

Commission Parlementaire Commissie COVID 19

Ervaringen als hoofddarts
Experiences du médecin-chef

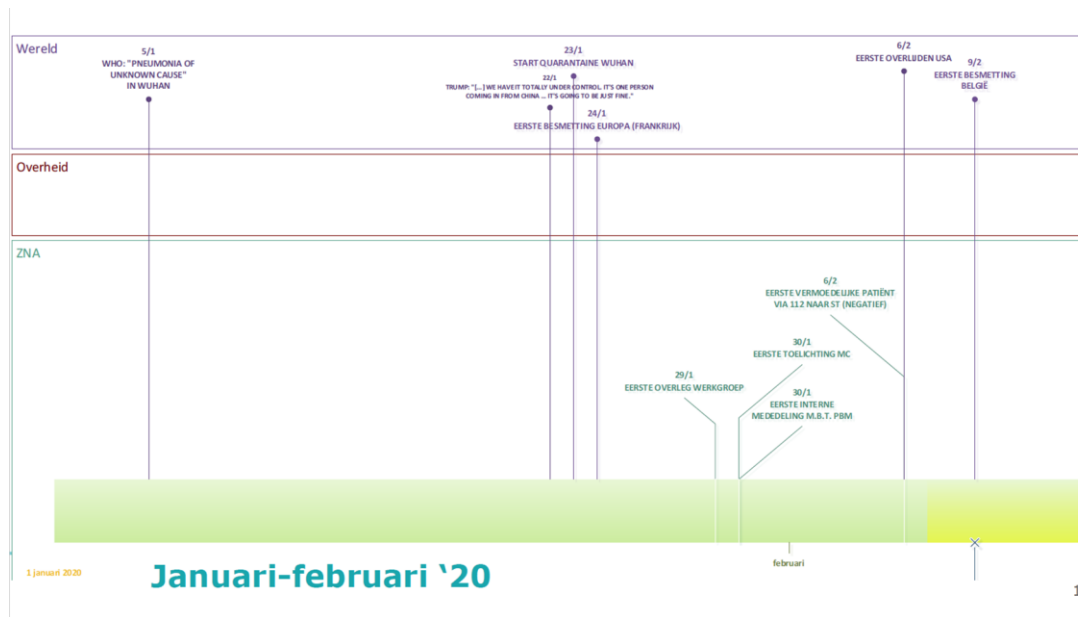
Dr Manfredi Ventura

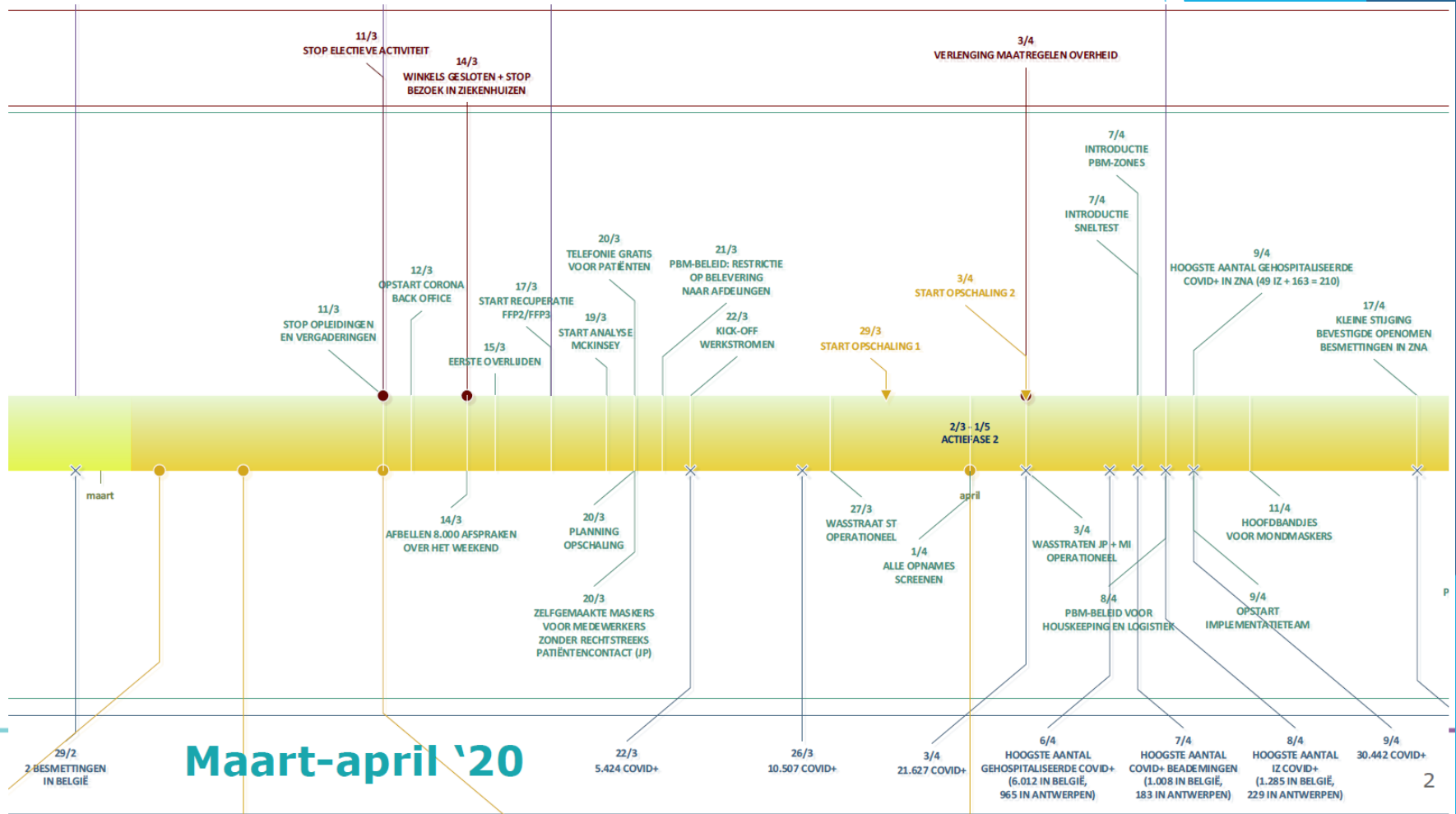
Dr Katrien Bervoets

5/02/2021

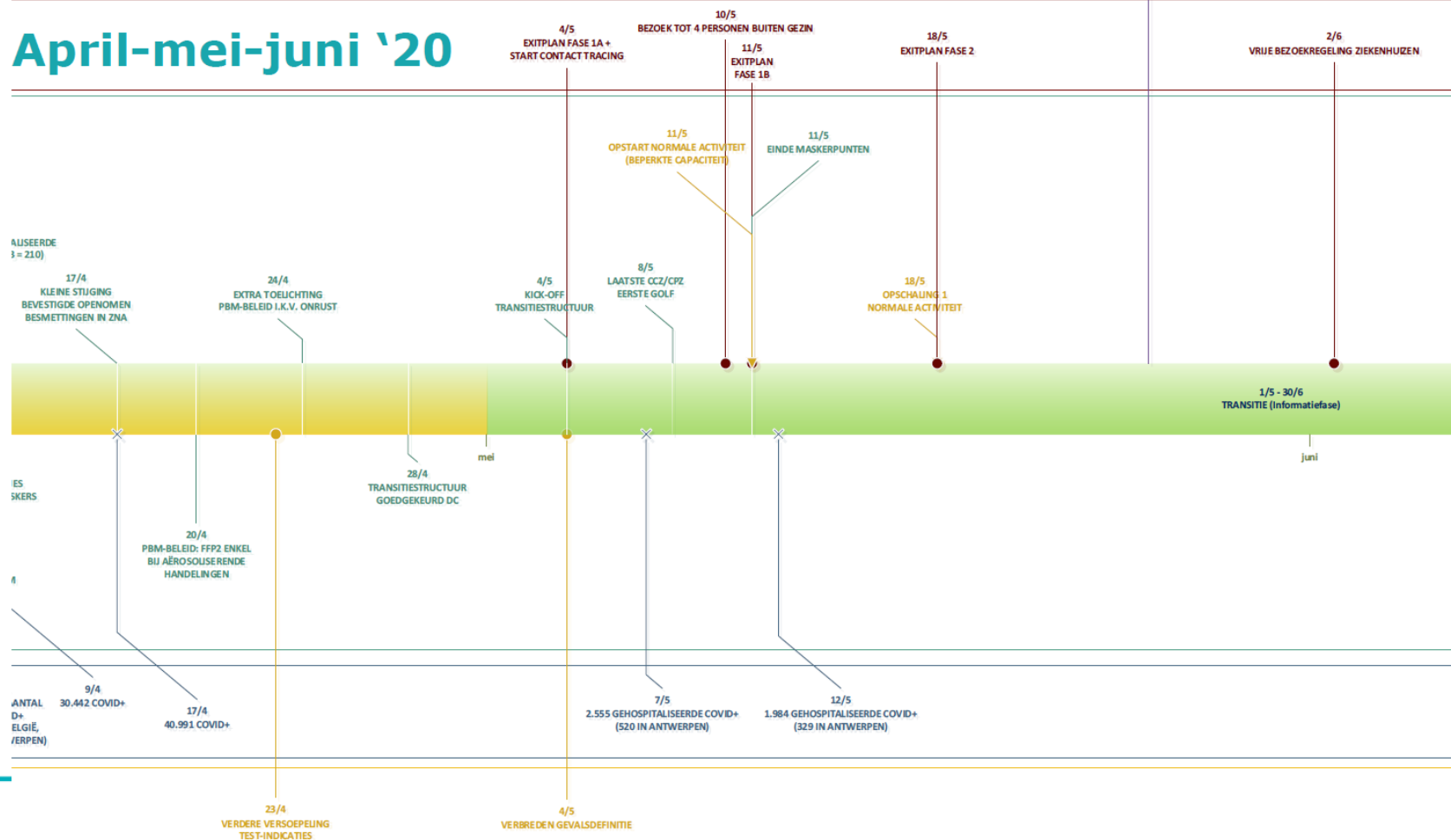


Een tijdslijn uit Antwerpen...

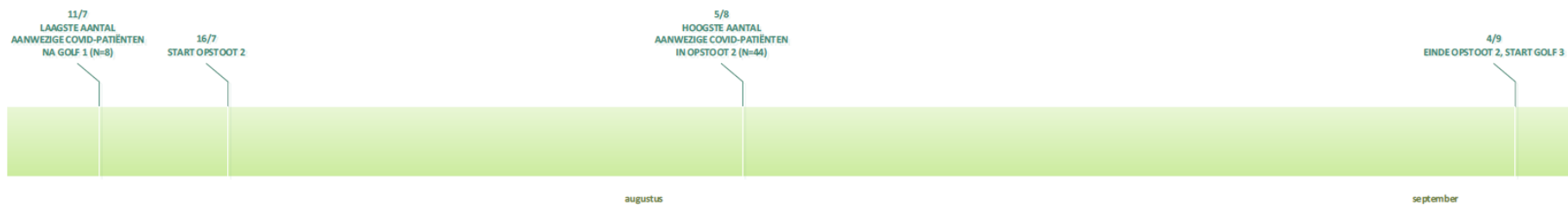




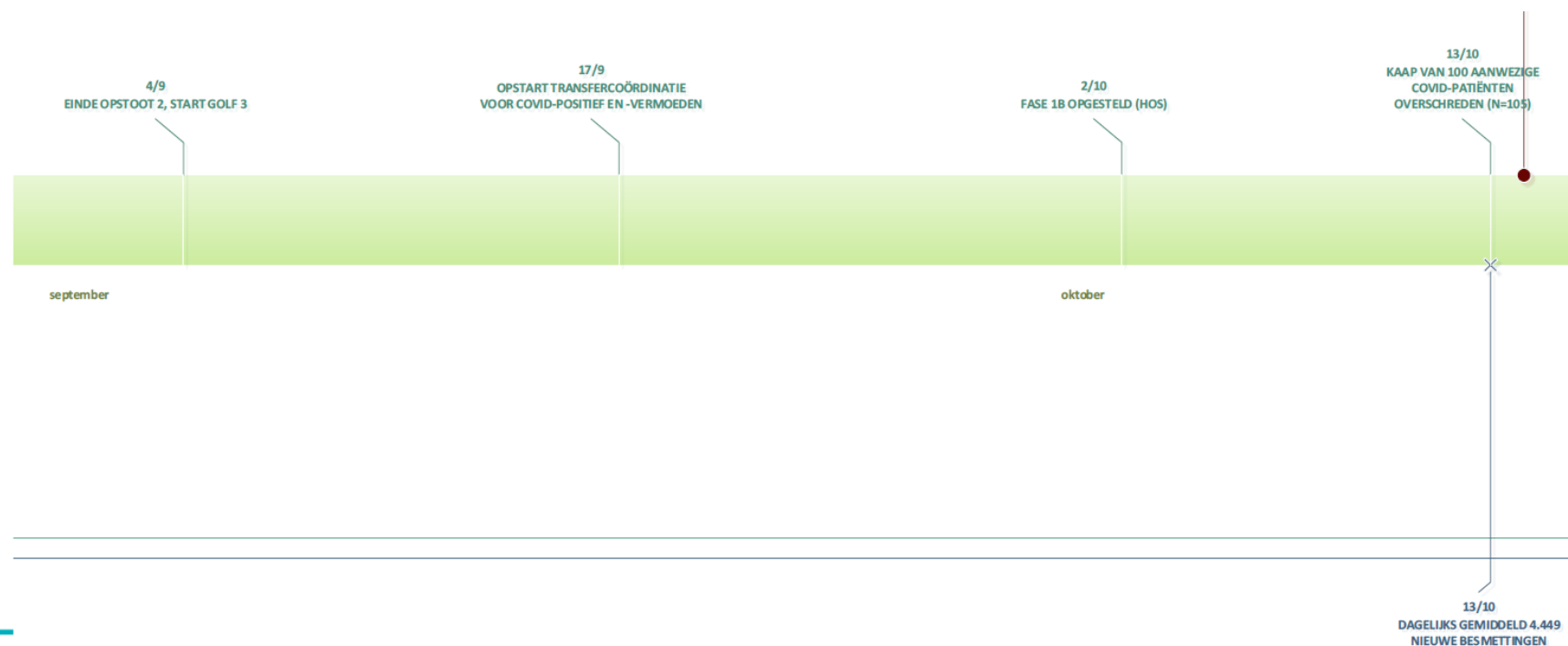
April-mei-juni '20

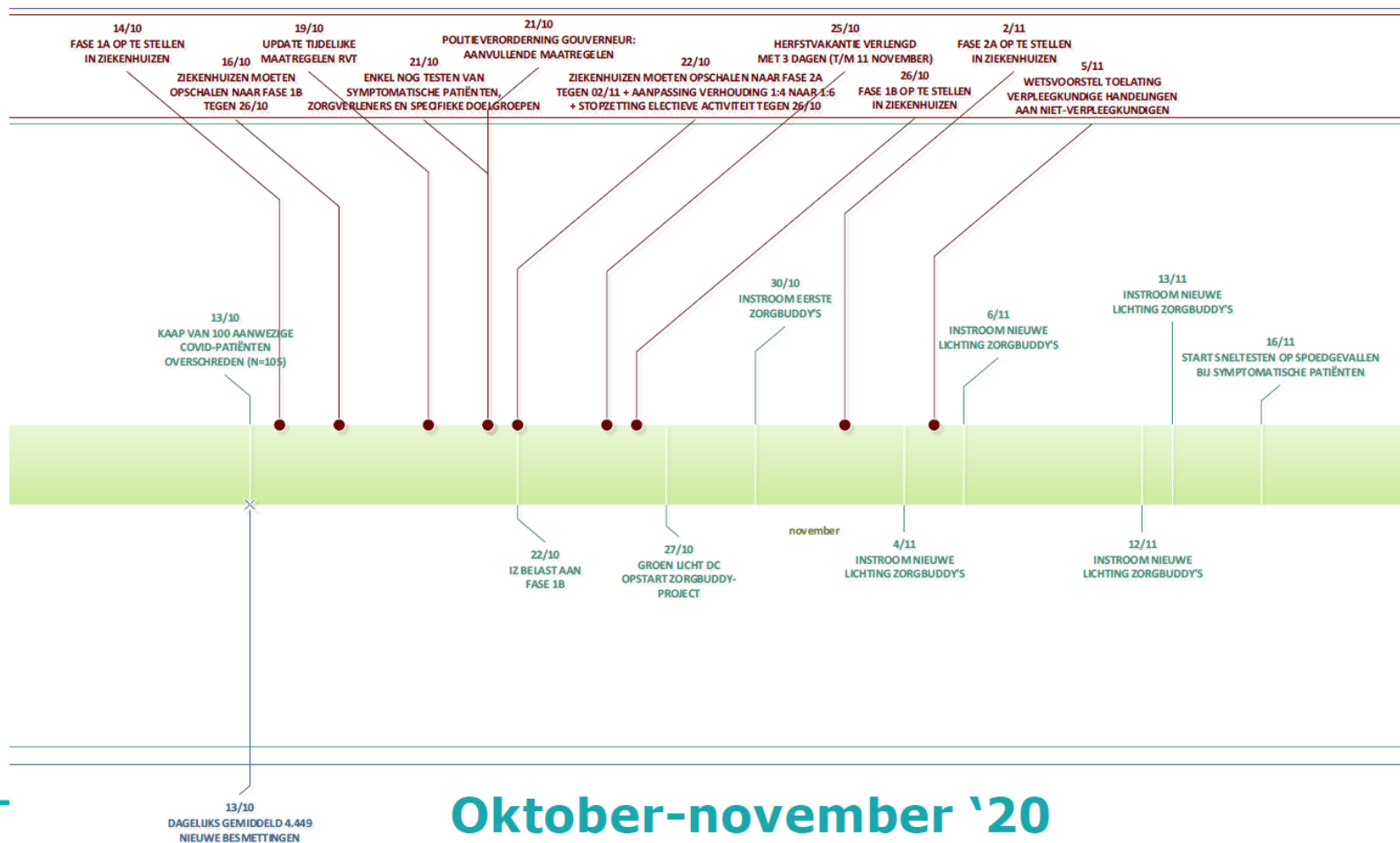


Juli-augustus '20



September-oktober '20





December '20

27/11
ZIEKENHUIZEN MOGEN GRADUEEL
AFSCHALEN NAAR FASE 2A
+ GRADUEEL HERSTARTEN

1/12
REALLOCATIE COVID
PTN JOOSTENS

29/11
INSTROOM NIEUWE
LICHTING ZORGBUDDY'S

december

Approvisionnement en matériel

Constats

- En début de pandémie (1^o vague) aucune aide des autorités
 - Règne de la « débrouille »
 - Anticipation par les hôpitaux (Chine, Italie, est de la France, Paris)
 - Masques, gants, SHA, (sur)blouses
 - Stocks limités puis achats quasi impossibles
 - Aides extérieures:
 - « Bénévoles », industriels, sociétés locales
 - Puis autorités
 - » Bonne coordination via les provinces
 - Mais! matériel parfois non conforme ou défectueux

Approvisionnement en matériel

Propositions

- Gestions de stocks et anticipation
 - Stock central
 - Rôle de l'armée?
 - A faire tourner en fin de vie dans les hôpitaux (achat au prix coûtant)
 - Stock décentralisé dans les hôpitaux
 - Hôpitaux de référence?
- Achats « intelligents »
 - Avis d'experts de terrain
 - Prévoir différentes situations
- Restaurer une production locale / européenne

Planification et gestion de la crise

Constats

- Anticipation
 - Quasi nulle au niveau national et régional
- PUH récent et en place a joué son rôle
 - Activation efficace
 - À l'intérieur des hôpitaux
 - Mobilisation efficace des moyens et du personnel
 - A l'extérieur?
 - Devenu permanent?
- 1° vague:
 - Coordination entre les niveaux de pouvoir inexistante et calamiteuse,
 - Cacophonie institutionnelle
 - Démonstration par l'absurde de l'aberration de la régionalisation des soins de santé
 - Non-prise de décisions par législature précédente « en fin de règne »
- 2° vague:
 - Amélioration suite à la reprise en main du fédéral
- Rôle de l'armée?
- Multiplication des comités, commissions,
 - Rôle respectifs à part directives parfois contradictoires?
 - Experts???
- Surcharge administrative
- Opacité complète des données

Planification et gestion de la crise

Propositions

- Prévoir une task-force efficace pour analyser en permanence les risques avec relai effectif vers les autorités sanitaires
 - Experts de terrain « en veille »
- Affiner le PUH
 - PIE (Plan InterEpidémique)?
- Recentrer la gestion sanitaire nationale
 - Une seule cellule de décision
 - Coordination européenne indispensable
- Eviter la multiplication de l'encodage des données
- Fournir un accès aux données recueillies:
 - Partage via un groupe d'analyse indépendant
 - → benchmarking et amélioration des pratiques en temps réel
 - Meilleure répartition de l'effort au niveau national
 - Favoriser le transfert précoce de patients
 - Favoriser les analyses épidémiologiques et scientifiques

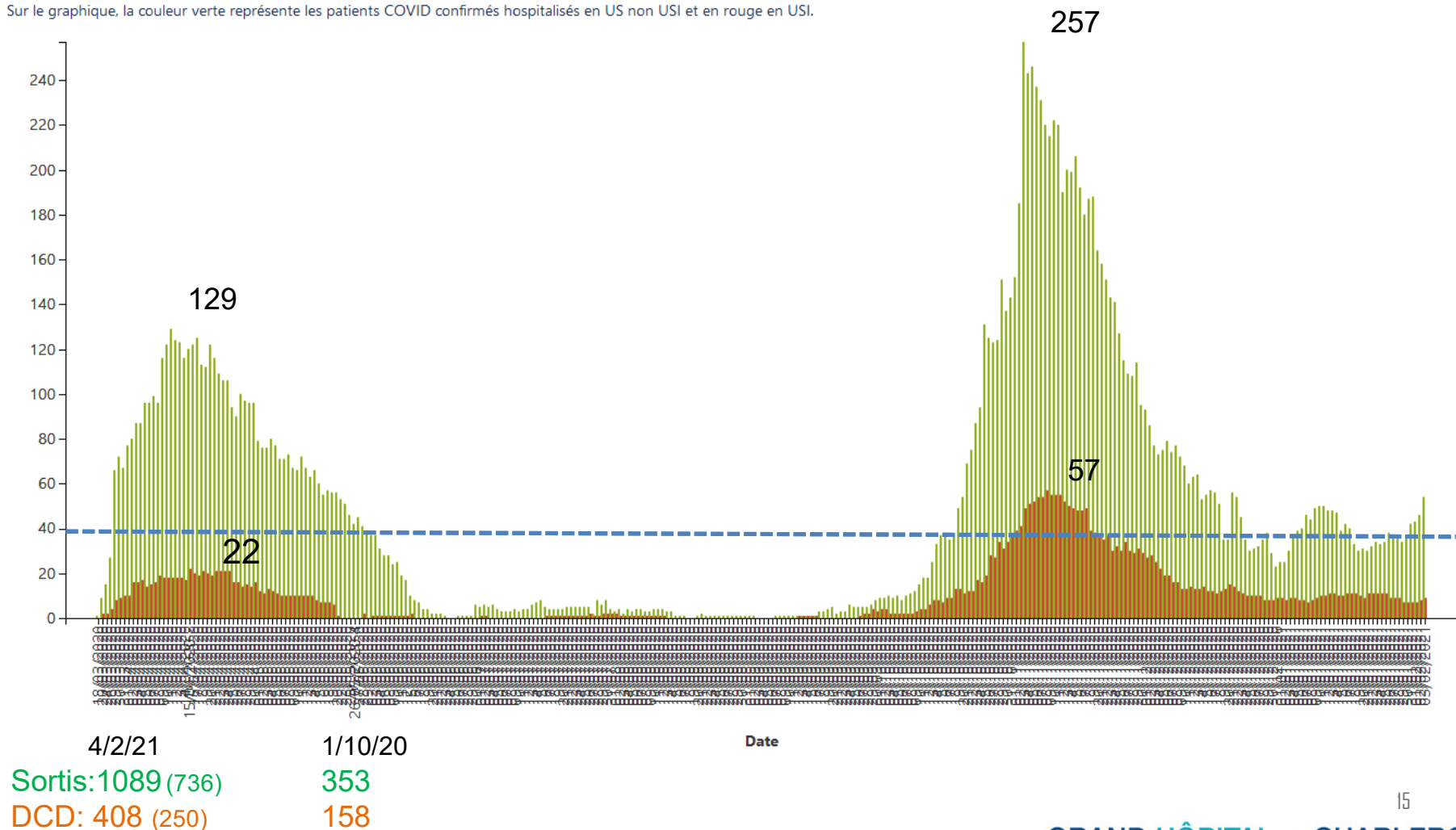
Rôles des hôpitaux

Constats

- Central, seul acteur effectif en début de crise
 - Lieu d'anticipation
 - Support à la première ligne et aux MR/MRS
 - Prises de décisions rapides, autonomes, adaptées au terrain
 - Centre de compétences et d'apprentissages...
 - Mise en place de procédures diverses...
- Fonctionnement effectif des réseaux
 - Parfois même élargie au réel loco-régional
- Manque de ressources et limites logistiques atteintes (surtout dans courant 2° vague)
 - EPI 1° vague, RH 2° vague
 - Capacité USI dans certaines régions
- Epuisement du personnel
 - Effectifs trop limites, charge de travail
 - « on n'en voit pas la fin » (2° vague)
- Problématique des transferts
 - Aide effective des inspecteurs d'hygiène fédéraux
 - Mais action trop tardive

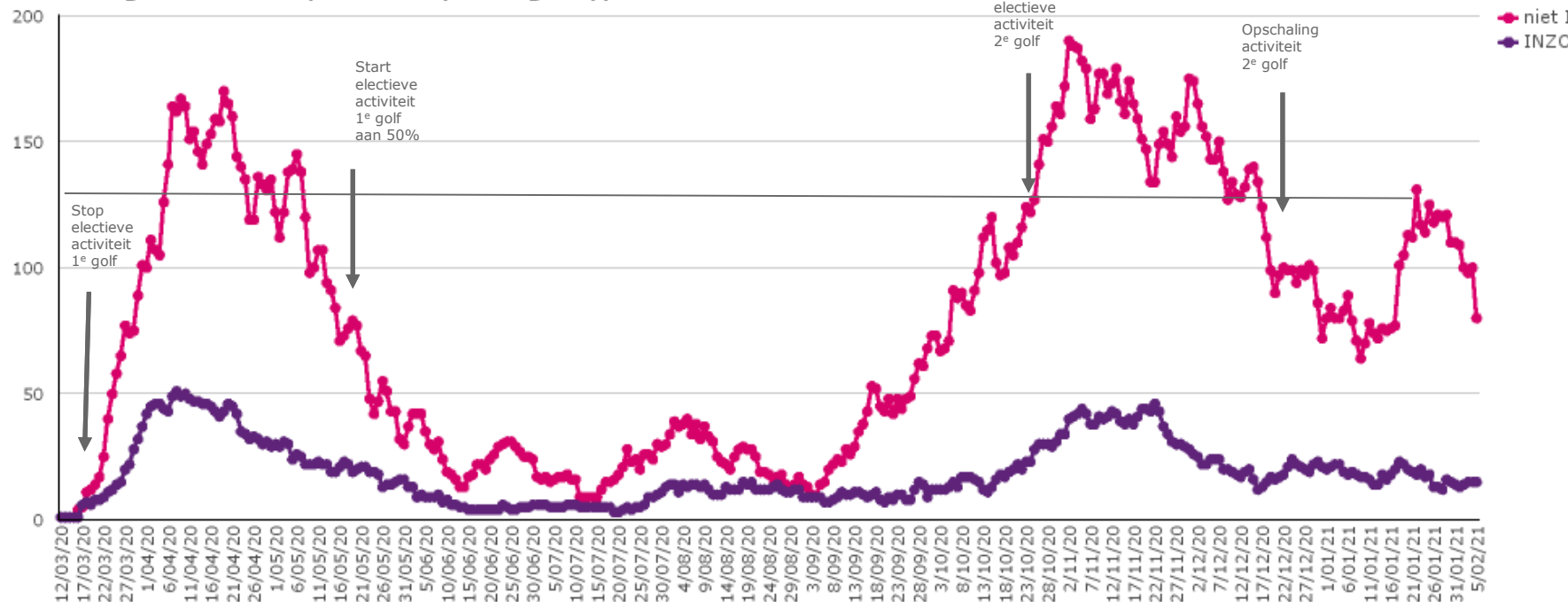
Evolution hospitalisations

Le tableau ci-dessous concerne les patients hospitalisés à la date renseignée. Les chiffres sont publiés vers 10h tous les jours.
Sur le graphique, la couleur verte représente les patients COVID confirmés hospitalisés en US non USI et en rouge en USI.



Vaststellingen in ZNA

Aanwezige COVID-19 patiënten per dag / type VPE



Let op: aantal opgenomen pt. neemt af,
incidentie maatschappij neemt toe

Rôles des hôpitaux

Propositions

- Les responsabiliser
 - Les impliquer davantage dans la gestion de la crise plutôt que de les écraser sous la surcharge administrative
- Favoriser les échanges de bonnes pratiques
 - Benchmarking et financement lié à la qualité des soins (P4P)
 - Etablir des normes de qualité, ne pas se reposer sur initiatives locales
 - Cf utilisation des EPI...soutenir l'objectif de qualité plutôt que de laisser chacun devoir assumer
- Laisser davantage d'autonomie aux réseaux
 - Cf 2° vague, objectifs d'activité par réseau
 - Les étendre à l'ensemble de la ligne de soins
 - Pas d'hospitalocentrisme mais vision globale de la prévention aux prises en charge à domicile, MR/MRS...
- Prévoir davantage de centres de références infectieux
 - Maintien de lits « de réserve/tampons »
- Revoir normes de financement et d'encadrement
 - Financement davantage forfaitaires des US (moins lié aux actes)
 - Revaloriser services aigus (urgences, SI)
 - Revaloriser soins de surveillances clinique
 - Basé davantage sur nécessité que sur activité
 - Staffer davantage les unités de soins

Capacités sanitaires

Constats

- Déploiement rapide de nouvelles unités
 - SI, medium care, HFV su base d'initiatives locales
- MRS
 - Impréparation, mesures d'hygiène déficientes, parfois nauvrages sanitaires
- Première ligne
 - Parfois recours excessif à la télé-consultation
- Evolution dans la qualité des soins
 - Nouveauté → Apprentissage « de terrain »
 - Rôle des sociétés savantes, littérature, réseaux de spécialistes...
- Activité de dépistage
 - Labo de référence vite submergés
 - Sensation d'abandon par les autorités, discours officiels incohérents
 - Achat de machines/analyseurs
 - Capacité de plus en plus étendue
 - Mise sur pied de centres de testing avec les MG
 - Récidive des difficultés initiales avec les nouveaux variants

Capacités sanitaires

Propositions

- Prévoir et financer des unités medium care à déploiement rapide
- MRS
 - Renforcement du rôle du médecin coordinateur: acteur > conseiller
 - Professionnaliser les directions
 - Sortir de leurs isolements (silos)
- Rôle global des réseaux locaux régionaux dans la coordination des soins
 - Intégration prévention-1° ligne-hôpitaux-soins à domicile-MR/MRS
 - Capacité de dépistage davantage décentralisée (via réseaux)
 - Soutenir les laboratoires hospitaliers, pas les privés
 - Intégration informatique dans soins, activité 24h/24 7j/7
- Evaluation qualitative du fonctionnement des télé-consultations
 - Dépasser le financement « béat »
 - Eviter automatiser/mécaniser des consultations
 - Restaurer le contact humain et la vision holistique du patient

Aspects humains-éthiques

Constats

- Critères de prise en charge des patients
 - Approche éthique et anticipation
- Report des soins
 - Oncologie
 - Cardiovasculaire, cérébro-vasculaire
 - Santé mentale
 - Impact des télé-consultations
- Problématique de la santé mentale
 - Impact majeur du confinement et des incertitudes liées à la crise sanitaire
 - 2 populations plus vulnérables: jeunesse et personnes âgées

Aspects humains-éthiques

Propositions

- Adopter des critères éthiques de prise en charge au niveau national
 - Imposition du projet thérapeutique dans
 - MR/MRS,
 - Institutions de soins pour personnes en situation de handicap...
 - Critères de transfert
 - MRS → hôpital, hôpital → hôpital, SI...
 - Eventuellement modulés par capacités et ressources
- Protection des soins critiques
 - Rassurer la population, relancer les campagnes de dépistage
- Revaloriser la santé mentale ambulatoire
 - Pédopsychiatrie, SSM
- Avoir une politique de vaccination cohérente
 - Protéger / sécuriser l'hôpital et les plus faibles

Corps médical et soignant

Constats

- Enormément de courage et de bonne volonté
 - Solidarité exemplaire
- Attitude du public:
 - Soutenant pendant 1^o vague,
 - Maintenant critique, si pas agressif
- Durée du travail
 - Globalement respectée
 - Coordinateurs/infectiologues, pneumos, gériatres, directions...?
- Médecins en formation
 - Disponibilité sans faille
 - enthousiasme
 - Pas d'abus
 - Mais probablement variable selon les lieux de stage
 - Critères de formation
 - Moins d'actes spécifiques
 - Mais apprentissage de l'adaptabilité, valeurs de solidarité...

Etude séroconversion

RÉPARTITION DE LA SEROPOSITIVITÉ ENTRE SOIGNANT ET NON SOIGNANT

SÉROLOGIE			
PERSONNEL	séronégatif	séropositif	Total
Non Soignant	1110 93,80%	73 6,20%	1183
Soignant	1366 85,70%	228 14,30%	1594
TOTAL	2476 89,20%	301 10,80%	2777

RÉPARTITION DE LA SEROPOSITIVITÉ CHEZ LES CONTACTS ÉTROITS AVEC COVID AU TRAVAIL

SÉROLOGIE			
	séronégatif	séropositif	TOTAL
Non	1646 93,40%	117 6,60%	1763
Oui	869 82,40%	185 17,60%	1054
TOTAL	2515 89,30%	302 10,70%	2817

Etude sérologique effectuée sur les membres du personnel du GHdC du 19 juin au 11 août 2020. 3474 personnes ont marqué leur accord (81% de la population cible), 2817 sérologies (dosages IgG) ont été effectuées.

Corps médical et soignant

Propositions

- Revaloriser l'encadrement humain dans les hôpitaux
 - Y compris l'image des professions de santé
 - Primes de risque et de solidarité
 - Soignants et non-soignants
 - Arrêter de compter uniquement sur la bonne volonté/bénévolat
 - Renforcer les équipes
 - À tous niveaux, jour+nuit
 - Ne pas oublier soins à domicile
- Imposer des mesures strictes pour accès à l'hôpital pendant crises
 - Globales et pas dépendante de l'hôpital
 - Patients et visiteurs
 - Groupe de réflexion avec directions hospitalières
- Médecins en formation
 - Laisser moins d'autonomie aux commissions d'agrément
 - Soutenir les stages de compensation
 - Critères objectifs d'évaluation de la qualité des (lieux de) stages

Mesures de compensation

Constats

- Hôpitaux
 - En cours
- Médecins
 - Incertitude majeure
 - Laissé au bon vouloir des conseils médicaux
- Coordinateurs
 - nihil

Mesures de compensation

Propositions

- Hôpitaux
 - Ajuster sur activité Covid effective
 - Vérifier perte d'activité
 - Contrôle de la réalité des données
- Médecins
 - Réduire importance des actes, augmenter la part forfaitaire
 - Favoriser la solidarité entre les acteurs
 - Limiter les écarts d'honoraires
- Coordinateurs
 - Reconnaître leur travail régional, provincial
 - Ne pas avoir recours à eux que quand système est dépassé
 - Anticipation
 - Valoriser leur expertise de terrain

Action et statut du médecin-chef

Constats

- Rôle central dans la gestion de la crise
 - Assumé et effectif
 - Mise sur pied, animation et présidence des comités covid, vaccin...
 - Responsable de l'organisation des soins
 - Décisions d'admissions, de transferts...
 - Politique externe vers 1^o ligne, MRS
 - Souvent porte-parole
 - Soutient des équipes
 - Statut bancal
- « Arbitre sans sifflet »
 - Énormes responsabilités légales
 - Quasi pas de pouvoir
 - Si ce n'est persuasion, charisme
 - « pouvoirs spéciaux »
 - De novembre 2020 à avril 2021
- Acteur méconnu et non écouté
 - Présence sur le terrain
 - Relai entre gestionnaires et soignants
 - Relai entre hôpital et autres lignes de soins
 - Y compris autres hôpitaux

Action et statut du médecin-chef

Propositions

- Représentativité effective fédérale et régionale
 - Implication en amont, pas en aval
- Rôle pivot dans l'organisation des soins régionaux
 - Via réseaux de soins?
- Maintien au-delà de la crise des « pouvoirs spéciaux »
- Dépasser le pouvoir d'injonction
- Autonomie par rapport au conseil médical
 - Autonomie de décision
 - En adéquation par rapport à ses responsabilités légales
- Protection par rapport au gestionnaire
 - Commission d'arbitrage externe

Vaccination

- Vous voulez qu'on en parle?

Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

► Eenheid van leiding

► Duidelijke bevoegdheden voor ieder “echelon”

- Federaal
- Regio's
- Provincies
- Steden en gemeenten
- Ziekenhuizen/ netwerken



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

► Operationaliteit

- Voorraden en lokale productie
- Opschalen en afschalingsplan
 - Pandemie
 - Andere zorg
- Solidaire spreading



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

► **Communicatie-aanpak**

- Snelle terugkoppeling naar de vloer
- Meenemen informatie vanop de vloer
- Coherente afspraken pers : bevolking
- Transparante beschikbaarheid relevante, betrouwbare informatie



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

► Wetenschappelijke cel

- Verzameling en integratie beschikbare wetenschappelijke informatie
- Uitwerken snelle interventies
- richtlijnen



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

▶ Administratieve vereenvoudiging

- ▶ ICMS
- ▶ Sciensano
- ▶ Bevestigingen

- ▶ En beschikbaarheid informatie alle actoren



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

- ▶ **Nood aan een duidelijk juridisch kader met bevoegdheden voor de hoofdarts**
 - ▶ Hoofdartsen steeds veel verantwoordelijkheid
 - ▶ tijdens pandemie quasi alle beslissingen en aansturingen bij hoofdarts
 - ▶ Ook buiten pandemie juridisch zwak



Unieke opportuniteit... een onderbouwd pandemieplan...

- ▶ Time is now
 - ▶ Parate kennis
 - ▶ Sence of urgency
 - ▶ Signaal appreciatie
 - ▶ Mijlpaal in de gezondheidszorg
-
- ▶ Medecins-chefs/ hoofdartsen willen mee hun schouders hier onder te zetten

