerkers, de verpleegkundigen, de verzorgenden, maar ook de kinesisten, de logopedisten, de diëtisten.

Een ziekenhuis is een samenhangend weefsel, waarin zorg geleverd wordt, waarin geneeskundige zorg geleverd wordt. We hebben vooral in de eerste golf een enorm gevoel van samenhang gehad. Het gevoel was echt: we gaan hier samen tegenaan. De tweede golf was zwaarder. Er was een grote vermoeidheid.

Als we de herinnering aan de ambiance van de eerste golf in de ziekenhuizen kunnen vasthouden, die samenhang, die drive die er was om te

zorgen en om mensen te helpen, kunnen bewaren na de covidpandemie, dan kan er naast heel veel ellende en verdriet toch ook iets moois worden overgehouden. Dat is dankzij al de zorgverleners op het terrein. Ik wou daarvoor toch nog even mijn dank uitspreken.

Voor ons zijn er enkele boodschappen waarvoor we graag jullie aandacht willen vragen. We zijn aan het einde van de tweede golf. We hopen dat er geen derde golf komt. We pleiten zeer sterk om van de pandemie een opportuniteit te maken om een onderbouwd pandemieplan op te stellen, minstens voor België, maar ik denk dat we ambitieus moeten zijn en ook moeten mikken op een Europees pandemieplan.

Laten we eerst starten met de realiteit van België. We hebben een eenheid van leiding nodig tijdens een crisismoment, met duidelijke bevoegdheden voor ieder echelon. Ik zal ze niet allemaal opnoemen. Jullie zien ze staan. Het moet duidelijk zijn wie wat doet tijdens de crisis en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Het pandemieplan moet een duidelijk uitgewerkt plan voor de operationaliteit hebben, zoals Manfredi heeft gezegd. De voorraden, de lokale productie, hoe daarmee wordt omgegaan, dat alles moet worden uitgewerkt door mensen die experts zijn, niet alleen in het materiaal, maar ook in het runnen van een warehouseomgeving.

Het beslissen welke materialen er moeten zijn, is weer een andere expertisegroep. Dat gaat over mensen die getraind zijn in infectieuze aandoeningen. Zij weten wat men daarvoor moet hebben. Zij kunnen inschatten welke materialen er op dat ogenblik een vlucht zullen nemen, zodat men niet naar de Decathlon moet lopen om scubamaskers te halen.

Daarover moet worden nagedacht. Die operationaliteit moet worden voorbereid. Er moet een plan worden gemaakt om een harmonica van de ziekenhuiscapaciteit te kunnen doen, zodat dat verfijnder kan waardoor de impact op de niet-pandemiezorg kleiner wordt.

Er waren ook veel vragen over veldhospitalen, extra ziekenhuizen en extra bedden. Het probleem ligt niet zozeer bij de bedden en het ziekenhuis. Het ziekenhuis is een gebouw waarin de bedden worden geplaatst en de leiding wordt gelegd. Het probleem zijn de mensen: de kennis en de capaciteit van de mensen, om het werk op te vangen.

Wij zullen geen kast hebben waaruit wij opeens blikjes verpleegkundigen en artsen kunnen halen.

Daarover gaat het plan, namelijk over de vraag hoe wij met de beschikbare kennis, kunde, expertise en power op een andere schaal kunnen werken om een toenemende zorgvraag te kunnen opvangen.

Over de solidaire spreiding hebben wij het al gehad.

Het is ook heel belangrijk na te denken over en lessen te trekken uit de communicatie. Iedereen weet wanneer het goed ging en wanneer het minder goed ging.

Er moet een snellere en vlottere terugkoppeling naar de vloer komen. Er moet ook meer geïntegreerde informatie naar boven gaan, om de beleidsbeslissingen onderbouwd te nemen.

In de eerste en in de tweede golf hebben de federale gezondheidsinspecteurs daarin een belangrijke rol gespeeld, hoewel dat voor hen geen eenvoudige rol was. Het mooiste concept dat ik in dat verband heb gehoord, is het concept van de lift. Er moet iemand zitten die alle verdiepingen aandoet en zorgt dat alle informatie meegaat. Er is ter zake zeker ruimte voor verbetering.

Ook de afspraken over de communicatie aan de bevolking en de communicatie met de pers moeten worden herbekeken, zodat wij op een efficiëntere manier daarmee kunnen omgaan.

Last but not least, wij hebben heel veel formulieren ingevuld en heel veel informatie aangeleverd. Het moet efficiënter, wat wij ook hebben aangegeven. Er moet echter, anderzijds, ook meer beschikbaarheid zijn van de verzamelde informatie. Er waren predictiemodellen, die wij nooit hebben gezien. De cijfers die bij Sciensano zitten, zijn schitterend. Wij moeten sneller toegang tot die cijfers krijgen en ze beter begeleid kunnen interpreteren.

De wetenschappelijke cel interpreteert de informatie, stelt ze ter beschikking en kan mee de richtlijnen opstellen, maar kan ook nadenken over methodes. Wij stelden bijvoorbeeld clusters vast en zijn beginnen te testen. Er moet echter ook worden nagedacht over de manier waarop dat bepaalde type infectie zich verspreidt. Wij maken ons nu heel terecht enorm zorgen over de Britse en de Zuid-Afrikaanse variant. Wij hebben echter nog altijd geen idee op welke manier de variant zich werkelijk verspreidt. Dergelijke zaken moeten in een plan worden meegenomen.

Het feit dat wij met al ons papierwerk zo vaak terugkomen op de administratieve vereenvoudiging, is op zich sprekend genoeg.

Ik wil besluiten met, net zoals de heer Ventura heeft gedaan, te zeggen dat een duidelijk juridisch kader met bevoegdheden voor de hoofdarts absoluut belangrijk is, in een pandemie, maar ook in het normale functioneren van het ziekenhuis.

Ik denk dat we daarmee aan het einde zijn gekomen. We hebben in 2003 al een eerste keer grote schrik gehad voor een pandemie. Dat kon toen nipt worden vermeden en de impact was relatief klein. Wat mij betreft, kan de regering nu afvinken dat er werk wordt gemaakt van een onderbouwd plan. De hoofdartsen bieden u hun hulp aan om samen de schouders daaronder te zetten, met de kennis die het voorbije jaar op het terrein werd opgebouwd. De sense of urgency is er op het terrein nog altijd en ik denk dat het voor de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen een belangrijk signaal van appreciatie zou zijn, als dat onderbouwd plan nu wordt gerealiseerd.

Ik dank u voor uw aandacht en luister samen met de heer Ventura graag naar uw vragen.

De voorzitter: Ik dank u beiden van harte.

Het duurde iets langer dan een halfuur, maar iedereen bleef geboeid luisteren, dus ik denk niet dat iemand zich daaraan heeft gestoord, integendeel. Het was heel interessant.

Je vous remercie de partager vos idées et vos expériences avec nous.

Ik geef nu het woord aan de leden die bijkomende toelichting wensen te vragen.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, geachte sprekers, bedankt voor het meebrengen van al uw ervaringen.

Ik denk dat uw uiteenzetting moeilijk binnen een halfuur spreektijd had gepast. Het is goed dat wij uw analyse geheel meekrijgen. De verschillende geformuleerde aanbevelingen bieden ons de kans om erop voort te werken.

Jullie, en eigenlijk de gehele ziekenhuissector, hebben blijk gegeven van enorme flexibiliteit en efficiëntie. Ik hoop dan ook dat de derde golf aan ons voorbij zal gaan, zodat er tijd is om een beetje op adem te komen.

Ik heb nog een aantal vragen genoteerd, vooral naar aanleiding van uw tekst, die ik gisteren heb doorgenomen.

Op een gegeven moment staat in de tekst dat u eigenlijk sneller dan de overheid doorhad dat het ernstig kon worden. Begrijp ik dat goed? Hoe

verklaart u dat? Vindt u het een taak van de overheid om net de eerste signalen te capteren en op tijd door te geven aan de medische sector? Heeft de overheid op dat vlak naar uw mening gefaald? De belangrijkste vraag: hoe kunnen wij dat in de toekomst beter aanpakken?

Inzake de noodvoorraden en beschermingsmaterialen, vindt u dat er voldoende overlegd werd met de ziekenhuizen? Wanneer werd er bijvoorbeeld bij jullie gepeild naar de aanwezige voorraden?

Ik las ook dat jullie zelf beschermingsmaterialen hebben besteld, want het was nog veel erger geweest als u had gewacht op de overheid. Wat ik de situatie zo correct samen?

U spreekt terecht over de industrie en vrijwilligers die zijn ingesprongen om beschermingsmaterialen te maken. Zelf ben ik ook achter mijn naaimachine gekropen om chirurgische mutsen te maken voor mijn eigen praktijk en mijn collega's. De markt was gewoonweg leeg, het was heel erg. Vanuit het Parlement hebben wij ook tot bestellen opgeroepen. Werden jullie op de hoogte gehouden van de vorderingen in de bestellingen van beschermmaterialen door de overheid, of was daarover weinig overleg?

Wat ik ook interessant vond in de tekst was dat er gesproken werd over enkele specialisten in rampengeneeskunde, onder andere mensen met ervaring in het buitenland, zoals Artsen Zonder Grenzen. Kunt u duiden wat daarvan het voordeel was? In welke zin betekenden die specialisten een meerwaarde? Wat kunnen we daarvan meepakken naar de toekomst? Moeten wij ervoor zorgen, zoals u suggereert, dat in alle ziekenhuisnetwerken zulke expertise aanwezig is? Wat denkt u van een soort van calamiteitenhospitaal, bijvoorbeeld één of twee in het land, waar een dergelijke expertise geconcentreerd wordt en van waaruit eventueel ook opleidingen kunnen worden georganiseerd?

Er is enorm veel energie gekropen in het beheersen van deze crisis en het is belangrijk dat we die ervaring bewaren voor de toekomst. Hebt u een voorstel hoe dat het beste kan gebeuren?

Er is te weinig controle op de financiële compensaties. Hoe zou dat op een eerlijke manier kunnen beoordeeld worden?

Voor de behandeling van de covidpatiënten was er eigenlijk geen opleiding of informatie-uitwisseling. Zou dat in de toekomst wel georganiseerd moeten worden, eventueel in samenwerking met de universiteiten?

Ik was erg geboeid door de cijfers van de besmettingen bij de zorgverstrekkers. Daar is namelijk moeilijk aan te geraken. Vindt u het belangrijk dat die cijfers gerapporteerd worden en dat zorgverstrekkers meer getest worden? In andere landen wordt daar blijkbaar wel beter over gerapporteerd.

Het was ook interessant om dokter Bervoets te horen zeggen dat er niet meer besmettingen waren op de covidafdelingen dan bij de gemiddelde populatie. Dat toont dus het belang aan van infectiepreventie en een goede kennis van hoe met infecties om te gaan. Ook dat is een belangrijke vaststelling voor de toekomst.

Over de transporten tussen de ziekenhuizen. Limburg was erg getroffen tijdens de eerste golf. En toen waren er ook problemen met het transport tussen de ziekenhuizen. De afstand tussen Limburg en Oost-Vlaanderen is bijvoorbeeld groot. Van de militairen die die transporten begeleiden, hebben we gehoord dat ze zich daar niet zo comfortabel bij voelden door een gebrek aan ervaring. De patiënten waren bovendien vaak in een heel fragiele toestand, zodat de intensivisten van het ziekenhuis vaak mee moesten. Maar zo werden die dan weer gemist op de werkvloer. Is er daar een oplossing voor? Ik heb ook gehoord dat het heel moeilijk was om een helikoptertransport in te richten. Hoe kunnen we dat in de toekomst verhelpen?

Het ingeven van alle data was heel arbeidsintensief. Persoonlijk vind ik dat in deze crisis het belang van de verzameling en uitwisseling van gegevens zwaar onderschat is. Uiteindelijk moet ons beleid daarop gestoeld zijn. We kunnen daar ook veel uit leren en het kan helpen om de ziekte beter te doorgronden.

Ik ben zelf reeds een tijdje op zoek naar de mortaliteitscijfers, maar het blijkt heel moeilijk te zijn om eraan te geraken. Denkt u dat het automatiseren van data en dataopslag kan helpen? Kan het genereren van data geautomatiseerd worden, waardoor er misschien ook een eerlijkere weergave is van het werkelijke aantal mensen op de verschillende afdelingen, wat een voordeel zou kunnen bieden voor de afrekening?

Ik las ook ergens dat de GDPR niet altijd werd gerespecteerd. Kunt u dat verder toelichten?

U zegt dat u zelf epidemiologen en biostatistici hebt geraadpleegd om nog nauwkeurigere data te bekomen. Ik vind dat zonde, want de gegevens waren er. Ik vind het heel erg om van u te horen dat zelfs u geen toegang had tot die data. Dat moeten wij echt goed blijven onthouden. Dat mag niet meer

gebeuren in een eventuele volgende crisis.

Vanochtend hebben wij de arts-specialisten in opleiding gehoord. Zij vertelden dat de aanmoedigingspremies nog niet overal zouden zijn uitbetaald. Hebt u er een zicht op hoe dat zit in de verschillende ziekenhuizen? Wat kan de reden zijn dat die eventueel nog niet zijn uitbetaald?

Het volgende punt gaat deels ook over de opleiding van de artsen, maar ook over de uitgestelde zorg. Er werd veel zorg uitgesteld, waarvan wij waarschijnlijk later pas de gevolgen ten volle zullen kunnen inschatten. Denkt u dat er te veel zorg werd uitgesteld? Had u daarin liever zelf meer kunnen beslissen? Of denkt u dat het net goed is dat eerder het voorzichtigheidsprincipe werd gehanteerd?

Met betrekking tot de tests en de klinische labo's, het was ook onze indruk dat er ergens miscommunicatie was, dat er heel weinig overleg was met de klinisch biologen en dat er in het begin heel veel is geconcentreerd bij het nationaal referentielabo. Denkt u dat wij er in de toekomst voor moeten zorgen dat die tests veel sneller kunnen worden verspreid over de verschillende labo's? Had dat in de eerste golf een verspreiding van het virus kunnen beperken? Waren die industriële labo's een noodzaak of had dat perfect door de bestaande labo's kunnen worden opgenomen?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Madame, monsieur, merci à vous pour le rapport écrit, qui était vraiment très complet, et aussi pour votre exposé, qui était à la fois axé sur des constats, mais aussi sur des recommandations et des propositions concrètes. C'est très précieux, dans notre travail, parce que cela nous permet d'avoir les idées très claires, en tout cas par rapport à ce que vous proposez.

J'ai toute une série de questions. Je vais revenir, d'abord, sur le rôle des hôpitaux, que vous décrivez dans un premier temps comme étant central, et qui était le seul acteur effectif en début de crise. Ensuite, vous avez aussi dit que le rôle de la première ligne était important, et que vous avez travaillé main dans la main.

Je sais qu'à Charleroi, il y a eu des initiatives de postes de garde dès le début de la première vague, qui ont joué un rôle central, tout comme les médecins généralistes. Ces derniers ont certainement dû se débrouiller peut-être plus difficilement, et de manière moins organisée que les hôpitaux.

Pour l'avenir, quelles sont vos recommandations pour que le réseau hospitalier et les réseaux de la

première ligne puissent réellement travailler main dans la main? La première barrière, dans cette pandémie, ce sont quand même les médecins généralistes qui ont dû la gérer. Il est clair qu'ils étaient mal préparés, et ce n'était pas de leur faute, mais c'était quand même un grand problème.

Par rapport aux normes de financement qui seraient davantage au forfait qu'à l'activité, je vous rejoins totalement. Les exemples que vous avez donnés étaient assez éloquentes. Vous avez parlé aussi, lors de la seconde vague, d'avoir pu tirer au sort pour que des chirurgiens aillent travailler dans une unité de gériatrie. Comment se fait-il que cela n'a pas été possible lors de la première vague?

Concernant les critères de prise en charge des patients, vous confirmez que l'approche a été prise différemment selon les hôpitaux. Chaque comité éthique a défini ses propres règles. Il n'y avait pas de ligne de conduite globale de la part du fédéral. Vous dites que, dans votre hôpital, vous n'avez pas été confrontés à des décisions complexes. Avez-vous des cas concrets d'autres hôpitaux où des décisions compliquées ont dû être prises?

Vous parlez de régression en termes de qualité des soins en lien avec le report des soins, ce qui est inquiétant. Vous parlez de pathologies que vous ne voyez plus et qui réapparaissent. À votre avis, combien de temps faudra-t-il pour revenir à une situation normale? Quelles ressources seront-elles nécessaires pour revenir à cette situation?

Concernant les critères relatifs aux transferts entre hôpitaux, nous avons posé beaucoup de questions en commission de la Santé à ce propos, surtout lors de la seconde vague. Selon les réponses qui nous ont été données par le ministre, le monitoring fonctionne généralement assez bien, ce qui n'a pas l'air d'être le cas, à entendre vos explications. Cette différence de point de vue concerne-t-elle plus la première ou la deuxième vague? Ou estimez-vous que les critères de transfert entre hôpitaux sont excessivement lacunaires et devraient être complètement revus?

Pour terminer, je voudrais dire quelques mots sur la vaccination des patients les plus vulnérables. Le Dr Devos a expliqué, ce matin, qu'il n'était pas possible d'établir de liste parce qu'il n'y avait pas de données dans le dossier médical des patients permettant d'analyser qui avait des problèmes de comorbidité. Vous dites qu'il est possible de vacciner ces personnes vulnérables car les données sont disponibles dans les hôpitaux. Je pense notamment aux personnes dialysées. Ces données ne sont-elles disponibles que dans les hôpitaux ou existe-t-il un problème général de gestion des données expliquant que ces données

ne soient pas disponibles dans les dossiers médicaux, comme le disait Dr Devos? Cela est assez interpellant.

Enfin, comment définiriez-vous l'utilité des pouvoirs spéciaux qui ont été donnés aux médecins-chefs, à partir de novembre? Pourriez-vous nous faire un petit bilan?

Je vous remercie pour tous les éléments que vous nous avez apportés et le temps que vous nous avez consacré.

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, madame Bervoets, monsieur Ventura, je voudrais, tout d'abord, vous remercier pour les réponses que vous nous avez fournies ainsi pour votre exposé très complet. Vous avez très bien débroussaillé notre travail en faisant des suggestions et en proposant des améliorations dont nous pourrions tenir compte, vu l'expérience qui est la vôtre, dans le cadre de la réalisation de notre rapport. Cet apport est précieux.

On le sait et cela été dit par M. Ventura, les plans d'urgence hospitaliers sont adaptés à des urgences ponctuelles de courte durée et non à une situation de pandémie telle qu'on la connaît. Ils ont une vocation d'urgence et non pas pérenne.

Monsieur Ventura, vous avez dit que la mise en place avait été efficace et rapide dans les hôpitaux. Pourriez-vous expliciter davantage s'ils doivent être adaptés et comment ils pourraient l'être? Avez-vous disposé de suffisamment de moyens pour permettre la mise en application de ces plans? Disposez-vous de suffisamment de moyens pour permettre leur adaptation?

J'ai bien entendu, notamment dans le chef de Mme Bervoets, la nécessité d'adapter notre plan pandémie. Nous en sommes tous conscients. Cela revient régulièrement dans les auditions. J'ai bien compris qu'idéalement, cela devrait être un plan européen. Je serais tenté de dire, malgré ma nature optimiste, que si on peut déjà en avoir un clair et adapté en Belgique, ce serait une très bonne chose. Je note que les médecins-chefs sont enclins à aider à sa réalisation ou son actualisation.

Pour ce qui est de la collaboration, les hôpitaux ont joué un rôle central. Parlez-nous de l'efficacité de la mise en place toute récente des réseaux hospitaliers! Dans le cadre de la gestion de la crise, cela-t-il eu des impacts? Quels en ont été les aspects positifs et ou négatifs? Cette mise en réseaux a été planifiée pour davantage d'efficacité. En période covid, a-t-elle prouvé son efficacité? Y a-t-il eu des pierres d'achoppement ou des éléments de force dont vous pouvez témoigner?

Au niveau de la communication, j'ai bien compris qu'il y a eu un avant et un après, un constat très clair d'un changement de paradigme entre la première et la deuxième vague. M. Ventura l'a affirmé; par exemple, la mise en place du commissariat corona a été une plus-value.

Puisqu'on travaille à charge et à décharge, ce sont aussi des éléments intéressants dont on doit tenir compte. Il y a certainement eu une prise de conscience et une amélioration, notamment au niveau de la communication.

Concernant le rôle de l'armée, j'ai compris par vos interventions qu'il s'était surtout limité, au niveau hospitalier, à du contrôle d'accès. On devra aussi en tenir compte parce qu'il y a, au sein de l'armée, des femmes et des hommes de très grande qualité, qui peuvent venir en appui, notamment au sein d'équipes fatiguées ou décimées par la maladie ou le burn-out. En temps de crise, on doit aussi pouvoir utiliser toutes nos ressources. On a assurément des femmes et des hommes qui pourraient être mobilisés plus rapidement et autrement que pour un contrôle d'accès.

Concernant les reports des soins, monsieur Ventura, vous avez parlé d'une réelle régression dans la qualité des soins. Vous avez d'ailleurs eu des témoignages alarmants, notamment du service oncologie. Au-delà des recommandations déjà formulées dans les diapositives, y a-t-il des leçons à tirer, des points d'attention par rapport à l'arrêt des activités dites non urgentes? Pour le futur, au vu des conséquences délétères tant sur les finances hospitalières que sur la santé des patients, y a-t-il des pistes pour éviter les reports de soins, notamment des patients chroniques dont l'accompagnement a été mis entre parenthèses? Comment assurer une reprise optimale et une récupération de tous ces reports de soins? Il y a en effet eu le temps des reports, mais il faudra aussi prévoir le temps de la reprise. Je sais que toute une série de soins ont déjà repris depuis un petit bout de temps, mais comment pourrait-on fluidifier la récupération de ces reports?

Au niveau des mesures financières, vous avez également été très complet et mes collègues ont déjà abordé ce point.

La santé mentale est un sujet qui m'interpelle. Le GHdC semble avoir été, dès la première vague, très attentif à cette problématique. En pratique, quelles sont les initiatives les plus efficaces selon vous, qui permettent de recevoir l'adhésion de celles et ceux qui en ont besoin? Il serait intéressant que vous nous donniez l'une ou l'autre piste par rapport à la santé mentale.

Pourriez-vous nous faire connaître l'une ou l'autre piste relative à la santé mentale?

Enfin, votre approche de la vaccination a retenu mon attention. Vous avez notamment indiqué, sans intention provocante, qu'il était possible de vacciner tous les dialysés de Belgique en une semaine, puisqu'il suffisait de prévoir les doses et de les leur injecter lors de leur visite hebdomadaire à l'hôpital. Quelles autres pistes pourriez-vous nous suggérer à ce sujet? Nous savons que les vaccinations sont en cours et qu'elles constituent un tournant que nous ne pourrions pas louper. Il s'agit d'une des pièces essentielles qui nous permettront de reprendre une vie normale le plus rapidement possible.

Le *slide* était vide, mais M. Ventura a dit que vous étiez d'accord d'en discuter: avez-vous également des pistes de réflexion en ce domaine? Si c'est le cas, n'hésitez pas à les partager avec nous.

Dominiek Snelpe (VB): Ik dank de sprekers voor hun zeer uitvoerige en verhelderende uitleg.

Wel heb ik nog enkele vragen.

Bij het begin van de uiteenzetting werd er gezegd dat men de transfers eigenlijk niet zag zitten, men was daartegen. Verder in de uiteenzetting hoorde ik echter dat alles goed verlopen was en dat het uiteindelijk de redding bleek voor bepaalde ziekenhuizen. Hoe zit het met die tegenstrijdige gevoelens? Bij het begin zag men het niet zitten, het plan werd toch uitgevoerd en uiteindelijk is het gelukkig goed verlopen. Zat dat niet in de bestaande noodplannen voor de ziekenhuizen? Werden die soms nog nooit toegepast? De Aalsterse burgemeester zei dat hij daar niet aan zou meewerken en kreeg daarvoor veel kritiek over zich heen. Ik had daar dus graag wat verduidelijking over gekregen.

Voorts had men het over een gebrek aan gegevens, iets wat we al verschillende keren gehoord hebben, niet alleen hier maar ook in de commissie voor Gezondheid. Men zegt wel vaker dat men geen cijfers heeft, dat is jammer genoeg blijkbaar typisch voor ons land. Als men cijfers over iets wil, moet men even over het muurtje kijken, want in Nederland is er blijkbaar meer cijfermateriaal voorhanden. Er is bijvoorbeeld ook het feit dat het vaccinatiedashboard oorspronkelijk door een burger op poten gezet werd in plaats van door de overheid. Dat doet toch vragen rijzen. Hebt u er een idee van waarom het zo gaat in België? Andere landen blijken het immers beter te doen. Waar knelt het schoentje volgens u? U geeft aan dat u onderling wel gegevens uitwisselt. Waar zit

het probleem dan? Waarom kan dat niet beter gecoördineerd worden? Welke rol speelt Sciensano daar bijvoorbeeld in? Graag wat meer uitleg daarover.

Wat de strategische stock betreft, u hebt dat punt maar even aangeraakt. U hebt gezegd dat u toen wist dat u te kort zou komen, mevrouw Bervoets, maar waren jullie ervan op de hoogte dat er een strategische stock was? Die werd namelijk aangelegd naar aanleiding van de crisis in 2003. Waren jullie van het bestaan ervan op de hoogte? Waren jullie er ook van op de hoogte dat die opeens leeg was? Wanneer waren jullie daarvan op de hoogte? Wie heeft jullie daarvan op de hoogte gebracht? Of hebt u alles via de pers moeten vernemen?

Het ging ook over de testen en de oproep om de labo's van de ziekenhuizen te waarderen en niet steeds privélabo's in te schakelen. Was het dan niet nodig dat de privélabo's opgevoerd werden? Konden het ziekenhuizen het volledig bolwerken zonder de privélabo's?

Wat ik nu al bijna een jaar lang mis, gedurende de hele coronacrisis, is de factor immuniteit. Er wordt een eenzijdige nadruk gelegd op de mondkmaskers, handgel, afstand houden en quarantaine, maar we horen ook dat mensen die een goed immuunsysteem hebben, minder vatbaar zijn voor het virus. De overheid heeft niets gedaan om de nadruk te leggen op het belang van een gezond leven, om het immuunsysteem te versterken. Hebben wij daar de boot gemist of is dat volgens jullie niet zo belangrijk als de andere maatregelen? Volgens mij zijn beide nodig, maar de maatregelen werden overgeaccentueerd, terwijl immuniteit niet ter sprake kwam. Wat is jullie mening daarover? Wat zijn jullie inzichten?

Wat de vaccinatie betreft, vanmorgen hebben wij van de artsen-specialisten gehoord dat zij blijkbaar niet mee gevaccineerd worden in de ronde van de verpleegkundigen en het zorgpersoneel. Er is mij ook al ter ore gekomen dat ook het onderhoudspersoneel dat actief is op covidafdelingen, blijkbaar nog moet wachten. Het zou eerst aan het zorgpersoneel zijn. Het onderhoudspersoneel, dat toch ook een groot besmettingsgevaar loopt, moet wachten op de volgende ronde. Het meest frappante dat we vanmorgen gehoord hebben, was dat de artsen-specialisten in opleiding blijkbaar ook niet onmiddellijk samen met de verpleegkundigen gevaccineerd worden. Kunt u dat bevestigen?

Kunt u dat duiden? Want wij vielen bijna van onze stoel vanochtend.

Er worden steeds cijfers gegeven over onder andere de besmettingen en de sterfte. Maken jullie in de ziekenhuizen een verschil tussen overlijden door covid en overlijden met covid? Er is namelijk heel wat te doen geweest over de interpretatie van onze cijfers. Wij deden het niet zo goed volgens die cijfers. Maar, zeiden de experts, dat was omdat wij anders telden. De anderen tellen anders en blijkbaar niet zo nauwkeurig.

Maakt u een verschil bij het tellen? Is er voor u een verschil tussen overlijden door covid en overlijden met covid, of hebt u dat allemaal in één grote pot coviddoden gegoten?

Over de veiligheid in de ziekenhuizen dan. Uiteraard hebben jullie je best gedaan het zo veilig mogelijk te houden door vaak twee stromen te organiseren, in de mate van het mogelijke.

Toch zie ik bijvoorbeeld in mijn thuisstad, Brugge, dat er immense uitbraken waren in bepaalde ziekenhuizen. Dat kwam dan in de media en onder andere daardoor werden mensen bang naar het ziekenhuis te gaan. Misschien kwam dat ook door de overreactie van de overheid, die altijd hetzelfde deuntje zong, namelijk: hou afstand, blijf in uw kot, blijf thuis, kom niet buiten. Mensen bleven uiteindelijk echt thuis en stelden zorg zo lang mogelijk uit, waardoor wij nu heel wat alarmerende berichten horen.

Enerzijds hebt u terecht alles gedaan om de ziekenhuizen zo veilig mogelijk te houden. Anderzijds horen wij dat er her en der uitbraken zijn. Ligt dat dan aan de organisatie ziekenhuis per ziekenhuis? Of kunt u mij andere oorzaken noemen en andere inzichten geven?

Michel De Maegd (MR): Je remercie vivement les docteurs Bervoets et Ventura pour cette présentation pragmatique, étayée, qui est en fait basée sur vos constats de terrain, ce qui est fondamental pour les travaux de cette commission. Elle a également la vertu importante de nous amener une série de propositions en regard de ces constats et c'est véritablement le sens de notre commission et du travail qu'elle doit faire. Votre apport à ce point de vue est clairement une plus-value et je vous en remercie.

D'un point de vue macro, vous avez dit, monsieur Ventura, que ce début de crise avait été la démonstration par l'absurde de l'inefficience de la régionalisation des soins de santé. Nous avons souvent entendu dans cette commission qu'il y avait réellement un problème entre la séparation du curatif et du préventif. Plaidez-vous pour une réfédéralisation ou simplement pour un regroupement du préventif et du curatif au même

niveau de pouvoir, fût-il régional?

En ce qui concerne la communication, vous avez dit des choses intéressantes, notamment au sujet de ce groupe WhatsApp qui s'était créé pour qu'il y ait une communication entre les hôpitaux, au moment où la communication était particulièrement déficiente. C'était d'ailleurs le même message que nous avait donné le docteur Belkhir au début de notre commission. Cela a-t-il pu s'améliorer réellement au fil de la crise, dans la ligne du temps? Peut-on, si ça s'est réellement amélioré, pérenniser les acquis de cette amélioration dans un éventuel futur plan pandémie?

S'agissant des hôpitaux, vous avez dit énormément de choses intéressantes. Je ne vais pas revenir sur tout mais une chose m'a paru particulièrement intéressante. Vous avez dit: "Ils sont devenus les centres de formation où on a appris pendant la crise". Vous avez évoqué l'intranet, avec des centaines de procédures. Si chaque hôpital a, de son côté, mis toutes ses procédures sur un autre site intranet, pensez-vous qu'une mise en commun est envisageable pour tirer les leçons de cela? Au-delà de la mise en commun, ces procédures sont-elles répliquables pour d'autres pandémies ou d'autres crises avec d'autres agents pathogènes que le covid-19?

C'est important parce que – et vous avez insisté –, il faut favoriser les échanges de bonnes pratiques qui pourraient donc servir de leçon.

Madame et monsieur, nous avons entendu votre volonté affirmée de responsabiliser davantage les hôpitaux et de les impliquer davantage dans la gestion de la crise. Dans le même temps, vous dénoncez – à mon avis, à juste titre –, une grande surcharge administrative. Là encore, au fur et à mesure de la crise, avez-vous vu une évolution, tant dans une meilleure implication des hôpitaux dans la gestion de crise que dans une éventuelle diminution de la surcharge administrative? Dans les deux cas, notre commission doit tirer des enseignements.

En ce qui concerne l'épuisement du personnel, toutes les choses sont évidemment très claires. Comme vous l'avez exprimé, c'est une crise sans fin pour le personnel, qui est déjà rompu en temps normal à des horaires difficiles. De même, les effectifs sont limités, en particulier dans les services aigus ou dans les services de surveillance où l'on ne trouve, si je ne m'abuse, qu'une infirmière pour 30 lits durant la nuit. À mon sens, cette commission doit tenir compte de ce facteur d'épuisement du personnel et de ses conséquences sur la santé mentale du citoyen, bien entendu, mais aussi du personnel hospitalier.

Pour ce qui concerne le plan d'urgence hospitalier, monsieur Ventura, vous évoquiez la nécessité de l'affiner en un plan inter-épidémique (PIE). En l'occurrence, j'aurais aimé entendre plus de détails quant à votre suggestion, parce qu'elle me semble intéressante.

En ce qui concerne les MRS, le tableau était évidemment difficile. Nous l'avons beaucoup entendu tout au long des auditions ici et à d'autres niveaux. J'aimerais vous interroger sur le rôle du médecin coordinateur. Vous indiquez que les MRS nécessitent l'imposition d'un projet thérapeutique. Selon moi, il peut être porté par les médecins-conseils de chaque MR et MRS. Récemment, j'ai été frappé par une enquête de l'émission "Investigations" diffusée à la RTBF. Un médecin y expliquait que, comme il était attaché à une maison de repos privée, il remplissait uniquement un rôle de conseil et ne pouvait donc rien imposer à la direction. Un médecin-conseil témoignait également en ajoutant: "À force de donner des conseils qui ne plaisaient pas, je me suis fait virer de la maison de repos." Ne conviendrait-il pas de légiférer pour que le rôle du médecin coordinateur en MRS soit plus contraignant, lui offrant ainsi une liberté de parole au regard des obligations thérapeutiques? Cela me semble relever du bon sens.

On a toujours accepté tous les patients des maisons de repos. Je retiens cela aussi. En effet, comme vous l'avez dit, il y a eu cette rumeur née je ne sais pas comment. D'ailleurs, il faudrait peut-être essayer de comprendre comment cette rumeur a pu s'étendre. Les maisons de repos ont cru qu'elles ne pouvaient pas hospitaliser des gens d'un certain âge. Quelque part, ce que vous avez dit me soulage: on a toujours accepté tous les patients des maisons de repos.

À votre estime, comment éviter que ce type de rumeurs puisse à nouveau se propager? J'imagine qu'on en revient au problème d'une meilleure communication. Je vous entendrai là-dessus.

Enfin, un point qui m'a paru interpellant est ce recours excessif à la téléconsultation. Vous êtes médecin et je comprends donc d'autant mieux que vous plaidez pour une consultation en rapport direct, même si le patient est masqué. C'est toujours plus facile pour faire son anamnèse. Par rapport à cette téléconsultation et à ce phénomène qui finalement a pris de l'ampleur, avez-vous vu, au fur et à mesure de la crise, une diminution du phénomène de la téléconsultation ou est-ce devenu un réflexe, peut-être par confort du médecin ou du patient? Que faut-il faire en la matière? Ce sont les questions essentielles que

j'avais à vous poser. Je vous remercie.

De **voorzitter**: Mevrouw Farih heeft ons ondertussen al verlaten, maar al haar vragen waren beantwoord, heeft ze mij laten weten. Mevrouw Merckx is verontschuldigd.

Jasper Pillen (Open Vld): Dank u aan de sprekers en al hun werknemers. We mogen niet vergeten om dat telkens te doen.

Het was een zeer positieve en zeer volledige bijdrage. Niet alleen heeft u al grotendeels geantwoord op de vragen, u deed ook telkens aanbevelingen. Dat heeft deze commissie absoluut nodig, naast beste praktijken vanuit de sectoren die wij horen.

De heer De Maegd heeft daarnet al een en ander gezegd over het institutionele aspect. Ik zal niet herhalen wat ik daar elke week over vertel. Het pandemieplan komt ook telkens naar voren. Trainen en voorraden aanleggen, zijn uiteraard van groot belang en zullen ook een plaats moeten hebben in ons eindverslag. Over de rol van Defensie was dokter Ventura heel duidelijk. Ik schrok er een beetje van. Ik zit ook in de commissie voor Landsverdediging, dus ik ken Defensie redelijk goed. Dat toont opnieuw dat we die pandemieplannen echt wel nodig hebben en dat iedere aangeduide actor daarin een rol moet spelen bij een crisis. Dat is bijzonder belangrijk. U haalde met de beste bedoelingen een voorbeeld aan over Defensie, en dat bewees dat er moet getraind worden en voorbereid worden naar best vermogen.

Dokter Ventura, u zei dat de ziekenhuisnetwerken zeer goed gefunctioneerd hadden, nochtans bestonden die nog niet heel lang toen de pandemie begin 2020 begon. Op welke manier hebben die dan precies een meerwaarde gehad? Was dat bijvoorbeeld op vlak van de gedecentraliseerde stock van persoonlijk beschermingsmateriaal? Dat kwam veel aan bod in uw presentatie. Moeten dit soort uitdagingen behandeld worden op het niveau van zo'n netwerk? Moet de verdeling van de patiënten ook op dat niveau besproken worden?

Dokter Bervoets, heeft het netwerk ZNA even goed gewerkt? Deelt u de mening van dokter Ventura? Ik vond het trouwens mooi hoe jullie elkaar voortdurend afwisselden. Dat was ook een van de eerste keren dat we dat zagen.

U hebt beide zeer pertinente opmerkingen gemaakt over de noden in de woon-zorgcentra, bijvoorbeeld persoonlijk beschermingsmateriaal, maar ook over de kennis en het goede gebruik ervan, en het gebrek soms aan professionalisering.

De woon-zorgcentra behoren tot de bevoegdheid van de deelstaten, maar ik vraag mij af of u bent gehoord door de regionale parlementaire commissies. Of zijn collega's van u daar uitgenodigd en gehoord? Dokter Ventura, op welke manier ziet u de rol van de ziekenhuisnetwerken die zich ook tot de woon-zorgcentra zouden moeten uitstrekken?

Dokter Bervoets, is de situatie in Vlaanderen met de eerstelijnszones, die eveneens relatief recent zijn, beter, anders of vergelijkbaar? Vindt u daar een integratie met de ziekenhuisnetwerken nodig?

U bevestigde daarnet dat het distributieplan van patiënten heel goed heeft gewerkt, maar dat erover moet worden gewaakt dat de verdeling van de patiënten op basis van objectieve criteria gebeurt en dus door iemand die zicht heeft op het globale plaatje. Was dat dan niet het geval binnen de taskforce? Of was dat misschien een kwestie van data? Zijn er te weinig of niet altijd correcte cijfers over de bezettingsgraad doorgegeven?

Dokter Ventura, u zei dat sommige ziekenhuizen hun patiënten lieten vertrekken om de capaciteit op peil te houden. Wat bedoelt u daarmee? Dat lijkt een eenvoudige vaststelling, maar wat is daarvan precies de impact?

Er werd gesproken over ziekenhuizen waar men op basis van leeftijd besliste wie naar intensieve zorg mocht en wie niet. U gebruikte daarvoor de term *ageism*. Heb ik goed begrepen dat het enkel over covidpatiënten ging? Op welke manier valt dit te rijmen met het feit dat de maximale capaciteit op intensieve zorgen in ons land nooit werd bereikt en die oefening dus eigenlijk niet nodig was?

U hebt daarnet gepleit voor duidelijke regels in geval van noodsituaties en om, als het over het leven van een patiënt gaat, de artsen te begeleiden bij het maken van die verscheurende keuze. Dat is iets dat we al vaak hebben gezien en dat vaak werd gemediatiseerd werd doorheen de coronacrisis. Nochtans hebben artsen van intensieve zorg daarvoor ethische richtlijnen opgesteld. U zegt dat u daarvoor pleit. Volstaan die richtlijnen dan niet of vindt u dat het de taak van de overheid zou moeten zijn om een dergelijke richtlijn uit te vaardigen?

Hoe verhoudt zich dat tot de therapeutische vrijheid die u ongetwijfeld zeer dierbaar is? Graag uw mening daarover.

De **voorzitter**: Ook mevrouw Jiroflée is deze middag verontschuldigd.

Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie parce que, pendant cette crise, vous vous êtes mobilisés

malgré une grosse pression en tant que chefs d'orchestre dans nos hôpitaux, pour prendre en charge les patients et pour permettre aux soignants, eux-mêmes sous pression, de travailler dans les conditions les plus idéales que possible et avec à cœur une importante qualité des soins.

Je vous remercie pour votre travail synthétique intéressant. Il y a de nombreux points concrets et je ne reviendrai pas sur les recommandations que vous avez faites et que je partage. Pour votre information, elles sont d'ailleurs convergentes avec une série de recommandations et de constats que nous avons reçus, à l'occasion de l'audition d'autres d'acteurs. La convergence forte entre vous est intéressante. Vous rajoutez parfois des précisions de manière très ciblée sur les hôpitaux et sur l'articulation entre les hôpitaux, la première ligne et les structures intermédiaires. Tout cela doit être coulé dans un plan pandémie belge et idéalement européen.

Je ciblerai quelques éléments précis. Il y a de nombreuses choses que je voudrais évoquer avec parfois des questions plus précises, mais nous ne pourrions le faire ici.

Lors de l'annonce de la fameuse destruction des équipements de protection individuelle, il nous a été dit qu'en fait une autre approche avait été conçue pour que les stocks soient dynamiques. En soi, c'est une bonne chose sur le plan théorique. Avant le début de la crise, y avait-il déjà eu des contacts avec une quelconque autorité qui vous aurait contactés pour agir au travers d'un groupe de travail ou pour discuter de la mise en place de stocks dynamiques d'équipements de protection individuelle, tous types de pays? Si oui, avec qui?

Au niveau du *testing*, c'est un fait qu'il y a eu, dans un premier temps, un laps de temps trop long. Il a d'abord été strictement limité à deux laboratoires, puis étendu grâce à la mise en place de la plateforme avec les pharmas. Il nous a été expliqué et justifié à ce moment-là que ce choix était dû aux laboratoires (essentiellement les laboratoires hospitaliers) qui étaient dans l'incapacité d'assurer correctement les besoins sur plan quantitatif.

Pouvez-vous confirmer cette incapacité de la part des laboratoires et si ces questions ont été adressées, anticipativement à la décision, aux hôpitaux et/ou aux laboratoires? Sont-ils passés directement par la direction médicale ou directement par les laboratoires? Nous récolterons prochainement les auditions des laboratoires, mais si c'est passé par vous, cela m'intéresse. Est-ce que cette demande a été faite et, dans l'affirmative, la réponse a-t-elle été que vous ne pouviez l'assumer?

Je reviens sur un point majeur indépendant de la crise et d'un plan pandémie qui est vital et non pas depuis la crise coronavirus qui a compliqué les choses: les ressources humaines. La plus grosse difficulté à ce niveau-là, ce sont les infirmiers. Il va falloir rehausser les normes d'encadrement et pas uniquement pour la nuit! Nous connaissons les études de référence du KCE, les comparaisons de *benchmarking* international, les études sorties sur la mortalité des patients par infirmier. On sait que c'est vrai pour la nuit. L'étude KCE l'a démontré: les normes, en Belgique, sont catastrophiques. Ceci étant, il y a une grosse différence entre les hôpitaux.

Dans les écoles d'infirmiers, on constate une chute impressionnante du nombre de jeunes qui s'engagent dans ces études.

En sus de la revalorisation salariale, de l'attractivité, de la révision de la norme d'encadrement tout au long de la carrière professionnelle y compris la fin de carrière, des dispositions visant à un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, etc. voyez-vous une autre mesure majeure qui permettrait d'attirer à nouveau des jeunes vers cette formation et, éventuellement, des mesures qui permettraient de reconquérir des infirmiers ayant un visa, mais qui, depuis un certain nombre d'années, ont quitté le secteur des soins de santé?

Pensez-vous qu'il existe la possibilité d'aller rechercher ces infirmiers par le biais éventuel de mesures particulières pour les ramener dans le secteur des soins de santé?

Pour ce qui est du recrutement des infirmiers, la majeure partie des hôpitaux est en difficulté. Cela rend l'organisation des soins difficile au sein de différentes unités. C'est un enjeu, selon moi, crucial. Des dizaines de milliers d'infirmiers sont en dehors du circuit des soins de santé, malgré leur visa.

Pensez-vous qu'un statut de crise pendant la crise, où l'on rembourserait l'employeur actuel, aurait permis de bénéficier au moins de façon transitoire de ces infirmiers, non pas en unité covid ou en soins intensifs, mais dans d'autres, car il y a toute une série d'autres soins à assumer à l'hôpital?

Le volet RH me semble plus important côté infirmiers que côté médecins.

Au sujet des patients et des soins non covid, vous l'avez bien démontré, l'enjeu est majeur et les retards diagnostiques au niveau oncologique ou cardiovasculaire sont véritablement problématiques. Vous avez bien montré les courbes et la

reprise des activités électives. Ceci étant, entre les deux vagues, il y a une différence de gestion des soins non covid. Par exemple, le maintien des consultations a été beaucoup plus ouvert au cours de la seconde vague. Pensez-vous, selon l'expérience des deux vagues, que l'on puisse encore trouver de manière encore plus importante que dans la seconde vague, une forme d'équilibre permettant de maintenir encore mieux des soins non urgentissimes et de type non covid, à l'image de ce qui a été fait entre la première et la deuxième vague? Pensez-vous que l'on puisse encore aller plus loin? Ma question est certes théorique car tout dépend du nombre d'unités reconverties en unités covid dans les étages.

Si, forcément, c'est un pic plus important que la deuxième vague, on sait que le nombre d'unités covid que nous avons dû transformer à partir d'unités de médecine interne, etc., était plus important. Cela rend donc les choses encore plus compliquées.

Je voudrais vous entendre par rapport à cela, parce que c'est un enjeu de santé publique, que ce soit en termes de morbidité, mais aussi de mortalité différée, de lourdeur des soins, de moins bons pronostics pour les patients, et aussi d'un coût supplémentaire au niveau de la gestion des soins de santé demain. Tout cela représente en fait un enjeu extrêmement important.

Enfin, le dernier point que je voudrais évoquer avec vous concerne la vaccination. Vous représentez deux hôpitaux importants. Je voudrais savoir comment cela se passe dans votre institution hospitalière. Du côté des soignants, le pourcentage d'adhésion à la vaccination est-il élevé? Est-il plus élevé que pour la vaccination habituelle contre la grippe?

Pour ce qui concerne la vaccination des personnes à risque – je suis désolée, je ne vais pas me refaire –, mais pour les dialysés, à mon avis, en deux journées de *shifts*, on peut vacciner tous les dialysés quand on a les doses au niveau des centres. De cela, j'en suis persuadée.

Je suis bien d'accord avec vous pour dire que toute une série de patients sont directement suivis au niveau des hôpitaux, patients chroniques avec des pathologies lourdes, et donc que c'est le lieu le plus adéquat.

J'ai vu la décision prise, aujourd'hui ou hier, et qui a été annoncée aujourd'hui: ce sont les mutuelles qui détermineront qui sont les patients prioritaires parmi les personnes de moins de 65 ans. Ne pensez-vous pas que cela va alourdir la procédure?

Ne pensez-vous pas qu'il faudrait miser sur les médecins généralistes? Il y a notamment tout le poids du DMG, surtout pour ces patients à risque qui ont une pathologie chronique. On fait un choix qui n'est pas le plus optimal. Par ailleurs, est-ce que cela ne vous pose pas un problème quant à l'utilisation des données médicales couvertes par le secret médical pour ces patients?

Par ailleurs, au sujet de la vaccination, si vous avez des suggestions... On le sait, vacciner le plus rapidement possible les personnes les plus fragiles permettra clairement d'ouvrir la porte au déconfinement. Il ne faudra pas dire qu'il ne faut pas continuer les gestes barrières et tester, tracer, isoler, mais c'est un enjeu de santé publique majeur, y compris d'ailleurs pour pouvoir reprendre de manière beaucoup plus forte, les soins non covid.

Les patients auront probablement moins peur. Ce n'est pas objectif, mais manifestement, c'est quand même le ressenti de nombreux patients. Nous pourrions donc vraiment accentuer les actions dans ce cadre. Avez-vous des recommandations en la matière, au niveau de la vaccination qui est en cours, mais qui doit absolument s'accélérer?

Je vous remercie. Bon courage, aussi, pour les semaines à venir. Elles ne seront sans doute pas beaucoup plus faciles, mais nous espérons la lumière au bout du tunnel.

Katrien Bervoets: Ik zal de volgorde van de vragen aanhouden en hier en daar aanvullen bij gedeeltelijke overlapping van vragen.

De eerste vraag was of het de taak van de overheid is om als eerste te detecteren dat er mogelijk een noodsituatie op ons afkomt. Het is achteraf altijd makkelijk om te zeggen of men de eerste of laatste was, maar er zijn inderdaad wel mogelijkheden om een alertsysteem uit te werken waarin we sneller kunnen reageren.

In het begin was het overleg ondermaats, maar dat werd beter na verloop van tijd. Ook daar is wel ruimte voor verbetering. Wij vragen om onder meer dat op te nemen in het pandemieplan. Het is nu makkelijk om te zeggen dat dit of dat geweten had moeten zijn. Niemand heeft de situatie volledig juist ingeschat, als we zien hoe de pandemie over de wereld is gerold. Natuurlijk zijn er achteraf altijd mensen die zeggen dat ze het wel wisten. Er zullen waarschijnlijk ook wel een aantal mensen zijn die het effectief wisten en misschien ook al verschillende keren gedacht hebben dat het gebeurde en dan kwam het niet. Het is achteraf makkelijk. Het is soms niet eenvoudig om u in het

verleden te plaatsen en te herinneren waarom beslissingen genomen zijn met de informatie die op dat ogenblik beschikbaar was.

Iemand vroeg ook wat het voordeel en de meerwaarde van rampenspecialisten is. Rampenspecialisatie is een relatief nieuwe discipline. De meerwaarde van rampenspecialisten is dat ze getraind worden in de aanpak van een onevenwicht, wat een ramp of crisis is, in vraag en aanbod en hoe dat zo snel mogelijk weer in evenwicht kan worden gebracht. Hun inzichten komen natuurlijk van pas. Vaak zijn dit kleine groepen mensen die elkaar heel goed kennen en hun eigen wetenschappelijke vereniging hebben. Die kennis is er. We moeten ze misschien alleen structureler aanspreken.

In het ZNA werd ook gebruikgemaakt van de terreinkennis van Artsen Zonder Grenzen. Ze zijn het gewoon om op heel grote schaal groepen te drillen in preventieve maatregelen. Ze hebben bijvoorbeeld technieken om mensen aan te leren hoe zich op een correcte manier aan en uit te kleden, met hun ervaring met ebola.

Zo hebben wij bijvoorbeeld een wasstraat gehad. Op een gegeven moment hebben wij ook zelf schorten gemaakt. Ann De Meulemeester stelde haar equipe ter beschikking voor het naaiwerk en zodoende hadden wij wel heel hippe schorten. Die schorten hebben wij in een wasstraat van Artsen Zonder Grenzen laten wassen. Er zijn wel meerdere manieren geweest.

Zo heb ik ook vernomen dat in sommige ziekenhuizen met een specifiek soort containers werd gewerkt. Onze oproep is dan ook om al die goede en creatieve ideeën die zijn opgeborreld eens nader te bekijken, zodat we eruit kunnen leren.

Ik denk dat ik daarmee ook antwoord op de vraag wat we moeten bewaren voor de toekomst. Dank zij het overleg hebben binnen de provincies, de federale gezondheidsinspecteurs en hun adjuncten al een tamelijk goed zicht om een aantal best practices naar voren te schuiven, eens men aan de structurele uitwerking van een plan begint. Er is veel kennis. Nu is het kwestie om die bij elkaar te voegen en te captureren.

Manfredi Ventura: Pour Médecins sans frontières, j'ai dit que certains médecins étaient expérimentés, notamment pour transformer rapidement une salle de réveil. Quand on a un anesthésiste, qui d'ailleurs maintenant est parti en mission, ça va beaucoup plus vite, parce qu'il a l'habitude. En même temps, il pouvait remonter le moral des troupes au regard des soins qui

semblaient dégradés, tout en les assurant que c'est encore le paradis ici par rapport à ce qu'il a pu voir en Afghanistan ou ailleurs.

Par contre, notre expérience avec Médecins sans frontières qui est venu à un certain moment nous donner des conseils a été beaucoup plus négative. Je sais que dans le Hainaut, notamment à Mons, cela a fonctionné. Chez nous, ça n'a pas fonctionné. En parallèle, on n'avait pas de temps à perdre pour ce qui est des lignes de buanderies. On a fait appel à l'industrie. Une série de commerces ne marchaient plus, entre autres les restaurateurs. Les blanchisseries, au lieu de laver des nappes de restaurant, pouvaient laver des blouses d'hôpital. On a la chance de construire un hôpital, d'avoir un chef de projet qui connaît tous les industriels de la région, donc cela n'a pas traîné et on a pu avancer en la matière. Tout ce que Médecins sans frontières mettait en place donnait l'impression de bricolage et qu'on risquait trop de dégrader la qualité des soins dans les unités ou autres. Ils étaient là. Et finalement, ça n'a pas marché chez nous mais ailleurs.

En revanche, l'expérience que certains acteurs de chez nous avaient pu acquérir à l'étranger a été importante. On a aussi eu toutes les formations qu'on a faites au niveau local. Il y avait tout ce côté formation.

On a également parlé des procédures. Doivent-elles s'échanger entre hôpitaux? Oui, mais on n'a pas eu le temps de le faire. En fait, on a vécu une course contre la montre. On y est encore un peu. On devait créer nos propres procédures, on n'avait pas le temps de regarder ailleurs. Maintenant, j'ai répondu favorablement à d'autres directions hospitalières qui m'ont appelé en disant: "Tu n'as pas...? Comment fais-tu dans telle et telle situation? Je leur ai dit: "Écoute, je t'envoie la fiche n° 107 de notre *SharePoint*, etc. Ainsi, j'ai envoyé à droite et à gauche des procédures, j'ai discuté avec d'autres médecins chefs, parfois tard dans la nuit pour savoir comment ils se débrouillaient dans telle et telle situation. La dernière fiche qu'on a faite a trait à la prise en charge d'un *cluster* dans un hôpital. Et on applique cela à la lettre maintenant dans notre hôpital. Mais, quand on aura le temps, il faudra, clairement, mettre tout ce travail en commun, réunir des experts afin d'en tirer ce qu'il y a de plus intéressant et formaliser cela.

Il en va de même pour les soins et les traitements. On a parlé de liberté thérapeutique.

On a laissé la liberté thérapeutique, mais il a fallu, à un moment donné, s'ajuster. Là, ce sont vraiment les médecins, en fonction de leur spécialité, qui nous disaient: "Tiens, j'ai lu cela dans la littérature".

D'ailleurs, dans notre hôpital, plusieurs spécialistes se sont mis ensemble pour faire une veille scientifique et nous permettre de tirer la substance de ce qui était publié, parce qu'évidemment, on ne peut pas tout lire. Quasiment toute la littérature mondiale s'est recentrée sur le covid. On ne lisait plus que cela, chacun dans son coin. Et de dire: "Tiens, ceci est intéressant". Même moi, de temps en temps, je lisais un article et je disais: "Ceci te semble-t-il intéressant ou pas?"

On a essayé de démêler le vrai du faux, parce que c'est toujours difficile. Vous connaissez très bien l'histoire de l'hydroxychloroquine. Je ne vous parlerai pas de l'ivermectine, dont on parle beaucoup. J'ai répondu à la question (dans les réponses écrites). On peut parler de la vitamine C, du zinc, de la vitamine D. On connaît cela très bien. La Commission pharmaceutique belge s'est prononcée sur ces médicaments. Il faut être très prudent. On a essayé des médicaments qui, par la suite, se sont avérés inutiles. On a été aidé par des firmes pharmaceutiques, puisqu'on a essayé tous les antiviraux au début. À présent, je pense qu'on commence à avoir du recul et savoir comment bien gérer un patient. La preuve en est que les patients survivent mieux. Il y a cet apprentissage. Beaucoup de choses sont faites sur le terrain. Il ne faut pas oublier qu'on était dans une course contre la montre et que beaucoup de choses se sont faites comme cela.

Katrien Bervoets: Het was ook een nieuwe aanpak. Er waren geen opleidingen voor. Wij hebben ook een wetenschappelijke cel, dat wij het Coronaforum noemden, waarin o.a. de infectiologen, pneumologen en de intensivisten zetelden.

Wij hebben de directe intense betrokkenheid van de verschillende disciplines in de tijd zien evolueren. In de eerste weken werden de spoedartsen overstelpt. Er werd enorm veel met hen overlegd. Geleidelijk aan kwamen de infectiologen meer in beeld, en daarna de longartsen, de geriateren en de intensivisten.

De vragen van het ziekenhuis werden altijd aan dat Coronaforum gesteld, dat ons dan een wetenschappelijk advies gaf, waarna wij beslisten hoe wij dat zouden toepassen in de praktijk. De leden van dat Coronaforum lazen al de literatuur. Zij hebben ook het initiatief genomen om een draaiboek, eigenlijk een behandelplan, op te stellen voor bijvoorbeeld radiologen en andere artsen die al lang niet meer op een afdeling werkten, of voor chirurgen die eigenlijk weinig internistische pathologie kenden.

In het begin was dat een bundeltje van 50 pagina's. Ik meen dat het nu bijna 100 pagina's zal beslaan. Waar let je op? Wat doe je? Wat zijn de eerste stappen? Het diende om die mensen een back-up te geven, om ze een opfrissingscursus te geven.

In die bundel stonden ook de behandelingsrichtlijnen die op dat ogenblik golden en die nationaal en internationaal gebruikt werden. Die werden telkens aangepast, en dan kreeg iedereen het berichtje dat er een update van de behandelplannen en van de richtlijnen was.

Zoals de heer Ventura al zei, in die eerste weken veranderde het werkelijk van dag tot dag. Van dag tot dag moest er aangepast worden, en moest er gecommuniceerd worden. Ook moest worden uitgelegd dat wij bepaalde dingen nog niet wisten. Dat was een heel hectische periode, waarin wij weinig tijd hadden om met elkaar af te stemmen.

Het geruststellende is wel dat er uiteindelijk een convergentie was. Wij merkten dat, ook al waren zij niet geformaliseerd, er uitwisselingen waren en dat er veel bevestiging was van de vaststellingen en van de methodieken.

Daarnet werd gesproken over de rampenplannen en de rampenspecialisten, zoals zij genoemd werden. Wat ik daarvan meegeef, is dat die mensen ook een methodiek hanteren. Het was dan ook enigszins geruststellend dat wij in sommige zaken konden zeggen dat wij toch iets kunnen doen, dat wij het kunnen aanpakken en wij het kunnen verbeteren. Wij konden die methodieken dan toetsen aan onze manier van werken en daaruit leren. Dat was belangrijk, meen ik.

Manfredi Ventura: Pour ce qui est de son apprentissage, c'est évidemment une pathologie que nous n'avions pas apprise à l'université. Donc, nous ne pouvons pas faire autrement, mais nous espérons que cette affection est à présent inscrite dans les cours universitaires.

À des médecins qui se montraient quelque peu réticents à se rendre dans les unités de soins, au motif que ce n'était pas leur métier – par exemple, parce qu'ils étaient orthopédistes –, je rétorquais: "Que tu le veuilles ou non, dans les années à venir, tu auras des patients covid, parce que cette maladie ne va pas s'éteindre du jour au lendemain, tant que le vaccin ne sera pas planétaire." Cela va prendre malheureusement des années, car nous savons que des cas de covid reviendront régulièrement dans nos hôpitaux. C'est pourquoi tous les médecins doivent s'initier à la prise en charge de cette pathologie. Voilà aussi l'une des raisons du tirage au sort. Tout cela n'a pas été décidé par hasard; il y a une réflexion derrière.

En tout cas, je savais que je devrais me justifier. J'y avais quand même un peu réfléchi. Bref, c'est une question très importante.

Katrien Bervoets: Iemand vroeg waarom er geen inzet van chirurgen in geriatrieafdelingen was. Dat gebeurde natuurlijk wel. Wij zitten hier met twee vertegenwoordigers met vooral kennis over ons eigen ziekenhuis. Wij hebben wel wat overlegd, maar er waren verschillende manieren om zich te organiseren. In sommige ziekenhuizen was het gewoon efficiënter om met bepaalde équipes sommige pathologieën te behandelen, dan hele groepen bij op te leiden.

Het is altijd zoeken naar een evenwicht van wat voor bepaalde groepen de beste keuze is. De afstand voor een anesthesist die niet dagelijks op intensieve werkt een pathologie op intensieve laten behandelen is dan weer heel anders voor een radioloog. Op elke plaats werden de keuzes gemaakt die in die omgeving de beste leken. Dat is belangrijk.

Ik wilde ook nog even terugkomen op de transfers met de militairen in Limburg. We zeiden dat dit niet vlot ging. Herinner u de snelle stijging, de spits in de curves en de verdubbeling op enkele dagen tijd van de patiënten. Dat is een systeem dat op heel korte tijd uit de grond is gestampt.

Bij de aanpak tijdens de eerste golf was het een hele snelle beslissing om een aantal mensen te transfereren. Daar zitten geen équipes wachtenden om die taak op te nemen. Men heeft dan inderdaad naar de militairen gekeken. Zij hebben hun uiterste best gedaan, maar dat bleek niet de ideale oplossing omdat zij zich niet comfortabel voelden omdat het transport misschien inderdaad ingewikkeld was. Bij de tweede golf is er dan op een andere manier nagedacht en is dat anders gestructureerd en georganiseerd.

In het begin was dat moeilijk. Een complexe patiënt op intensieve zorg die niet stabiel is, in een ziekenhuis dat overstroomd wordt, vervoeren is altijd een uitdaging. Die moet dan ook nog eens naar de andere kant van de taalgrens. Dat is een organisatie die even moet draaien voor dat een geroedeerd geheel is.

Ik kan alleen meegeven dat ik in de eerste golf een twaalf of veertien patiënten uit het Limburgse heb opgenomen, en in de tweede golf dus zieken uit Wallonië. De inzet en het engagement om dat goed te doen was in de twee gevallen extreem groot en vooral naar overdracht van zorg en informatie verliep dat zeer goed. Dat er

operationeel soms wat veel telefoons waren en dat er achteraf nog een aantal zaken moesten worden geregeld, hoort u mij niet zeggen. De tweede golf kende bijkomende complexiteiten waarbij soms ook een helikopter moest worden ingeschakeld. Als men dan bekijkt hoe snel dat moest worden ontwikkeld, dan is dat eigenlijk goed gegaan. Er zijn geen accidenten gebeurd, die mensen zijn allemaal op intensieve zorg opgenomen en verzorgd geworden. Er zijn daar ervaringen opgebouwd waardoor we niet opnieuw van scratch moeten starten, maar de goede zaken, zoals het overleg van arts tot arts, moeten worden behouden.

Ik zei dat het op objectieve criteria moest gebeuren. Tot nu werd er gekeken naar de bezettingsgraad – het ging eigenlijk over intensievezorgpatiënten – conform de fase waarin het land zat. Dan werd er door de federale gezondheidsinspecteur contact opgenomen met de hoofddarts om te informeren naar de lokale situatie op dat ogenblik. Want inderdaad, zoals de heer Ventura zegt, was ik op een gegeven ogenblik de volgende aan de beurt, maar omdat ik bijvoorbeeld een reanimatie behandelde, er een ongeluk was gebeurd of er een elektriciteitspanne in een afdeling was, heb ik aangegeven te bellen als de situatie onder controle was. Dan is die patiënt naar het volgende ziekenhuis op de lijst gegaan met het laagste bezettingspercentage. Ik vond dat dit voor mij eigenlijk een systeem was dat in ieder geval goed en transparant, billijk over kwam. Omdat we relatief veel patiënten overgenomen hebben, vind ik dat ik dit wel kan beoordelen.

Manfredi Ventura: Selon moi, l'armée a rempli son rôle dans les transferts. Je ne pense pas que des hélicoptères auraient dû être mobilisés – puisque quelqu'un a posé la question –, les distances en Belgique étant relativement limitées. Comme l'a dit Mme Bervoets, les transferts ont nécessité une phase de rodage. Si je me suis montré critique et incisif à cet égard, c'est parce que le système s'est, petit à petit, mis en place – malheureusement, peut-être un peu trop tard dans le Hainaut. Certes, nous fonctionnions assez bien en intrarégional, puisque nous avons accueilli pas mal de patients du Hainaut occidental, lequel fut fort touché au début de la première vague, en raison de sa proximité géographique avec la France.

Pour la deuxième vague, ce fut beaucoup plus compliqué pour nous aussi, les transferts n'étant pas encore parfaitement rodés. Il a donc fallu ajuster, définir le rôle du médecin-chef et disposer des chiffres. Je me suis sérieusement énervé au niveau local, en réclamant des chiffres

transparents relativement aux autres hôpitaux, faute de quoi je n'accepterais plus aucun transfert. Cette transparence était en effet la moindre des choses.

Pour l'armée, il est évidemment difficile de vous expliquer des problèmes complexes en quelques minutes, mais j'ai été un peu réducteur en indiquant qu'elle se chargeait seulement de l'accueil dans notre hôpital. Elle nous a également aidés sur le plan logistique. Ce qui m'a semblé relever davantage du gadget fut la création d'unités de soins dans des hôpitaux, parce que nous manquions d'infirmières. La répartition de l'armée s'est organisée à l'échelle provinciale – et je peux parler, en tout cas, de ce qui fut élaboré dans le Hainaut –, en recourant à une règle de trois. Après avoir fait le calcul, je me suis aperçu que nous avions divisé par le nombre de provinces le nombre de militaires à attribuer à chacune d'elles. Ce n'était pas logique, puisque certaines provinces étaient plus touchées que d'autres.

Quels moyens l'armée a-t-elle mis à notre disposition? Nous avons reçu des infirmiers, mais surtout des ambulanciers. Et puis, elle voulait bien nous envoyer un médecin militaire, mais qui avait besoin d'aide. De toute façon, il ne lui fallait pas de patients trop lourds à soigner. Quand nous avons demandé aux militaires s'ils disposaient d'intensivistes – lesquels travaillent souvent chez nous pour maintenir leur rodage, étant donné qu'ils ne sont pas toujours utiles à l'armée –, ils nous ont répondu disposer d'une équipe très compétente. Je leur ai demandé si elle pouvait venir aider les hôpitaux. Il me fut répondu qu'elle devait être gardée en réserve, si jamais certains de nos militaires venaient à être blessés à l'étranger. Pour cette raison, l'armée estimait qu'il lui était impossible de nous envoyer des médecins même simplement afin d'accompagner nos transferts. Je n'invente rien... Cela m'a clairement été dit. Donc, pour ce travail d'accompagnement, il nous revenait de mobiliser dans les ambulances nos médecins, nos anesthésistes, nos intensivistes. C'est évidemment toujours un peu délicat quand on a la tête sous l'eau.

Au début, lors de la première vague, je me suis dit qu'on allait voir arriver les militaires avec du matériel, avec des blouses qu'ils allaient nous prêter. Ils ont des combinaisons MPC pour les guerres nucléaires, bactériologiques ou chimiques. Rien du tout! Visiblement, il y a un stock stratégique auquel on ne peut pas toucher. Je ne le connais pas. Je peux simplement l'imaginer.

Des choses aberrantes se sont déroulées en lien avec l'armée. L'Hôpital militaire a des unités de soins intensifs. Les soins intensifs ont été mobilisés

pour prendre en charge les brûlés. Comme nous avons un centre de brûlés, j'ai résisté pour qu'on maintienne chez nous les brûlés qui étaient depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois dans notre institution. Il était difficile de les envoyer à Neder-over-Heembeek. Finalement, on a tellement eu besoin de lits de soins intensifs que j'ai envoyé mes deux derniers brûlés à Bruxelles.

Peut-être ne le savez-vous pas mais je vais mettre les pieds dans le plat et ne pas parler la langue de bois. Pendant un week-end, il n'y avait plus une seule place de brûlé pour toute la Belgique. Heureusement, il n'y a pas eu de grave incendie. Cette information m'a été communiquée par mes experts en brûlés dont un ancien médecin militaire, colonel de son état, désormais pensionné. J'ai également appris pendant cette période que la Belgique, dans sa grande bonté, avait accepté un patient étranger au Centre des grands brûlés de Neder-over-Heembeek. Il y avait donc zéro place à Neder-over-Heembeek, zéro place dans les hôpitaux puisque les centres des brûlés (hors HM) avaient tous fermé à un moment. C'est un risque majeur qu'on a fait courir à la population parce qu'il y a eu cette insistance qui voulait que l'armée allait soigner les brûlés. On nous a dit: "Débrouillez-vous avec vos soins intensifs!" À part cela, les militaires qu'on a vus étaient d'une extrême bonne volonté et ont voulu nous aider. Ils nous ont dit qu'ils n'avaient pas toujours les moyens ou qu'ils en référaient à leur hiérarchie.

On a voulu garder plus longtemps les militaires parce qu'ils nous ont beaucoup aidés à certains endroits notamment pour le tri aux entrées de l'hôpital. Cela n'a pas été possible. C'est le constat qu'on doit faire alors qu'on sait qu'il y a des compétences. Les personnes qui sont venues étaient vraiment compétentes et pleines de bonne volonté.

Pour ce qui est des stocks, on a parlé des stocks stratégiques. On savait qu'il y avait des stocks. On en avait entendu parler. On avait l'expérience et les procédures. En effet, durant l'épidémie H1N1 et les épidémies précédentes, on avait entendu parler de constitution de stocks. C'est pour cela qu'on pensait en recevoir. On n'a rien reçu. C'est finalement la presse qui nous a appris ce que vous savez. On n'a pas cherché à creuser plus loin. Je pense qu'il faut refaire des stocks stratégiques et le faire, comme l'a dit Mme Bervoets, avec des experts et avec intelligence pour qu'on puisse en disposer au moment nécessaire.

Concernant les contacts avec les autorités, au début, on ne savait pas très bien et on a dû se débrouiller. Puis, petit à petit, on a commencé à recevoir des directives. On nous a promis monts et

merveilles. Vous avez appris tout ce qu'il s'est passé avec l'achat des masques.

Honnêtement, de mon point de vue et en travaillant avec des logisticiens et des acheteurs professionnels, on s'est dit qu'il y avait un peu d'amateurisme. Tous les jours, je reçois dans ma boîte mail des spams de Chinois ou de gens de Singapour qui veulent me vendre des masques. Il faut faire très attention.

Je pense que la situation était trop difficile et je ne jette la pierre à personne car se fournir, à un moment, était quasiment impossible. Heureusement d'ailleurs qu'on a pu recevoir des masques des autorités. Sinon, malgré les stocks qu'on avait faits, on n'aurait pas tenu le coup. Comme je l'ai dit, la distribution s'est bien organisée. Il a fallu un certain rodage mais, une fois que le système était rodé, cela a quand même bien fonctionné avec les petits couacs que j'ai évoqués.

Pour ce qui est du *testing*, concernant le début, on a parlé des laboratoires de référence et des laboratoires hospitaliers. Honnêtement, je pense que les laboratoires hospitaliers n'étaient pas tous suffisamment équipés pour pouvoir faire face et analyser ces nouvelles souches inconnues à l'époque. On s'est progressivement équipé et on a pu soutenir l'effort global.

Nous avons nous-mêmes fait appel à des laboratoires non pas privés mais avec lesquels nous avons l'habitude de travailler. À Charleroi, il y a l'Institut de Pathologie et de Génétique (IPG). C'est un laboratoire, le plus gros centre de génétique en Belgique, et non universitaire. On y a fait appel car on sait qu'il a une capacité d'analyse importante. Il a notamment pu faire des analyses qui requéraient beaucoup de ressources humaines et qu'on n'avait pas nécessairement à l'hôpital.

Son activité étant à l'arrêt, de nombreux technologues de laboratoire et de spécialistes ont pu faire des tests de façon plus manuelle en utilisant ce qu'on appelle "la technique de Namur", sans avoir la machine automatisée. Après, il a eu les machines et on espère d'ailleurs que bientôt l'IPG pourra analyser les nouveaux variants. Ainsi, on sera sauvé et on pourra répondre à la demande qui est assez importante car, régulièrement, la Ville de Charleroi m'interroge pour savoir s'il y a de nouveaux variants, comment on fait, etc.

Katrien Bervoets: Ik wil nog even aanvullen dat er moet worden nagedacht waar de nieuwe technieken moeten worden toegepast en wat de rol is van de grotere labo's in de grotere ziekenhuizen. Op een bepaald ogenblik werd er gecommuniceerd dat men heel snel zou opschalen in de universitaire

ziekenhuizen, maar dat kon niet worden gerealiseerd, terwijl de industrie zich had geëngageerd en er een bepaald traject voor het leveren van toestellen werd gevolgd. Dat komt een vlotte doorstroming van een aantal onderzoeken niet altijd ten goede.

Ik denk echt dat er op een objectieve manier moet worden gekeken waar er mogelijkheden zijn om bepaalde zaken te versnellen in plaats van steeds datzelfde denkpatroon te hanteren. Men is vaak erg protectionistisch om bepaalde zaken te claimen, maar dat is niet altijd in het belang van de algemene bevolking.

Manfredi Ventura: Avons-nous été interrogés sur les capacités des laboratoires? Moi, je ne l'ai pas été mais les questions n'ont pas toujours été dirigées vers les médecins-chefs, parfois de façon un peu étrange. J'ai une communication permanente et en transparence complète avec mon directeur général; je pense que ce n'est pas passé par là non plus. Par contre, je sais, pour avoir un contact quotidien avec la cheffe de service de mon laboratoire qui est dans le même bâtiment que moi, que les spécialistes en biologie clinique étaient clairement en lien entre eux. Une cellule s'est constituée où ils étaient régulièrement interrogés. Je pense que de ce côté-là, le retour d'information fonctionnait relativement bien.

Katrien Bervoets: Mijnheer de voorzitter, dat is een van de zaken waarnaar ik daarstraks verwees, namelijk die dynamiek die zich in bepaalde domeinen of domeinoverschrijdend heeft ontwikkeld in de connectie tussen specialisten, om in de nieuwe ziekte zo snel mogelijk vooruitgang te boeken. Dat is ook de reden waarom veel mensen in de zorgsector zijn gestapt. Ik heb ongelooflijk enthousiaste artsen gezien, omdat zij zich helemaal geroepen voelden om de crisis aan te pakken.

Die dynamiek van het overleg door de pandemie heeft muren gesloopt en bruggen gebouwd. Er is heel veel verdriet en heel veel miserie geweest. Ik druk mij voorzichtig uit. Het was echter ook fijn te zien op welke manier een sector, die het ook niet altijd makkelijk heeft gehad, zich daarvoor heeft ingezet. Dat mag niet worden vergeten.

Er was ook een vraag over gegevens. Het is evident dat goed geïnformeerde beslissingen worden genomen – ik pleit daar zelf de hele tijd voor – en op een zo objectief mogelijke basis de gegevens worden bekeken. De definitie van wat wordt gevraagd, moet echter duidelijk, helder en eenduidig zijn. Dat is immers belangrijk voor het beleid en is nodig om voortgang te maken in het inzicht in de ziekte en in de aanpak van de

behandeling.

Inzake de automatisatie moet ik meegeven dat wij in België in de gezondheidszorg nog absoluut onvoldoende geïnformatiseerd en gedigitaliseerd zijn. Wij moeten ter zake nog een enorme sprong maken. Op verschillende plaatsen zijn er of worden er elektronische patiëntendossiers uitgerold, waarbij in principe een automatisatie nodig is. Dat kan een gemiste kans zijn geweest of kan misschien nog worden rechtgetrokken. Het is een vereiste dat de systemen een eenduidige output leveren en met elkaar kunnen 'praten'. Dat is heel belangrijk.

Er was ook de vraag of wij voldoende toegang hadden tot de data. Wij hebben allebei toegelicht dat die toegang in het begin zeker niet voldoende was, maar dat de situatie nu is verbeterd. Ook van Sciensano kregen wij in het begin heel weinig output. Nu is er een website waarvan bijna elke dag een hele hoop informatie kan worden verzameld.

Ik ben ervan overtuigd dat er nog optimalisaties mogelijk zijn. Ik herhaal nogmaals dat in de dagelijkse aansturing de federale gezondheidsinspecteurs een belangrijke rol hebben gespeeld, omdat zij vaak overlegden. In Antwerpen maar ook in Limburg en in Oost-Vlaanderen was er zelfs een gesprek met de gezondheidsinspecteur of met een adjunct, waarin openlijk de bezettingsgraden van de verschillende ziekenhuizen en de diverse situaties werden besproken, wat het onderlinge vertrouwen deed toenemen.

Voor een vlotte en efficiënte data-uitwisseling is een *giant leap* nodig inzake digitalisatie in de gezondheidszorg.

Manfredi Ventura: On a essayé de digitaliser, de ne pas dépendre des effectifs humains, mais on a eu des petits problèmes. Il y a les patients covid mais qui, à un certain moment, deviennent post-covid, donc il ne faut plus les compter comme des covid. Je ne comprenais pas la discordance entre ce que je voyais dans les lits de soins intensifs et les chiffres que je recevais à certains moments. On a dû parfois recourir à des contrôles parallèles. Il faut que ces données soient mises à jour en permanence. À certains moments, on devait envoyer les données deux fois par jour. Comme l'a dit Katrien, on a clairement un problème de digitalisation et d'automatisation en Belgique. On nous demandait aussi des données sous différents formats. Mais tout cela s'est un peu amélioré.

Pour ce qui est de la transparence des données, au début, c'était l'opacité complète. On a même fait appel à des épidémiologistes universitaires mais, maintenant, nous en avons un qui travaille chez

nous. On avait des généralistes qui collectaient des données dans des maisons de repos et qui nous envoyaient des chiffres. On savait ce qui se passait en amont de l'hôpital dans les maisons de repos. On voyait apparaître des zones où il y avait beaucoup de contaminations. De nombreux échanges ont eu lieu entre hôpitaux, comme l'a expliqué Leïla Belkhir, puisqu'elle a fait partie de cette initiative dans laquelle notre infectiologue était aussi présent. Cela a été très utile pour voir ce qui se passait. Maintenant, on dispose, puisque c'est regroupé sous le même inspecteur fédéral, et après la petite crise des transferts, des chiffres des hôpitaux dans le Hainaut. Tous les jours, je reçois les chiffres du Hainaut, du Namurois et du Brabant wallon, ce qui est quand même très utile. On a échangé avec la ville, qui reçoit elle-même des chiffres via l'AViQ. Eux nous donnent leurs chiffres et nous leur donnons nos chiffres. C'est important pour la ville de pouvoir gérer ces données. Cela s'est quelque part amélioré aussi.

Par rapport à la première ligne, j'ai eu une question très interpellante. J'ai dit – et je maintiens – que les hôpitaux ont été au centre de la crise et qu'ils ont permis de résister à la crise. La première ligne a tout de suite été débordée et puis les patients venaient dans les hôpitaux. Ces patients n'étaient plus gérables en médecine générale. Je n'ai pas voulu discréditer le travail remarquable qu'ont fait mes confrères généralistes sur le terrain. Beaucoup se sont impliqués et beaucoup ont payé un prix très lourd. J'ai encore appris qu'un confrère était décédé, il y a quelques jours de cette maladie.

Clairement, ce sont les hôpitaux qui ont absorbé le gros du choc. La médecine générale essayait de faire ce qu'elle pouvait mais elle ne pouvait pas faire grand chose puisqu'elle n'a pas la chance d'avoir toutes les expertises qui sont regroupées dans un hôpital. D'ailleurs, c'est le rôle d'un hôpital. L'hôpital, par contre, a essayé de soutenir la médecine générale et les maisons de repos parce que l'hôpital est quand même un concentré de compétences. Les hôpitaux sont quand même grands, il y a des réseaux, et ils ont des moyens que n'ont pas la première ligne ou les maisons de repos. Ce n'est pas plus compliqué que cela.

Ce que j'ai voulu dire – je ne défends pas du tout un hospitalocentrisme –, c'est que les réseaux doivent être plus larges que simplement hospitaliers. Ils doivent pouvoir devenir à terme une façon de gérer les soins au niveau locorégional, avec une compétence par rapport à une épidémiologie. Quand un virus traîne en médecine générale, on sait très bien qu'il va arriver à l'hôpital très rapidement. Si une épidémie quelconque se déclenche dans un hôpital, les médecins généralistes vont devoir gérer cela aussi.

Mon propos n'est pas de discréditer une ligne de soin ou une autre mais c'est un constat. L'hôpital était incontournable parce que l'hôpital est l'endroit où les soins sont centralisés. Et il a un peu servi de paravent local, à défaut d'avoir un paravent qui émanait d'autorités supérieures. Je n'ai pas voulu discréditer les généralistes, qui ont fait du super travail et qui en font encore.

Katrien Bervoets: Er waren ook vragen over de uitgestelde zorg.

Tijdens de eerste golf werd beslist om alle uitstelbare zorg stop te zetten. We moeten dat natuurlijk bekijken met de kennis van dat ogenblik, met de beelden op ieders netvlies van de situatie in Italië, waar men alle handen nodig had in de ziekenhuizen. Op dat moment heeft men beslist om ook in België alle uitstelbare zorg stop te zetten, zelfs de consultaties.

Bij de tweede golf is dat niet gebeurd, daarom heb ik die pijltjes er ook bijgetekend. Dat had het nadeel dat er veel druk kwam op de zorgverleners in het ziekenhuis, maar het voordeel was natuurlijk dat de zorg toegankelijk bleef bij zorgvraag. Tijdens de tweede golf heeft men op bepaalde plaatsen eveneens zeer sterk moeten afbouwen, zodat men bijna alleen nog dringende pathologieën kon verzorgen. Dat waren echter vaak kleinere episodes, niet vergelijkbaar met de eerste golf.

Men moet de logica van het moment van de beslissing bekijken, toen de beelden uit Bergamo opdoken waar wij allemaal met veel angst naar gekeken hebben. We hadden gehoopt dat het niet zo ver zou komen, maar er is toen wel beslist om zich maximaal voor te bereiden. Later, tijdens de tweede golf, wist men dat het volledig stopzetten van niet-covidzorg absoluut een tol zou eisen.

Als hoofdartsen zijn wij allebei vragende partij om mensen die zorg nodig hebben, voor covid of iets anders, te kunnen opvangen in de ziekenhuizen. De beschikbare middelen zullen dan volgens de urgentie van de zorgvraag ingezet moeten worden. Dat heeft wat spanningen opgeleverd maar ik meen dat daar in de meest ziekenhuizen op een goede manier mee is omgegaan, vaak in overleg met chirurgen, anesthesisten, intensivisten en de hoofdarts. Op die manier werd er een consensus gevonden. Dat is een goede manier van werken, omdat de *peers* situaties meestal het beste kunnen inschatten en voor de prioritering instaan.

Manfredi Ventura: On a la chance d'avoir une expérience comparable au cours de laquelle on a pu gérer. On a dû réguler aussi bien la diminution des soins que la reprise qui n'a pas été facile. Mais

je dirais qu'on a pu compter sur des équipes qui ont pu programmer cela en fonction de la sévérité. Comme je l'ai dit, au niveau des chirurgiens, cela a bien fonctionné chez nous mais, malheureusement, cela n'a pas été le cas partout. Je vais vous raconter quelque chose de dramatique. Dans un hôpital situé non loin du mien, un directeur des soins infirmiers s'est malheureusement donné la mort voici quelques jours. On m'a clairement dit que c'était parce qu'il avait rencontré d'énormes problèmes lors de la reprise de l'activité chirurgicale et je veux bien le croire. Plusieurs médecins-chefs m'ont dit que ce n'était plus tenable parce que les chirurgiens ont été privés de leur travail et les chirurgiens ne sont pas les médecins les plus faciles à gérer. On le sait. La reprise s'est donc faite de façon parfois anarchique. C'est là que le médecin-chef doit être très présent, avoir beaucoup de pouvoir, ce qu'il n'a pas, face à des chirurgiens parfois *"le bistouri à la main"*. Ce n'est pas toujours facile.

Pour ce qui concerne le report des soins, il faut quand même dire une chose. On a de gros problèmes en oncologie mais, à aucun moment, les soins n'ont été arrêtés en oncologie. On a un service d'oncologie très important. Les oncologues ont continué à travailler. Ils ont participé à l'effort commun mais, eux-mêmes, n'ont pas arrêté. La prévention s'est ralentie à un certain moment mais on n'a jamais freiné la prévention de ce genre de pathologies.

Plusieurs ont dit, dont Mme Fonck, qu'on devait se préparer à des lendemains difficiles et à un coût important pour la société. L'oncologie est un exemple évident et, probablement, si on peut reprendre le dépistage la situation sera assez vite récupérable, ... Dans mon hôpital qui traite quand même énormément de cancers du sein, pendant toute une période, plus aucun cancer du sein n'a été pris en charge après avoir été détecté par dépistage. Les patients venaient uniquement parce qu'ils étaient symptomatiques. Vous imaginez bien que c'est vraiment un renversement de ce que nous avons pu mettre en place au cours de ces dernières années.

Certains patients sont arrivés en insuffisance cardiaque parce qu'ils ont fait des infarctus et ont cru eux-mêmes que l'hôpital était surchargé et qu'il valait mieux rester assis à la maison tranquillement en faisant fi de sa douleur parce qu'ils n'osaient même pas appeler leur médecin traitant. D'autres ont eu des AVC. On espère que ce sera temporaire mais il est clair qu'il va y avoir des séquelles à long terme avec des handicaps qui auraient pu être évités et donc des coûts sociétaux malheureusement importants. Pourtant les hôpitaux ont essayé et tout fait pour maintenir les

soins urgents envers et contre tout.

Tant qu'on parle du report de soins, on a parlé aussi des infirmières et du manque de bras. Comment y arriver? Il y a eu différentes questions de Mme Fonck. Un élément que je voudrais souligner, c'est que, vers la fin de la première vague, il y a eu des propositions visant à former des professionnels à la va-vite et à demander notamment aux kinésithérapeutes – ce n'est pas encore ce qu'il y avait de pire – de dispenser des soins infirmiers. On a entendu des choses bien plus étranges. Je peux vous dire que cela a été très mal ressenti dans la communauté des soignants. On n'en est jamais arrivé là et c'était vraiment prématuré. Ces choses-là pouvaient se discuter; on pouvait interroger des experts et voir comment faire mais il ne fallait pas lâcher cela face à l'opinion publique juste pour dire: "Nous, on gère car on est prêt à faire venir des bénévoles qui joueront aux infirmières dans les hôpitaux. Ce n'est pas grave, ils vous feront la toilette, s'ils ne savent pas vous faire une injection".

De toute façon faire une injection n'est pas anodin – on l'a encore entendu récemment –, « n'importe qui » pourrait faire cela, de même que vacciner ? Le jour où il y a un choc anaphylactique, comme c'est arrivé aujourd'hui dans mon hôpital, heureusement qu'il y a des infirmières compétentes et des médecins à bord.

Cela arrive quand même de temps en temps. Il faut donc faire très attention.

Comment retenir les infirmières en activité? Comment les inciter à poursuivre leur activité? Pour ce qui nous concerne, nous avons fait appel à des infirmières jeunes pensionnées ou qui avaient décidé d'arrêter leur activité, mais avec qui notre direction de nursing était restée en contact. Certaines sont venues spontanément car elles ont encore le feu sacré lié à leur diplôme, même si elles avaient décidé d'arrêter d'exercer leur profession parce qu'elles étaient un peu dégoûtées.

La première chose à faire, c'est améliorer l'image. Mais pour ce point, je ne sais comment il faut faire. D'ailleurs, si cela était facile, on ne serait pas confronté au problème actuel. Voilà des années – je pense que c'était déjà le cas lorsque Mme Onkelinx était ministre – qu'on se pose la question. On se rappelle tous les affiches « J'aime une bonne dose d'adrénaline et je suis donc infirmier aux urgences », etc. Mais cela n'a pas eu beaucoup d'effet.

Il faut, selon moi, permettre aux soignants – je pense ici, en particulier, à la jeune génération – d'avoir un bon équilibre entre la vie de famille et la

vie professionnelle. Le salaire, ce n'est pas tout! Il faut surtout avoir plus de bras sur le terrain, avec une bonne ambiance de travail. Il ne faut pas avoir l'impression d'être abandonné ou de devoir prendre des responsabilités tellement lourdes que cela fait peur. En effet, c'est aussi la peur qui fait fuir les soignants. Ce ne sont pas seulement les lombalgies. C'est aussi la peur des responsabilités, la peur d'être seul, parfois, pour prendre des décisions lourdes. Ils doivent aussi pouvoir être bien entourés par des médecins.

Je tiens ici à saluer votre travail. En effet, vous avez su embrayer très rapidement. En effet, grâce au covid, le Fonds blouses blanches est devenu une réalité. On en parlait beaucoup auparavant. Il était question de 200 millions d'euros. On voit maintenant arriver les premiers résultats sur le terrain, même si l'année qui vient de s'écouler a été une année un peu particulière durant laquelle les hôpitaux n'ont pas beaucoup engagé puisqu'ils n'avaient plus les moyens de le faire. Mais on espère que, dans les années à venir, tout ce qui a été mis en place pourra permettre d'augmenter l'encadrement des soignants.

Katrien Bervoets: Om jonge mensen aan te trekken gaat het inderdaad zeker over een ander idee over de privé-werkbalans dan 25 jaar geleden, maar inderdaad ook de zwaartegraad van patiënten opgenomen in het ziekenhuis. De covidpandemie is door de manier waarop de ziekenhuizen nu georganiseerd en gefinancierd worden, totaal verschillend ten opzichte van enkele jaren geleden. Ik ben nog niet zo lang hoofdarts als de heer Ventura, maar ik heb toch al een lange carrière in het ziekenhuis achter de rug. Tot enkele jaren geleden was ik intensivist. Ik vergelijk het begin van mijn opleiding en de eerste stappen in het ziekenhuis met nu, en ik zie dat de mensen die gedurende lange tijd gehospitaliseerd worden nu ernstig ziek zijn.

De bestaafingsnormen zijn eigenlijk niet mee aangepast aan het intensere gebruik van de hospitalisatiecapaciteit. Als het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker moet worden, moet er naar meer gekeken worden dan alleen verloning. Ik zal mij daar echter niet over uitspreken, want dat is mijn domein niet. Er moet ook gekeken worden naar privé-werkbalans en professionele ontwikkelings- en ontplooiingsmogelijkheden, maar ook naar de omkadering. Mensen branden ook op en verlaten het beroep doordat men het gevoel heeft dat men het werk niet gedaan krijgt.

Het werk omvat niet zozeer het zetten van de spuitjes en het geven van de pilletjes, maar in het zorgen voor de mensen en tijd hebben om een

babbeltje te doen en dat klein beetje extra aandacht te geven. Dat is niet meer haalbaar met de huidige werkbelasting. Dat is waar mensen op leeglopen. De administratieve vereenvoudiging en de digitalisering zal daar ook wel een rol in kunnen spelen. Het is inderdaad extreem belangrijk voor de toekomst van de ziekenhuizen dat er wordt nagedacht een enthousiasmerende strategie rond het beroep van de verpleegkundige.

Manfredi Ventura: La digitalisation fait parfois peur parce qu'elle alourdit le travail. Et puis, ces gens choisissent un métier basé sur l'humain, et pas nécessairement pour se retrouver devant un écran ou un clavier. Il faudrait donc peut être prévoir des aides administratives pour l'encodage, la gestion des données. Il faut vraiment réfléchir à la question. Des moyens informatiques plus modernes avec la dictée vocale permettront, peut-être, d'alléger le travail.

Pour revenir sur les propos de Katrien Bervoets, le métier de soignant a beaucoup changé puisqu'il n'est plus possible de parler avec les patients, surtout qu'ils séjournent moins longtemps à l'hôpital. Ils n'ont plus le temps de connaître les patients. Or, – je sais qu'il y a beaucoup de soignants présents dans cette commission. Je les vois devant moi, mais aussi à côté de moi en la personne de Katrien Bervoets –, ce qui fait un peu le sel de notre métier, c'est le rapport aux patients. Pour ce qui me concerne, si je donne encore des consultations, c'est pour pouvoir parler aux patients pas uniquement de leur maladie, mais également d'autres sujets. En effet, c'est cela qui est intéressant. On apprend beaucoup de choses. Comme vous, mesdames et messieurs les politiciens, on apprend ce qui se passe dans la rue. Les gens nous racontent plein de trucs. En ce qui me concerne, j'ai le luxe de pouvoir, de temps à autre, consacrer beaucoup de temps à mes patients, à l'occasion de mes consultations. Je peux ainsi échanger avec eux. Et c'est cela qui est important. Après quelques années, on les connaît bien. Il y a des infirmières qui voient défiler tous les deux jours des nouveaux patients avec des pathologies très lourdes. Elles perdent ce pourquoi elles ont choisi leurs études et se sont engagées dans ce métier, et fatalement elles s'en écartent. Il faut donc réfléchir à la question de savoir comment restaurer cela.

Katrien Bervoets: Als wij het dan toch over de emotionele beleving hebben, wil ik een bruggetje maken naar de vragen over de ethische commissies, die de beslissing namen patiënten toegang tot het ziekenhuis te verlenen of in de afdeling intensieve zorg op te nemen.

Er werd gevraagd: er is toch een aantal ethische

richtlijnen uitgeschreven door de verschillende beroepsgroepen en door de ethische comités. Dat is juist. Dat is ook de manier waarop het moet gaan, meen ik. Er moeten richtlijnen uitgeschreven worden, maar er moeten geen zwart-witte checklists afgewerkt worden. Er moet een raamwerk worden gecreëerd worden waarin die beslissingen bespreekbaar worden gemaakt, maar waarbij ook rekening wordt gehouden met alle aspecten die de beslissing uiteindelijk onderbouwen.

Er is vaak gevraagd of leeftijd een zwart-wit criterium is. Wij moeten toch oppassen met wat er in krantenartikels en in interviews wordt meegegeven, of wat er uit bepaalde gesprekken geknipt wordt.

Ik ben ervan overtuigd dat als er iets is waar wij heel fier op mogen zijn, het wel de zeer zorgvuldige omgang is van zowel onze verpleegkundigen als onze artsenkorpsen met heel impacterende beslissingen, zeker in situaties van leven of dood. Ik meen dat de dagelijkse praktijk aantoont dat daar enorm veel overleg over gepleegd wordt. Er wordt naar een hele grote mate van zekerheid gezocht.

U mag niet vergeten dat artsen worden opgeleid om mensen te genezen. Zeker in België is er een enorme cultuur die erop gericht is mensen te genezen, mensen beter te maken. Dat is een goede zaak. Maar dat wil ook zeggen dat men zich als arts heel erg verantwoordelijk voelt voor de genezing van de patiënt. Het is hun zaak niet of het ziekenhuis vol ligt of niet. Hun zaak is: voor hun patiënten zorgen. Of die patiënt 80 is of 82, of 85, er wordt gekeken naar wat zij voor die patiënt nog kunnen betekenen om hem te helpen.

Die kaders en die richtlijnen dienen om de artsen te helpen, om het gesprek aan te gaan, ook als er discussies en aanvaardingsproblemen zijn, waar zij dan naar kunnen verwijzen, argumenterend dat tot deze of gene beslissing werd overgegaan als de beste oplossing voor de patiënt in overleg met hem of haar en met de familie, waarbij rekening werd gehouden met de hele situatie.

Het heeft mij altijd wat verwonderd tijdens deze crisis dat men vragen stelde over da soort beslissingen. Die beslissingen zijn niet nieuw. Die moeilijke beslissingen bij fragiele patiënten, bij complexe pathologieën, bij zware comorbiditeit, zijn er altijd geweest.

Ik meen dat het artsenkorps in België daar op een heel bewuste en heel voorzichtige manier mee omgaat. Ik meen dat, zoals zo vaak gebeurt, de zaken in de media soms nogal zwart-wit naar voren

geschoven worden. Als er echt indicaties zijn, zijn er ook mechanismen om na te gaan wat er in de realiteit achter een dergelijke beslissing schuilt, bijvoorbeeld via de ethische commissies. Globaal gezien wordt er, in mijn ziekenhuis en naar ik meen ook in dat van Manfredi, enorm veel overleg over gepleegd. Dat wordt met heel veel pudeur en heel veel voorzichtigheid aangepakt.

Manfredi Ventura: Les problèmes éthiques sont toujours difficiles. Parfois, nous aimerions recevoir des directives, que nous les appliquions ou non. Nous restons des soignants avant tout. Donc, nous devons pouvoir être impliqués dans ces décisions.

J'ai parlé du problème de l'âgisme, qui a été relevé. Avons-nous constaté de tels phénomènes dans les hôpitaux? Probablement. Dans mon hôpital nous avons la chance de disposer d'un très grand service de gériatrie. Nous entretenons donc des contacts réguliers avec des gériatres, qui sont des gens très éclairés et qui défendent avec force leurs patients. Et heureusement, car c'est leur rôle! Comme nous baignons dans cette culture, nous y prêtons très attention. Maintenant, les gériatres ne nous ont jamais poussés à prendre des patients quand ils jugeaient que c'était impossible. L'âge représente l'un des facteurs à risque les plus importants, comme l'a rappelé le Dr Devos, mais ce n'est pas une raison pour ne plus soigner les gens à partir d'un certain âge ou pour ne plus les envoyer en soins intensifs. Il faut garder à l'esprit l'ensemble des facteurs de risque (âge, comorbidité...).

En plus de l'âge et des facteurs de risque, il faut aussi tenir compte de ce que disent les patients. De nouveau, l'opinion publique a été assez étonnante. Au moment où se rédigeaient ces directives ou ces procédures d'évaluation, on m'a ainsi rapporté des cas de patients qui disaient ne pas vouloir aller en soins intensifs, parce qu'ils estimaient que certains jeunes en avaient plus besoin qu'eux. Quand on en arrive à de tels propos, il faut se demander comment les messages passent dans la population. On a beaucoup parlé de communication. Il importe d'être très attentif en la matière. Certains messages ont été compris partout, contrairement à d'autres. Nous en avons parlé tout à l'heure pour la prévention, la prise en charge des diagnostics et l'accès à l'hôpital.

Pour en terminer avec ce chapitre, en parlant du RGPD, j'ai dit qu'il avait été mis à mal. Lors de la première vague, le respect de la protection des données a fait couler pas mal d'encre. En effet, quand on commence à rentrer des données reprenant l'âge du patient, son code postal et d'autres informations, son anonymat n'est plus respecté. De plus, quand on ne sait ni où vont ces

données ni qui les gère, alors qu'il semblerait – comme je l'ai entendu récemment – que certaines données de *tracing* soient traitées dans d'autres pays-or qu'y a-t-il de plus intime?- Ce n'est pas facile. Bien sûr, il faut traiter ces données, mais la confidentialité doit être assurée, dans toute l'Europe.

À un moment, j'ai moi-même dit qu'il fallait arrêter avec une vision absolue de la protection des données. Dans certains cas, le dilemme était: ou bien sauver la vie de quelqu'un ou bien protéger ses données. Quand j'entends un confrère, que vous avez cité, dire: "La date de vaccination permettra de définir l'appartenance à un groupe à risque", il ne faut quand même pas rigoler! Ma date de vaccination ne sera pas affichée sur mon front. Il faut surtout se demander qui y aura accès. Cette date doit-elle être inscrite sur un éventuel passeport européen, pour autant qu'il existe, afin de pouvoir voyager? Il faut d'abord vacciner les groupes à risque et ne pas commencer à se dire que, si on les vaccine d'abord, cela signifie que tout le monde saura qu'ils appartiennent à un tel groupe. Et puis, du reste, qui n'est pas à risque? En outre, certains facteurs de risque se voient à l'œil nu, mais on n'en parle pas.

Bref, il convient de rester réaliste et de mener une politique qui s'appuie sur la science, non sur des croyances ou le qu'en dira-t-on. De plus, il faut rester très attentif au respect des données. C'est le problème ici, bien que je ne jette pas la pierre non plus, puisqu'il a fallu recueillir des données sans avoir le temps de réfléchir à la manière de tout blinder.

À l'hôpital, nous avons été très attentifs. Simple exemple, dans mon hôpital, j'ai refusé, et j'ai insisté pour que les soignants ne portent pas de badge quand ils étaient vaccinés. Deux grosses raisons: ne pas stigmatiser ceux qui ne portent pas de badge, puisqu'on permet aux gens de ne pas être vaccinés. C'est leur droit le plus strict, même si nous les y encourageons. Et deuxième élément, nous avons déjà des patients qui ont dit: "Je ne veux plus me faire soigner que par des gens vaccinés". De nouveau, ils ont mal compris à quoi sert le vaccin. Mais c'est la réalité.

J'embraye sur le vaccin. On a demandé quel est le pourcentage, puisque je parlais du badge, des soignants qui sont vaccinés. Dans l'hôpital, actuellement, nous avons à peu près un peu plus de la moitié des gens qui se sont inscrits pour le vaccin. En fait, on constate qu'il y a des endroits où les soignants sont plus enclins que d'autres, cela peut varier d'une unité de soins à une autre. Cependant cela avance plutôt bien; mais c'est une très lourde organisation, qui à nouveau repose sur

nous...

Mais on constate que dans certains endroits, certaines unités de soins, presque tout le monde se fait vacciner. Dans d'autres, beaucoup moins. C'est un peu ce que l'on a vu dans les maisons de repos aussi. Et donc, nous essayons de déminer cela, de comprendre. Je n'ai peut-être pas besoin de vous dire que nous avons eu un lanceur d'alerte qui est maintenant assez bien connu, malheureusement, que nous avons dû nous en séparer en pleine deuxième vague, alors qu'il est intensiviste.

Il y a donc des nids de résistance contre le vaccin, contre l'existence même du covid, qui existent. Il y a des gens qui sont des lanceurs d'alerte et qui sont écoutés par la population. Nous avons pris des initiatives comme d'autres initiatives pour soutenir la vaccination, il y en a d'autres, qui sont très bien répercutées par les pouvoirs publics. Nous avons fait de petites vidéos où différents acteurs plus ou moins reconnus dans l'institution disent pourquoi il faut se faire vacciner, pourquoi il ne faut pas croire que se faire vacciner, c'est nécessairement subir immédiatement après des mutations ou des modifications de son génome parce qu'on injecte quelque chose dans lequel il y a « NA », mais qui est « R » et pas « D ».

Cette politique, nous essayons de la mener. Ce n'est pas facile non plus.

Mais donc, je suis un peu déçu, pour l'instant, au niveau du recrutement du personnel que je trouve encore un peu lent. Mais nous allons faire tous les efforts pour arriver à un taux de vaccination supérieur à 80 % des soignants, et même du personnel administratif. Nous avons la chance de pouvoir passer avant le reste de la population. Comme je l'ai dit, c'est un privilège.

Katrien Bervoets: Er was ook nog een vraag over de werking van de netwerken en een heel specifieke vraag over het netwerk waarvan ikzelf deel uitmaak, namelijk de werking tussen GZA en ZNA.

Ons netwerk heeft heel goed samengewerkt. Wij hebben ook op regelmatige basis afgestemd en een intern netwerk *load balancing* gedaan, zoals dat wordt genoemd. Wanneer wij merkten dat er een grote toestroom was in een site die binnen het eigen ziekenhuis niet meer kon worden geabsorbeerd, keken wij eerst naar onze netwerkpartner. Dat was ook de afspraak in het Antwerpse. Wanneer binnen het netwerk niet kon worden geabsorbeerd, dan werd contact opgenomen met het andere netwerk.

Wij hadden ook afspraken gemaakt en wisten dat wij op elkaar konden rekenen indien dat nodig zou zijn in geval van materiaalproblemen. Dat heeft goed gewerkt.

Wij hebben ook, zoals de heer Ventura opmerkte, functionele banden met de woon-zorgcentra, vooral met het Zorgbedrijf Antwerpen waarmee wij een historische band hebben. Wij deelden informatie, kennis en procedures en gaven bijstand.

Zoals jullie weten, is in de schakelzorgcentra niet erg efficiënt gewerkt. Met ons woon-zorgcentrum hebben wij wel een aantal afspraken gemaakt voor het overnemen van patiënten. Dat was echter op een andere basis dan het principe van de schakelzorgcentra.

Manfredi Ventura: Pour les réseaux, ce fut en effet un très bon stress-test. À notre niveau, avec l'autre hôpital (car malheureusement nous ne sommes que deux hôpitaux dans le réseau) cela commence à bien fonctionner. Mais il faut savoir qu'il y a eu une fusion ratée avant mon arrivée, il y a donc plus de dix ans, laquelle a laissé des traces. Clairement, le covid a nettoyé tout ce qui pouvait rester encore comme anciennes rancœurs.

Je peux aussi citer l'exemple de Liège où vous savez qu'il y a eu deux réseaux hospitaliers comme à Charleroi. Cela avait créé pas mal de tensions. Vous connaissez l'ancienne ville de la laine où le réseau a été splitté de façon un peu étrange. Tout cela a laissé des traces.

Connaissant mes collègues liégeois et les voyant de façon virtuelle, je peux dire qu'ils ont très bien fonctionné ensemble à l'échelle de leur région. Les deux réseaux ont parfaitement collaboré. Cela a recréé les liens qui auraient pu se distendre. Ils ont fait face, car au cours de la deuxième vague, le choc à Liège a été important. Ils se sontentraîdés, ont organisé les transferts vers l'Allemagne. À ce niveau, le premier test grandeur nature a fonctionné à Liège. Je pense que cette coopération est promise à un très bel avenir en espérant que les réseaux s'étendent au-delà des hôpitaux.

Pour ce qui est des compensations financières des médecins en formation, j'ai régulièrement écrit aux médecins en formation pour leur dire où nous en étions. Je pense que ces primes ont été versées. Les médecins en formation, ceux qui sont chez nous et qui dépendent du réseau universitaire, sont payés par l'hôpital Saint-Luc. Je pense qu'ils ont été payés. Nous devons de toute façon rembourser Saint-Luc. Ces primes sont versées. Il y a peut-être des anomalies à droite et à gauche, mais il n'y a pas de raison qu'elles ne soient pas versées.

Il faut comprendre que la prime unique concernait la première vague à l'attention de ceux qui étaient en stage à ce moment-là. Il y a eu aussi les primes destinées aux soignants et qui correspondent à la deuxième vague. Il y a une différence entre ceux qui terminaient leur stage en première vague et ceux qui la commencent maintenant. Ils n'ont pas tous reçu la même chose. Ceux qui commencent leur formation maintenant et qui n'ont pas été confrontés à la première vague n'ont pas reçu certaines primes. C'est normal, du moins cela peut être une explication à leurs revendications.

La compensation pour les médecins, c'est compliqué! C'est un arbitrage qui doit se faire entre médecins. Ce qui m'inquiète, c'est que des relations de pouvoir vont jouer. Je n'ai pas de baguette magique pour résoudre cette problématique; j'ai quelques pistes pour mon hôpital. C'est la raison pour laquelle j'ai essayé d'instaurer une solidarité dans la gestion de la crise. On a la chance d'avoir une base de solidarité financière entre les médecins et un fonds qui alimente celle-ci. Je pense, à notre niveau, puisque nous avons ce système, que probablement toutes les prime de compensation pour les médecins y sera versé.

Tout le monde pourra s'y retrouver puisque les « riches » vont devoir moins cotiser au fonds de solidarité qui aura été plus sollicité cette année et les « pauvres » qui en dépendent ne devront pas être moins payés parce que le fonds de solidarité restera à un niveau correct grâce aux compensations qui y seront versées.

D'après les chiffres que j'ai pu voir, cela permettrait de compenser en partie. Certes, des gens vont perdre des revenus, mais il n'y aura pas de catastrophe majeure, même si certaines disciplines restent fortement impactées. Je pense au secteur ORL. On a évoqué les consultations annulées ou reportées. Il y a quand même une activité où il y en a moins, c'est la pédiatrie. Il y a un report massif de toutes les interventions et consultations pédiatriques, comme si les parents avaient peur de conduire leur enfant à l'hôpital.

On me dit que certains enfants, présentant des pathologies chroniques, ne viennent plus à l'hôpital et ne sont plus suivis. Ce n'est vraiment pas l'idéal. On essaye de les relancer. J'ai demandé aux médecins de téléphoner et de ne pas hésiter à rappeler les gens et leur expliquer. Il ne faut pas les perdre de vue. Par exemple, les enfants diabétiques seront fortement impactés s'ils ne sont pas suivis et cela aura aussi un impact majeur sur l'ensemble de leurs soins pour les années à venir, voire des dizaines d'années.

Nous devons absolument voir là où ça commence à aller moins bien. Là vous pouvez peut-être nous aider. Les épidémiologistes peuvent commencer à voir s'il n'y a pas de signaux d'alerte. Il faudra le faire rapidement avec les épidémiologistes compétents et les spécialistes des disciplines concernées.

Katrien Bervoets: Zoals de heer Ventura meegaf, betreft het een beslissing en een discussie over de verdeling, grotendeels vastgelegd bij koninklijk besluit is. De interpretatie en de beslissing gebeuren in een gesprek met de medische raad.

In elk ziekenhuis zal dat verschillend gebeuren omdat de afspraken in de ziekenhuizen tussen de artsen en de ziekenhuizen en tussen artsen onderling per ziekenhuis enige variatie vertonen.

Het is dus niet gemakkelijk om er een uitspraak over te doen zonder de situatie in elk ziekenhuis op zich goed te kennen.

Manfredi Ventura: Je souhaiterais faire le point sur la question de la santé mentale car il s'agit d'un problème important qui nous pend probable-ment au bout du nez ou qui est déjà en train de se développer. Il est possible que la situation s'améliore vite lorsque l'on pourra déconfiner. Mais comme on le sait tous, cela ne sera pas pour tout de suite.

Selon moi, il faut renforcer les premières lignes. Le projet 107 visait déjà à externaliser, à se rapprocher de la population. C'est important! Il faut renforcer les services de santé mentale.

En tant que président d'un service de santé mentale qui est attaché à l'hôpital, je vois ce qui se passe d'assez près. Les pathologies, la population suivie changent clairement. Ce n'est pas évident! Il faut renforcer et financer davan-tage. Mais une nouvelle fois, cela relève de la compétence régionale. Je ne vois pas comment faire autrement.

Chez nous, on a la chance d'avoir tout regroupé dans un pôle de santé mentale, avec des liens qui vont jusqu'au niveau suprarégional. On essaie d'anticiper au mieux. On a créé un groupe de prise en charge post-covid avec les psychiatres qui sont impliqués.

Puisque je parle du niveau régional, vous nous avez demandé si nous avions été interrogés. Je ne sais pas si on se pose des questions à ce niveau. Mais je ne pense pas que des contacts aient été pris avec médecin-chef au niveau de la Wallonie. En tout cas, pour ce qui me concerne, je n'ai pas été contacté.

Katrien Bervoets: Mijnheer de voorzitter, Ik wil nog even terugkomen op de verpleegkundigen.

Wij hebben in het ZNA een buddyproject uitgewerkt. Daarbij braken wij ons op een gegeven ogenblik het hoofd over de manier waarop wij de verpleegkundigen zich tijdens de huidige moeilijke periode zouden kunnen laten focussen op het verpleegkundige werk, maar waarbij wij er tegelijkertijd ook voor zorgen dat de patiënt, die vaak weinig bezoek kan ontvangen, de nodige zorgondersteuning of *caring* blijft krijgen.

Wij hebben toen een oproep gelanceerd, waarop enorm enthousiast is gereageerd. Het gaat niet om vrijwilligers, de betrokkenen hebben een in duurtijd beperkte aanstelling. Dat heeft heel veel enthousiasme losgemaakt, niet alleen gezien de reacties op de oproep maar ook bij de verpleegkundigen, die zich enorm gesteund voelen en het gevoel hebben dat nu beter voor hun patiënten wordt gezorgd.

Er is een heel systeem rond het project uitgewerkt, zodat de verpleegkundigen niet de betrokkenen, die vaak geen enkele ervaring in de ziekenhuissector hadden, onder hun vleugels moesten nemen. Daarvoor werd helemaal door een aparte equipe gezorgd. De taken werden ook gradueel opgebouwd. Het project verliep naar ieders tevredenheid. Het is een heel gesmaakt initiatief geweest.

Er zijn dus wel manieren om op piekmomenten toch op de zorg te kunnen blijven inzetten, zodat de gespecialiseerde kennis kan worden ingezet voor het verrichten van de verpleegkundige taken. Die hoogopgeleide, gespecialiseerde kennis van de verpleegkundigen is immers nodig. Gedurende een kortere periode kunnen zij van een aantal zorgtaken worden ontlast, die echter niet worden weggelaten of geschrapt.

Dat is natuurlijk geen oplossing op langere termijn, maar het heeft in ons ziekenhuis bij de verpleegkundigen een heel positieve dynamiek gerealiseerd en een grote tevredenheid bij de patiënten.

Manfredi Ventura: Il y a encore une question pertinente à laquelle j'ai répondu dans le document écrit: mort du covid ou par covid?

C'est une bonne question. Je me la suis posée notamment quand les chiffres belges dépassaient les standards internationaux, et de loin!

La réponse est complexe. Il y a la situation dans les maisons de repos (MR). Qu'est-ce que "mort à cause du covid?" Est-ce que c'est "mort parce que

l'on a attrapé le covid et qu'il vous tue par infection pulmonaire et par toutes les réactions inflammatoires que ce virus induit ou est-ce que l'on n'a pas pu être soigné à cause du covid?" Il faut en tenir compte: il y a la mort directe à cause du covid et la mort à la suite de toutes les causes indirectes qui sont certainement bien plus nombreuses qu'on ne se l'imagine, et les décès suite à d'autres affections mal soignées compte tenu du contexte sanitaire. Cela, notamment dans les MR, où des gens n'ont plus pu bénéficier de toute une série de soins dont ils avaient besoin à cause de la présence d'un *cluster* dans la MR, aussi parce que les efforts de soins étaient concentrés sur ceux qui avaient le covid.

Ensuite, il y a la situation dans les hôpitaux où il y a des cas *clear-cut*. Une personne vient pour infarctus du myocarde. Elle meurt rapidement d'une insuffisance cardiaque et, en même temps, elle est infectée par le covid. La cause est cardiaque quoique l'exemple de l'infarctus ne soit pas si évident que ça. Ce n'est pas l'exemple du traumatisme crânien où là c'est évident.

Il y a les embolies pulmonaires massives. C'est très compliqué car l'on sait que la maladie virale peut justement provoquer ce genre de pathologie. Pour ne rien simplifier, les facteurs de risque sont souvent les mêmes pour ce type de cause de décès brutal et une infection au covid. Ensuite, il y a des causes évidentes. Quand on voit que la grande majorité des deux poumons sont atteints par la maladie, le patient meurt en hypoxémie. Là, c'est clairement "mort du covid".

Puis, il y a "mort avec le covid", il y en a toute une série. Je pense que, dans les hôpitaux, on essaye de faire la différence mais je ne dis pas que la séparation est faite à 100 %

Lors de la rédaction d'un constat de décès on doit en indiquer la cause. En Belgique, il y a un registre des décès. Il prend des années à être analysé et les statistiques belges sont souvent très lentes à obtenir. Nous aurons probablement une meilleure image lorsque nous pourrons avoir l'analyse précise des constats de décès. Normalement, le constat est rédigé par un médecin qui, en âme et conscience, l'aurait dit. Pour l'avoir fait quelque fois, je dois avouer que ce n'est pas toujours facile de trouver et de distinguer la cause immédiate, l'enchaînement des phénomènes morbides et la cause initiale sans parler des causes associées au décès. Peut-être pourra-t-on rectifier les chiffres.

C'est peut-être une explication des chiffres belges, mais il y en a plusieurs. Je crois que des experts ont déjà fait un travail à ce sujet. Je ne m'y étendrai pas davantage.

En ce qui concerne la vaccination et les groupes à risque, on a parlé des dialysés. Effectivement, on peut le faire en deux jours puisqu'ils viennent et qu'on a l'habitude de les piquer et de le faire à l'hôpital. Il y a aussi toutes les dialyses à domicile. Après, on va nous faire dire à Mme Fonck et à moi-même qu'on dit des inepties. Mais personne ne pourra nier que ces patients sont bien connus dans les hôpitaux. On peut donc facilement les tracer.

Pour ce qui est de la plupart des pathologies chroniques, je sais que les mutuelles aiment bien défendre leurs affiliés (et non pas leurs patients) et qu'elles aiment reprendre un rôle central. Ce n'est clairement pas leur rôle de divulguer ces données. De toute façon, ces données sont imprécises. J'ai entendu parler du maximum à facturer. Mais il y a des gens qui sont dans des groupes à risque et qui ne font jamais appel aux soins de santé. Donc ceux-là, on va les louper.

Pour les médecins traitants, j'ai vu que l'Ordre essayait de rédiger un certificat sur l'honneur pour déclarer qu'un patient avait une pathologie chronique. Il y a de grands oublis: les gens qui prennent des immunosuppresseurs, que cela soit parce qu'ils ont des pathologies rhumatologiques, gastroentérologiques, dermatologiques, des scléroses en plaques (pathologie que je connais fatalement bien). Ceux-là, on n'en parle pas trop pour l'instant. Je ne comprends pas très bien.

Pour les patients oncologiques, je n'ai pas besoin de faire un dessin! Les gens qui suivent une chimiothérapie ou en ont suivi une et qui sont encore à risque, sont connus des services oncologiques. Ceux qui ont le sida sont a priori recensés dans les hôpitaux. Mais il y a clairement des personnes à risque qui vont échapper. Mais si on commence déjà comme ça, de nombreux patients potentiellement à risque auront été attrapés et le système de santé sera protégé tout comme ces personnes, s'il y a une troisième vague. Ces patients-là sont ceux qui viennent à l'hôpital et qui payent un lourd tribut.

Vacciner en fonction de l'âge. Il faudra expliquer cela à une de mes collègues, dont la fille de 24 ans a eu une greffe rénale qui a échoué. Elle est dialysée. Elle en première ligne face au covid et extrêmement courageuse. Je l'ai vue parfois les larmes aux yeux parce en expliquant que sa grande crainte était de lui refiler la maladie. C'est ce qu'il faut retenir. Il n'y a pas que l'âge non plus ... Je pense avoir fait le tour.

Le président: Je vous remercie pour toutes vos réponses.

Wil iemand nog iets toevoegen? Ik zie niemand reageren.

Dan wil ik de sprekers van harte bedanken voor hun openheid. Wij hebben heel veel informatie gekregen. Dat is zeker en vast nuttige informatie waarmee wij verder aan de slag kunnen. Ik zie een aantal mensen applaudisseren in de Zoom. Ik denk dat dat genoeg zegt.

Ik wens jullie een heel gelukkig weekend. Jullie hebben dat zeker en vast verdiend. Dat geldt ook voor de collega's die vandaag opnieuw een heel intensieve dag achter de rug hebben.

Dank u wel en prettig weekend.

*De vergadering wordt gesloten om 18.51 uur.
La séance est levée à 18.51 heures.*