

1° FEDERALE VOORBEREIDING EN AANPAK GROOTSCHALIGE GEZONDHEIDSCRISIS / 1° ANTICIPATION ET GESTION DE CRISE SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL

- Etiez-vous prêts à gérer une pandémie (connaissances, personnel suffisant, matériel,...) ?
 - Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées dans le cadre de la gestion de la crise en termes :
 - o de préparation à une telle pandémie

Pas d'anticipation, pas de plan pandémie existant (le PUH des hôpitaux n'étant pas adapté à ce genre de situation – celui-ci visant des situations ponctuels), pas de stocks stratégiques d'EPI, que ce soit au niveau des autorités ou des hôpitaux (les stocks existant dans les hôpitaux étant définis en fonction de leurs activités 'classiques').
 - o d'approvisionnement en matériel (matériel de protection, médicaments,...)

Explosion de la demande, marché dérégulé en quelques jours (insuffisance de matériel sur le marché) donnant lieu à une explosion des coûts, à l'émergence de matériels de piètre qualité vendus par des fournisseurs opportunistes, pas de garantie possible en termes de délais de livraison, de qualité, etc. Au niveau des médicaments, les médecins ont dû sans cesse s'adapter avec des alternatives, certains médicaments étant en pénurie. Les hôpitaux ont dû composer avec des stocks à 3 jours, dans la mesure où il était impossible d'obtenir certains médicaments en plus grande quantité. Tous ces éléments ont généré beaucoup de stress, de tension et d'anxiété au niveau du personnel soignant.
 - o de stratégie de testing,

Mise en place tardive de la stratégie de testing. Modifications récurrentes des directives en la matière, manque de matériel de testing, de capacité, de rapidité, de fiabilité du testing, manque d'établissement des priorités en termes de testing (pour le personnel soignant).
 - o de stratégie de traçage,

Peu d'adhésion à la stratégie de tracing par la société civile.

Impression d'une stratégie très chaotique, peu fiable et finalement peu exploitée afin de permettre des confinements

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

différenciés selon les éventuels foyers repérés.

Doutes quant au respect du RGPD dans l'utilisation des données ainsi générées.

- o de stratégie d'isolement,

Confusion entre les concepts d'isolement et de quarantaine, modifications récurrentes des directives, du nombre de jours applicables, incohérence entre les différents textes régionaux et les directives de Sciensano.

- o de stratégie de vaccination

- o Insuffisamment anticipée, lente, suscite de nombreuses questions parmi les institutions.

- o de partage de données des autorités vers les acteurs de terrain

Coupure complète en termes de communication entre le terrain et les autorités lors de la 1^{ère} vague ;

Refus d'intégrer les représentants du secteur dans les TF/organes de décisions ;

Nécessité de demander de manière répétitive certaines informations (clé de repartition, chiffres relatifs aux commandes, etc.) ;

Manque de transparence, incohérence dans les informations communiquées.

- o d'échange de données, d'expérience, des acteurs de terrain vers les autorités

Sentiment du terrain de ne pas être entendu par les autorités

- o de communication envers la

population

Nous sommes passés d'une minimalisation complète de la situation à la suscitation d'une certaine anxiété au sein de la population ;

Infantilisation de la population dans la communication ;

Communication parfois opportuniste et non coordonnée dans le chef de certains responsables politiques, ce qui a ajouté au chaos existant et au manque de lisibilité par la population ;

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

Sentiments d'incohérences et parfois d'absurdités dans les mesures arrêtées ;

Changements quotidiens, impression de confusion générale ;

Scandale de la prolongation des mesures jusqu'au 1^{er} mars via un arrêté publié en catimini.

o de communication envers les professionnels de la santé

Sentiment de ne pas être entendu, voire de mépris total du terrain, principalement pendant la 1^{ère} vague (ce que certains soignants ont exprimé, par attitude ou communiqués de presse, aux responsables politiques).

Sentiments que les considérations politiques prennent le dessus sur la réalité du terrain.

o de commandement, leadership et coordination

Au niveau des autorités, grande difficulté liée à la complexité institutionnelle de la Belgique, manque de concertation entre les pouvoirs, informations contradictoires dans leur communication et dans les textes réglementaires, multitude des points de contacts, décentralisation de la prise de décision, difficile de se retrouver entre les compétences des uns et des autres, engendrant un manque d'efficacité, de transparence et de clarté.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

-

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- o ? Quelles sont, selon vous, les principales raisons des problèmes rencontrés dans le cadre de la gestion de la crise par la Belgique
- Aucune anticipation ou préparation des autorités ;
Aucun plan pandémie existant malgré l'expérience du H1N1 etc. ;
Pas de réserves stratégiques de matériel de protection (destruction de l'existant sans remplacement) ;
Manque de réactivité des autorités ;
Complexité institutionnelle ;
Manque de coordination, de concertation entre les différents niveaux de pouvoir ;
Manque d'intégration entre les structures de soins ;
Déconnexion et déconsidération du terrain ;
Modifications récurrentes des politiques de testing, de quarantaine, d'isolement, etc ;
Confusion dans la communication (notamment due à la complexité institutionnelle).
- o Quelles recommandations émettez-vous afin d'améliorer à l'avenir la gestion d'une nouvelle crise éventuelle en termes :
- o de préparation à une telle pandémie
- Création de Plans Hospitaliers de Gestion de Pandémie ;
Modification des règles d'adressage des patients et de régulation des hospitalisations ;
Création d'unités d'hospitalisation spécifiques ;
Création de structures hospitalières de réserve ;
Création et gestion de stocks stratégiques ;
Préparation des systèmes informatiques à la gestion de crise et à la communication entre les acteurs ;
Création d'une structure de commandement adaptée ;
Création d'un fonds spécial "Pandémie" ;
Création d'un plan d'urgence pandémie fédéral ;
Respects de principes généraux : confiance, équité, solidarité, transparence.
- o d'approvisionnement en matériel (matériel de protection, médicaments,...)
- Stratégie de constitution et de gestion de stocks par le Fédéral et les régions, en collaboration avec les acteurs ;

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

Stock stratégique d'EPI pour chaque hôpital (voir les réponses à d'autres questions à ce sujet, chaque hôpital n'ayant pas la même capacité de stockage ni de financement à cet égard – un financement devrait être prévu), sous contrôle de l'inspecteur d'hygiène ;

Analyse du rapatriement partiel en Europe de l'industrie relative à la fabrication d'EPI ;

Contrat cadre avec un ou plusieurs fournisseurs (dans le respect de la législation des marchés publics).

→ Les structures de procurment dans le secteur soins de santé sont à consolider. Regardant les pays avoisinants (NL, D, F): ces structures sont dans les mains d'ASBL indépendantes qui travaillent dans un cadre légal bien déterminé et pour les hôpitaux qui sont leurs membres. Ainsi, le procurement forme un front commun vis-à-vis de l'industrie pour organiser la pénurie au niveau qualité & quantité, logistique & continuité de livraison, standardisation & prix.

o de stratégie de testing,

Activation rapide d'un réseau de laboratoires sur base de l'expertise du laboratoire de référence par rapport au virus concerné ;

Plan permettant un déploiement rapide de sites de testing ;

Stratégie de testing avec pour objectif notamment un confinement différencié de la population.

o de stratégie de traçing,

- Un traçage vraiment efficace est probablement compliqué puisque celui-ci est « limité » par les prescrits du RGPD. L'appli "coronalert" n'a en fin de compte pas été téléchargée par suffisamment de monde pour être réellement efficace.
- Il faut à l'avenir être plus pédagogique et intégrer plus rapidement ce genre d'appli dans le tableau général de stratégie du traçage en insistant sur l'aspect confidentiel des informations de localisation utilisées pour déterminer les contacts à risque ou une source originelle de contamination.
- L'impossibilité de remonter efficacement la plupart du temps aux origines d'une contamination est un vrai problème qu'il faudrait sans doute encore mieux souligner auprès de la population.
- Etudier ce qui s'est passé en Corée du Sud où le traçage semble avoir été efficace (dans le respect de la démocratie >< à la Chine).
- Réaction plus rapide et plus stricte quant à la politique relative aux voyages non professionnels. Obligation de déclaration et amendes plus conséquentes en cas de non-respect. Les voyages ont bien entendu été un des vecteurs

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

importants de la pandémie.

- o de stratégie d'isolement,

Confusion due à des modifications récurrentes, différences d'une région à l'autre, en contradiction avec les recommandations de Sciensano : il faudrait donc une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir et intervenants et, par conséquent, entre les textes réglementaires/législatifs/recommandations de Sciensano.

- o de stratégie de vaccination

Développement de procédures génériques de vaccination (définition des priorités, schémas d'organisation, etc.) pour permettre une accélération du développement du plan ad hoc le moment venu ;

Intégration des médecins généralistes dans le processus de vaccination ;

La réussite d'une campagne de vaccination de masse implique une décentralisation du processus.

- o de partage de données des autorités vers les acteurs de terrain

Transparence, réactivité, confiance dans la communication des autorités, implication, respect et considération du terrain.

- o d'échange de données, d'expérience, des acteurs de terrain vers les autorités

Intégration des représentants du terrain ds les TF.

- o de communication envers la population

Communication beaucoup plus claire, transparente, unique (une seule voix), sans simplification à l'extrême mais didactique (sans infantilisation) pour faire comprendre à la population, et faciliter l'adhésion aux mesures

- o de communication envers les professionnels de la santé

Intégration des représentants des professionnels de la santé dans les TF.

Considération, prise en compte du terrain.

- o de commandement, leadership et coordination

Création d'une structure de commandement adaptée

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA**a. Au niveau de l'hôpital :**

- 1 cellule de crise PUP par hôpital, amenée à fonctionner dans la durée

b. Au niveau du réseau locoregional + 1^{ère} ligne :

- coordination de crise PUP – cellule de veille opérationnelle en tout temps
- coordination avec la 1^{ère} ligne (niv EPI, testing, labos, ...)

c. Au niveau provincial:

- un responsable de coordination de crise avec les réseaux situés sur son territoire, les autorités regionales et fédérales;
- renforcement du rôle des inspecteurs d'hygiène fédéraux affectés aux provinces.

d. Au niveau federal:

- un gestionnaire de crise pour implementer les mesures nécessaires prises sous l'autorité du 1^{er} Ministre, entouré des ministres impliqués, après avis d'un collège d'experts;
- un Commissaire Royal ayant toute autorité sur les administrations et organes concernés par la crise : SPF Santé Publique, INAMI, AFMPS, Sciensano, RMG, RAG, Service de santé de la Défense, ..., se substituant au(x) Ministre(s) normalement en charge de ces départements, tout en s'appuyant sur une cellule propre de gestion de crise, sur le RMG et sur la Chancellerie du Premier Ministre.

e. Au niveau des entités fédérées

- Coordination entre celles-ci et le Fédéral, avec une hiérarchie décisionnelle, dans le cas particulier d'une crise sanitaire pandémique.

- Estimez-vous avoir été suffisamment soutenus dans la gestion de la crise du covid ?

Lors de la 1^{ère} vague, non. C'est la société civile, l'industrie, les sociétés, diverses associations, le personnel des hôpitaux qui ont soutenu les hôpitaux par leurs dons, leurs créativité, leurs engagements dans l'urgence de la situation.

Malgré l'avertissement de l'OMS, le monde politique a mis trop de temps à réagir, et une fois que la réaction fut là, le terrain a été mis à l'écart de la gestion d'une pandémie dont il vivait de plein fouet la réalité et l'absence de préparation des autorités.

La 2^e vague a été plus positive en termes de gestion, bien que certaines mesures de droit social auraient pu être adoptées plus rapidement, afin de donner au secteur cette flexibilité et ce souffle en termes de solutions dont il avait grandement besoin

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

compte tenu de la pénurie de personnel.

Le secteur a dû en appeler plusieurs fois au monde politique pour prendre les mesures nécessaires afin de freiner la 2^e vague, mais encore une fois, la réaction fut trop lente.

- Les hôpitaux ont leurs propres plans d'urgence. Ces pratiques étaient-elles fréquentes ? Ont-ils fonctionné correctement ?

Tous les hôpitaux ne disposent pas à l'heure actuelle d'un PUH agréé.

Par ailleurs, les PUH des hôpitaux existants n'étaient pas adaptés à une pandémie de ce type, puisque conçus pour répondre à une catastrophe ponctuelle.

Malgré ces éléments, les PUH ont fonctionné de manière correcte dans l'ensemble, avec une légère différence d'efficacité d'une institution à l'autre.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Quels éléments d'un bon plan générique de lutte contre la pandémie n'étaient pas présents au début de la crise ?

Cfr réponse suivante

- Que devrait contenir un plan générique de lutte contre la pandémie concernant les soins primaires et les soins aux personnes âgées ? Avez-vous été impliqué dans l'élaboration ou la mise à jour d'un tel plan de lutte contre la pandémie par les autorités compétentes ?

La montée en puissance instantanée des unités spécifiques ;

La coordination au niveau de chaque hôpital et au niveau de chaque réseau locorégional des opérations de crise ;

La capacité de procéder aux travaux nécessaires à la gestion de la crise en matière de flux, d'accueil, de tri et d'isolement de patients ;

La réquisition du personnel médical et soignant nécessaire pour faire face à la crise ;

La création au niveau de chaque réseau d'une cellule de veille des alertes sanitaires en vue de préparer les institutions à préparer d'éventuelles crises, notamment en prévision de pénuries d'approvisionnement ;

La constitution de stocks stratégiques au niveau de chaque réseau.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- De quelle manière avez-vous été impliqué dans les préparatifs d'une éventuelle épidémie/pandémie majeure ?

D'aucune manière.

- Le fait qu'une pandémie se développerait tôt ou tard était écrit dans les étoiles. Notre pays a élaboré un plan de lutte contre la pandémie en 2006. Ce plan prévoyait un stock de 32 millions de masques buccaux chirurgicaux et 6 millions de masques FFP2. Nous savons maintenant que ce stock a été brûlé. Saviez-vous que le gouvernement disposait normalement d'un stock et que vous y comptiez ou que chaque hôpital avait son propre stock en cas de pandémie ? Les hôpitaux disposaient-ils de leur propre plan de lutte contre la pandémie ?

Les hôpitaux n'étaient pas informés de la destruction du stock stratégique de masques. Quant à disposer d'un stock stratégique individuel de masques, les hôpitaux ne disposent ni des moyens ni des espaces de stockage pour ce faire.

- En 2009, au moment de la grippe porcine, un plan de pandémie a été élaboré par les hôpitaux. **Le plan de pandémie grippe était au départ un plan fédéral.** Ce plan a-t-il été régulièrement mis à jour ? **Le PUH a dû être mis à jour récemment mais à nouveau, il ne s'agit pas d'un plan pandémie** Y a-t-il été fait référence ? **Il n'a pas été fait référence au plan pandémie mais au PUH de chaque hôpital** Ce plan a-t-il été utile ? **Non puisqu'il n'a pas été utilisé (le plan pandémie)** De quelle manière ce plan a-t-il contribué à une meilleure préparation ou en quoi a-t-il été insuffisant ? **Il n'a pas été utilisé.**
- Pourquoi la MR/S n'avait-elle pas de plan de lutte contre la pandémie ?
Les MR/S sont des lieux de vie et non des hôpitaux de seconde zone.
Les MR/S ont une chambre d'isolement lorsqu'elles disposent de chambre à deux lits et ont les ressources pour accompagner un ou deux patients/résidents en phase aigüe mais pas 20 à 30 % de la capacité d'hébergement.
Les MR/S disposent de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination.... Elles disposent des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel...
Les MR/S sont avant tout des lieux de vie mais qui doivent pouvoir bénéficier d'expertises externes médicales-paramédicales et d'un soutien RH (EMU) rapides en cas de crise sanitaire ou autre.
- Votre organisation a-t-elle mis en place, ou a-t-elle l'intention de mettre en place, un processus avec ses membres pour dresser la liste des enseignements tirés de la gestion de la crise du covid-19 ? Si oui, partagez-vous les résultats avec les autorités compétentes? **Oui et Oui**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Quelles leçons pensez-vous que l'on puisse tirer de la gestion de la crise COVID ?
Voir réponses aux questions ci-dessus.

- Quels enseignements les intervenants tirent-ils de la préparation de notre pays à une telle crise sanitaire ?

Voir réponses aux questions ci-dessus.

- Selon l'orateur, a-t-on tiré suffisamment de leçons de la première vague ? Les orateurs peuvent-ils donner des précisions à ce sujet ?

L'enjeu des deux vagues a été fort différent.

1^{ere} vague : EPI

2^e vague: ressources humaines → mesures de droit social.

2 gouvernements différents et donc 2 méthodes de gestion différentes.

Tout ne peut se comparer et les différentes initiatives pour tirer des leçons de la 1^{ere} vague sont toujours en cours.

Cependant, on peut d'ores et déjà noter :

a. Leçons non tirées :

-lenteur de la part des autorités à prendre des mesures plus fortes pour contrer la seconde vague naissante, malgré les appels répétés ;

-nécessité d'une réaction rapide, or il y a eu certaines lenteurs au niveau de l'adoption de textes juridiques.

b. Leçons tirées:

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- au niveau du droit social, de nombreuses mesures adoptées lors de la 1^{ère} vague ont été réactivées pour la 2^e vague et complétées avec ce qui était nécessaire ;
- une meilleure écoute et prise en considération du terrain quant aux besoins en droit social ;
- une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoirs ;
- nomination d'un commissaire covid.

- Selon les intervenants, qu'est-ce qui devrait être organisé différemment dans notre système de soins de santé pour qu'une crise sanitaire de ce type puisse être traitée plus efficacement ?

Nécessité de créer au sein des réseaux hospitaliers une nouvelle fonction hospitalière "maladies infectieuses émergentes" disposant d'une infrastructure complète (lits, personnel, matériel) pour répondre d'emblée et de manière appropriée à une sollicitation.

Outre le système de soins de santé, la vision doit être plus large.

Les soins de santé ne sont qu'un maillon de la chaîne à mettre en place pour éviter à l'avenir un tel chaos.

Voici les différents points d'attention pour une meilleure gestion de crise à l'avenir :

- Développer l'intégration entre les structures et lignes de soins;
- Créer une capacité réflexe en veille, qui puisse être mobilisable rapidement ;
- Développer d'un plan pandémie intégrant les différents points soulevés plus haut ;
- Préparer des systèmes informatiques à la gestion de crise et à la communication entre les acteurs ;
- Créer d'une structure de commandement adaptée (voir ci-dessus) pour dépasser la complexité institutionnelle belge et éviter que celle-ci soit un frein/obstacle à la gestion d'une telle crise tel que ce fut le cas en l'espèce ;
- Créer d'un fonds spécial "Pandémie";
- Revoir les normes d'encadrement des professionnels dans les institutions de soins ;
- Former de manière continue le personnel cadre en termes de gestion des infections, gestion des risques, gestion du personnel dans un contexte de crise, développement en matière de leadership au sein de leurs structures ;
- Coordonner et articuler les activités au niveau des territoires et des réseaux (et mises à disposition des structures de soins des compétences disponibles au niveau des réseaux par exemple, au travers d'accords inter-institutionnels ou interprofessionnels).
- Mettre en place d'un système apprenant : échange des bonnes pratiques, formation des soignants, résilience du système;

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

-Veiller à la bonne interaction entre les divers plans susceptibles de cohabiter (plans d'urgence des hôpitaux, plans internes d'urgence des collectivités résidentielles, plans d'urgence des provinces, plans pandémies régionaux, fédéral, etc.)

Une meilleure intégration des lignes et des structures de soins doit permettre une prise en charge mieux organisée des patients, depuis le testing jusqu'à l'hospitalisation si nécessaire. Revoir/clarifier le rôle et la place des généralistes, et plus largement de la première ligne, peut sans doute faciliter la gestion des cas aigus en limitant, dans une certaine mesure, l'afflux vers l'hôpital. Une meilleure intégration doit aussi pouvoir permettre une réallocation plus facile des moyens humains disponibles dans le système lors de la survenue d'une pandémie.

Une clarification des rôles, entre les entités est évidemment indispensable. Certes, dans une certaine mesure la CIM santé joue le rôle de coordination, mais l'efficacité de ce mode de fonctionnement est, au minimum, discutable. Une opérationnalisation décentralisée (réseaux ? provinces ?) disposant des leviers nécessaires pour adapter les actions au contexte local et aux besoins spécifiques est à envisager, cette décentralisation rapportant vers un niveau supérieur unique et clair (région ?)

Last but not least: les structures de procurment dans le secteur soins de santé sont à consolider. Regardant les pays avoisinants (NL, D, F): ces structures sont dans les mains d'ASBL indépendantes qui travaillent dans un cadre légal bien déterminé et pour les hôpitaux qui sont leurs membres. Ainsi, le procurement forme un front commun vis-à-vis de l'industrie pour organiser la pénurie au niveau qualité & quantité, logistique & continuité de livraison, standardisation & prix.

2° INFORMATIE INTERNATIONAAL EN DERDE LANDEN DEC.2019-MAART 2020 / 2° INFORMATION INTERNATIONALE ET PAYS TIERS DÉC.2019-MARS 2020

- Y avait-il des institutions sœurs à l'étranger avec lesquelles vous étiez en contact et où il était clair que la situation menaçait de dégénérer, ou que des mesures avaient déjà été prises pour préparer l'admission éventuelle de nombreux patients (gravement malades) à court terme ?

Pas d'institutions soeurs mais il a été rapidement évident, au vu de la situation dans d'autres pays, et notamment l'Italie, que la situation allait dégénérer. Les hôpitaux ont ressenti très rapidement les premiers signaux en ce sens (début mars). En effet, la communication scientifique entre professionnels de santé se fait très rapidement. Par contre, la prise de conscience de la gravité n'a pas été optimale au niveau gouvernemental.

Certains pays, et notamment les pays nordiques, semblent avoir été mieux préparés à une telle crise, notamment avec une organisation du système plus cohérente et l'existence d'un vrai plan pandémie

3° FEDERALE BESLISSINGEN EN MAATREGELEN DEC.2019-MAART 2020 / 3° DÉCISIONS ET MESURES FÉDÉRALES DÉC.2019-MARS 2020

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Quand avez-vous soupçonné qu'une éventuelle pandémie était imminente ? **D'abord, crainte à la suite de l'annonce de l'OMS fin décembre d'un risque de pandémie mondiale. Février, après le retour des vacances de carnaval, suite à la flambée épidémique en Italie; 1er convocation par le SPF SP fin février.** Combien de temps a-t-il fallu avant que le gouvernement ne communique clairement qu'il y avait effectivement un problème? **CIM santé publique du 1/3/2020, convocation de la première réunion de concertation interfédérale à l'initiative des administrations et de la cellule de gestion de crise, autour des risques de pénuries de matériel de protection et un plan de gestion de la capacité de soins. Communication officielle : le 13 mars 2020.** Comment avez-vous vécu la collaboration avec le gouvernement, par exemple en termes de communication? **Lacunaire et désordonnée, surtout durant les premières semaines : minimisation, pas de leadership clairement identifié, ni de communication de la part/avec la Ministre fédérale de la santé. Silence et absence.** Des réunions organisées fin février/début mars par l'AFMPS (Xavier De Cuyper) et le SPF (Pedro Facon) nous ont amené à faire à notre propre initiative une réunion de concertation le 4/3 organisée par la centrale d'achat MercurHosp ensemble avec la centrale ACAH auquel ont participé leurs membres, les fédérations Santhea, Gibbis, UNESSA auquel a participé une déléguée du SPF. Seule décision prise: organiser un marché public pour masques à lancer par le SPF. Collecte des besoins était dans les mains des deux centrales d'achat.
- Quand avez-vous reçu les premières directives / avertissements officiels du gouvernement concernant le covid-19 ? **Début mars, dès le 5/3, au travers les décisions prises conjointement par le RAG, RMG, le Comité scientifique.**
- Une critique souvent entendue lors de la première vague est que le gouvernement était en retard sur son temps et a réagi trop tard. Partagez-vous l'opinion d'Erika Vlieghe lorsqu'elle déclare (Nieuwsblad 11/04/2020) que si les hôpitaux fonctionnaient comme le gouvernement, il n'y aurait pas eu beaucoup de survivants dans la crise de la covid-19 ? **Un constat : les hôpitaux ont activé spontanément la phase d'information de leur PUH avant la demande officielle, ont tenté d'anticiper eux-mêmes les impacts en termes de stocks de matériel, de médicaments, ont mis en place des structures et processus de gestion de crise en interne. La prise de conscience du secteur était clair. EN 48h, le PUH était activé partout dans le pays. Les recommandations/guidelines officielles étaient communiquées après coup, alors que sur le terrain, les mesures et actions concrètes avaient déjà été prises en fonction de la réalité locale. L'impression, surtout lors de la 1ère vague, que les autorités étaient à côté ou sur la balle sans anticiper sa trajectoire.**
- Lors de son discours politique dans l'hémicycle le 17/03/2020, le Premier ministre Sophie Wilmès a qualifié les hôpitaux de "première priorité". Les WZC ne sont pas mentionnés. Comment les HMO ont-elles vécu cela à l'époque ? **Au vu de la situation dans les pays voisins, le risque majeur était la saturation des hôpitaux et des soins intensifs, au risque de fonctionner avec un système dégradé et de devoir faire des choix. Chacun a dû l'entendre. Mais très vite, le sentiment d'être laissé pour compte (abandon) a pris le dessus. Il était connu que l'âge et la comorbidité étaient des facteurs de risque, allié au manque de ressources, d'expérience, de plan d'urgence. Il eut fallu aborder les deux priorités en parallèle, justement aussi pour réguler au mieux la chaîne de soins et les flux hospitaliers.**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- **Comment avez-vous participé à la création des centres de triage ? Avez-vous une explication sur le fait qu'il y avait beaucoup plus de centres de triage en Flandre qu'en Wallonie ? Quelle a été la conséquence pour les services d'urgence en Wallonie ? Cela a-t-il influencé la rapidité avec laquelle un patient a eu accès à un test ?** Début mars, il s'agissait d'une vision du centre de crise fédéral. L'idée théorique était de concevoir un centre de triage en amont de chaque service d'urgence spécialisé. Le Dir Med désigné par Province avait la mission de se coordonner avec la médecine générale à ce sujet. Le déploiement réel fut tout autre en fonction des besoins locaux (épidémiologie), de la disponibilité des MG, des accords avec les hôpitaux (locaux, personnel), des possibilités logistiques (tentes) et collaboration avec les régions/communes. Les hôpitaux et fédérations ont participé à la réflexion quant aux possibilités de fermeture temporaire au sein du Comité Primary and Outpatient capacity et été informés du financement par l'INAMI. En Wallonie, le réseau de postes de garde de médecine générale à proximité d'hôpitaux généraux est bien développé; lors de la 1er vague, la prévalence du Covid 19 était plus important en Flandres; la fonction tri fut souvent organisée au sein du service des urgences des hôpitaux, via une double filière de soins.

- À quel moment, en tant qu'hôpitaux, réseaux d'hôpitaux ou organisations faïtières d'hôpitaux, avez-vous été informés qu'une pandémie était possible et que les précautions nécessaires devaient être prise ? Cfr question 3.1
- En quoi ont consisté les premières mesures communiquées par le gouvernement et quelle était la date de communication? 13/3/2020 - Comité HSCT (au nom du RAG, RMG et conseil scientifique, des entités fédérées et du fédéral). Cette communication était-elle claire, uniforme, cohérente ? Cfr. Question 3.1
- À quel moment le personnel de direction des hôpitaux a-t-il informé le personnel de la menace éventuelle, des précautions à prendre, des attentes, etc. Ils ont détecté spontanément la menace éventuelle, ont mis sur pied les procédures ad hoc en interne afin de se préparer, fin février.
- Quand avez-vous reçu les instructions concernant la cohorte nécessaire de tous les patients en patients infectés et non infectés ? Voir site du SPF SP – courrier du comité HSCT et Sciensano, rubrique hôpitaux https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hospitals_FR.pdf
- A partir de quel moment avez-vous été informé par les autorités du rôle possible des systèmes de ventilation ou de climatisation sur les infections? A partir de quand des mesures ont-elles été prises dans les hôpitaux? .
- Quelles mesures ont été prises pour éviter la contamination par les systèmes de ventilation?
- Les hôpitaux et les établissements de vie assistée disposent généralement de systèmes de ventilation qui permettent de relier les différentes chambres et zones. Déjà au début du mois de mai, les ingénieurs mettaient en garde contre la transmission possible du virus par les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (HVAC). L'ouverture des fenêtres des toilettes à chasse d'eau constitue également un risque réel, tout comme les ascenseurs.
- Quand les hôpitaux, les réseaux et/ou leurs organisations faïtières et le WZC ont-ils été informés par les autorités qu'une action était nécessaire à ce sujet ?
- Sur la base de ces informations, combien d'hôpitaux ou de maisons de retraite ont procédé à des ajustements afin qu'aucun flux d'air ne puisse continuer à circuler et ainsi provoquer une contamination entre des espaces apparemment fermés ?
- De telles mesures sont-elles prévues afin de prévenir le risque de contamination atmosphérique ?

En résumé :

- Les autorités n'ont pas donné de consignes claires concernant la gestion de la ventilation avant les grandes vacances. Les premières consignes reçues tardivement mentionnaient « à l'exception des hôpitaux et MRS ». Le premier guide générique publié en avril par le SPF Emploi mentionne seulement « évitez autant que possible la recirculation de l'air ». La 3ème version adaptée du guide ne sort que le 2 novembre 2020 et ne dit rien de plus. Les guides sectoriels CP330 sont muets sur le thème de la ventilation.
- Le risque de contamination a été soulevé par les acteurs de terrain dès mars : directions, hygiénistes, conseillers en prévention. Ils ont cherché à s'appuyer sur des organismes européens, des associations d'ingénierie HVAC, des recommandations venant des anglo-saxons. Ils ont sollicité les fédérations du secteur des soins. Certains ont commencé à prendre les bonnes mesures. (texte REHVA)

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Le problème majeur est **la récupération de chaleur** dans les systèmes de pulsion-extraction de l'air. Ces systèmes doivent être compris (complexité) et bypassés pour ne pas réinjecter de l'air contaminé. <https://energieplus-lesite.be/concevoir/ventilation/choisir-les-composants/choisir-un-recuperateur-de-chaleur-d1/>
- Le problème de l'air doit être géré de façon globale (qualité de l'air dans le Code du Bien-être (ppm Co2), température légale dans une MRS, débit de 40 M3/heure/personne, coût dû aux pertes de chaleur rejetée dehors, comment ventiler par temps de canicule dans un cluster covid, sensibilité des personnes fragiles aux courants d'air, etc...)
- Les aspects HVAC de la lutte contre le covid doivent être mieux documentés, plus spécifiques dans le cas des établissements hospitaliers et MRS dont les systèmes HVAC sont complexes. Ils doivent faire l'objet d'une analyse de risques propre à chaque établissement, et tenue à jour en cas de modifications des installations.
- Attention particulière aux ventilateurs(usage nuancé), sècheurs de mains à air pulsé à proscrire,...
- Les conseillers en prévention sont consultés seulement lors de la réalisation du PIU, soit à la veille de la seconde vague.(septembre 2020).
- Intérêt d'un récupérateur de chaleur (différentes technologies)

L'air neuf de ventilation, après avoir été porté à la température de confort à l'intérieur du bâtiment, est rejeté à l'extérieur alors qu'il possède un niveau énergétique supérieur à l'air extérieur que l'on introduit. On parle d'une enthalpie (un contenu en chaleur) plus importante que l'air extérieur.

L'idée est de transférer cette chaleur de l'air extrait vers l'air neuf. On peut ainsi arriver à une récupération de 50 à 95 % du budget de chauffage de l'air de ventilation.

- **Vous êtes-vous senti suffisamment guidé et informé par les autorités compétentes ? Avez-vous eu l'impression qu'ils maîtrisaient la situation? À votre avis, la communication du gouvernement était-elle opportune et correspondait-elle à la réalité que vous avez vécue sur le lieu de travail?** Clairement, non. La multiplicité et l'éparpillement des canaux de communication, des messages transmis n'ont pas facilité la gestion de la crise. Même lors du passage à la gestion fédérale de la crise, il manquait un capitaine identifié comme tel. Le nombre d'acteurs, de groupes, instances d'avis et de décisions était impressionnant sans que personne ne puisse y voir clair sur le qui, fait quoi, pour qui et dans quel ordre (opaque). Pas d'organigramme fonctionnel communiqué ni personne de contact. Cela partait dans tous les sens. Chronophage et lourd. Frein pour le secteur. Sans compter la variabilité régionale. L'expérience de la première vague a déjà permis d'améliorer la situation en créant un Commissariat Covid fédéral ainsi que des délégations régionales ainsi qu'une meilleure coordination interfédérale.
- **Y a-t-il eu des hôpitaux locaux qui ont pris certaines mesures de précaution avant les instructions données par le gouvernement, sur la base d'informations obtenues de l'étranger, via les médias (sociaux), la recherche scientifique ou de tiers et qui, sur cette base, ont déjà au moins vérifié leur occupation maximale et/ou acheté des matériaux de protection ou des dispositifs d'aide aux soins intensifs ?** Oui, cfr. Réponses ci-dessus.

4° VOORBEREIDING EN PLANNING CRISISBEHEERSING / 4° PRÉPARATION ET PLANIFICATION DE GESTION DE CRISE

- Les recommandations des parlements des États montrent que dans les centres de soins résidentiels, les connaissances en matière de prévention des infections, de contrôle des infections, d'hygiène des mains, etc. étaient insuffisantes. Selon vous, que faut-il faire pour y remédier ? Le cadre juridique et décretaal actuel est-il suffisant ?

Il existe pour les MRS et il suffirait de développer les conventions obligatoires entre MRS et services de gériatrie hospitaliers afin de couvrir les besoins de formation. Par contre, il est peut-être utile de légiférer pour les autres collectivités d'hébergement.

Il faudrait:

 - développer un système de formation continue à l'attention du personnel cadre, relative à la gestion des infections, gestion des risques, gestion du personnel en tant de crise;
 - développer des accords inter-professionnels entre ces structures et les réseaux / les provinces afin de pouvoir mettre à disposition de ces structures de soins les éventuelles compétences disponibles;

Revoir et actualiser l'ensemble des formations du personnel des MR-MRS (médecin coordinateur – infirmier -chef - infirmier – aide-soignant) afin d'y inclure de nouvelles compétences.
- (Pour les organisations faïtières dont les membres comprennent des institutions de soins aux personnes âgées :) de quelle manière votre organisation a-t-elle aidé les institutions au cours des dernières années à améliorer leurs connaissances en matière de prévention des infections au moyen de l'hygiène des mains, etc.

Organisation de formations pour les cadres infirmiers.

Groupe de travail proposé aux gestionnaires pour aborder différentes problématiques dont la prévention des infections.

Formations également proposées via la PAQS.
- Les hôpitaux sont-ils prêts pour une troisième vague ? Quels enseignements devons-nous tirer de 2020 ? Quel est le message aux politiciens et que faut-il faire?

Le personnel hospitalier est épuisé, la 2^e vague a déjà fait état d'un taux d'absentéisme record.

Concernant les enseignements à tirer de 2020, nous renvoyons aux réponses des questions précédentes.

Message aux politiciens : gouverner, c'est prévoir.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- A-t-on consacré suffisamment de temps et de ressources à la formation complémentaire des professionnels de la santé aux techniques aseptiques et aux mesures d'hygiène ?

Certainement pas et les formations actuelles devraient être adaptées et rendues également accessibles à l'ensemble du personnel cadre de tout type d'institution de soins.

Cela pourrait se faire, notamment, par des techniques d'e-learning.

- Avez-vous été conviés à participer à la rédaction du nouveau plan pandémie ? Si oui, quelles sont les modalités de votre implication ? Quel est votre apport pour ce nouveau plan ? Si cela n'a pas encore été le cas, estimez-vous utile de pouvoir participer à la rédaction de ce nouveau plan ?

Ça n'a pas été le cas ni pour les fédérations, ni pour les centrales d'achat. Toutefois, nous pensons que les fédérations devraient être impliquées dans un tel processus.

- Quelles sont les quantités minimales d'équipement de protection requises pour être présent dans un hôpital ? Ce montant est-il fixé pour la plupart des hôpitaux en fonction de certains indicateurs, par exemple le nombre d'habitants, les groupes à risque, etc. Combien d'hôpitaux disposaient d'équipements de protection individuelle et combien de temps ont-ils disposé de ce stock ?

Il existe bien des obligations de port de matériel de protection pour les personnes en contact avec des substances dangereuses (après analyse de risques de l'employeur) mais, à notre connaissance, il n'existe pas de réglementation spécifique à une éventuelle quantité minimale d'équipement de protection individuelle. Les hôpitaux disposent cependant tous de stocks en la matière puisque ce matériel est utilisé à diverses occasions dans les activités de "routine" de tout hôpital. Cependant, ces stocks n'étaient bien entendu pas destinés à un usage intensif liée à l'explosion d'une pandémie.

La plupart des hôpitaux se sont retrouvés à court de stock en quelques semaines (1 à 2, voire 3 semaines maximum).

- À quel moment avez-vous reçu les premiers avertissements ou indications du gouvernement concernant la menace d'une pandémie ? Quelles instructions avez-vous reçues du gouvernement fédéral et quelles instructions avez-vous reçues de l'organisme de tutelle de l'hôpital ?

Les tasks forces ont été mises en place tardivement, aux alentours du 23 mars seulement.

Un premier comité de suivi a démarré le 13 mars, prémices de l'HTSC.

Une première lettre a été adressée officiellement aux hôpitaux le 13 mars 2020.

Voici les instructions reçues :

-À partir du 14/03, tous les hôpitaux généraux et universitaires, psychiatriques et de réadaptation doivent activer la phase d'action de

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

leur plan d'urgence hospitalier.

-À partir du 14/03, tous les hôpitaux généraux et universitaires, les hôpitaux de réadaptation ainsi que les cliniques privées doivent annuler toutes les consultations, examens et interventions électives.

-Une attention particulière doit être accordée aux interventions qui ont un impact sur la capacité de l'hôpital en matière de soins intensifs.

-Toutes les consultations, examens et interventions urgentes et nécessaires peuvent continuer à être mis en oeuvre. En outre, toutes les thérapies nécessaires à la vie courante (par exemple, chimiothérapie, dialyse, etc.) ou la rééducation quotidienne nécessaire seront poursuivies.

-À partir du 14/03, toutes les visites dans les hôpitaux généraux et universitaires, psychiatriques et de réadaptation seront interdites, à l'exception des groupes suivants :

-Volontaires et stagiaires : un système d'enregistrement doit être prévu;

-Un ou deux parents (ou assimilés) de nouveaux-nés et d'enfants de moins de 18 ans hospitalisés;

-les parents proches de personnes en phase critique ou finale de leur vie;

-Accompagnement pour les consultations ou examens nécessaires par 1 personne (de confiance) au maximum.

-Le médecin traitant applique ces critères dans le cadre d'une politique et d'une supervision assurées par le médecin-chef de l'hôpital.. Les 3 mesures ci-dessus sont valables du 14/03 au 3/04.

-Activation dans le plan Hospital & Transport Surge Capacity de tous les hôpitaux généraux

- Demande aux hôpitaux d'élaborer une série de plans pour augmenter leur capacité en termes de lits ventilés, par exemple en libérant des parties du bloc opératoire, de la salle de réveil, ou des salles vacantes, etc.

-Informations concernant le transport des patients vers l'hôpital ou entre hôpitaux

-Instructions en cas de saturation de l'hôpital.

- Pour quels médicaments et matériels médicaux avez-vous connu les plus grandes pénuries ? Cela s'appliquait-il à la fois aux hôpitaux et à la WZC ? Quand le marché international a-t-il recommencé à se calmer pour que des commandes régulières soient possibles ?

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

Y a-t-il des patients qui ont reçu moins de soins ou des soins différents, parce que les médicaments ou le matériel médical n'étaient pas disponibles ? (Par exemple, la pénurie de sédatifs pour les patients ventilés ?)

Les pénuries n'ont pas touché de la même manière les MR/S et les hôpitaux quant à ces aspects-ci en particulier, les MRS n'ayant pas pour fonction de soigner de la même manière que dans un hôpital. Par contre, les MR/S ont tout autant été impactés par les pénuries de matériel de protection individuelle.

- En termes de matériel médical :

- Composants et filtres de respirateur
- ECMO
- Sets de trachéotomie
- Dispositifs d'aide à l'intubation
- Ecouvillons
- Optiflow
- Système clos d'aspiration
- Filtres machine HEPA
- Circuits de ventilation
- Connecteurs d'oxygène
- Seringues pour gazométrie

- En termes de médicaments:

- Midazolam
- Ketamine
- Curare
- Nimbex
- Dipriven
- Propofol
- Rocuronium
- Ultiva
- Renifentanil/nyl
- Morphine

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Sufentanyl/nil
- Tracrium

- En termes d'autres produits :
- Produits de nettoyage
- Produits de désinfection

- Les hôpitaux se sont-ils unis pour commander des médicaments, du matériel médical et des appareils pour lesquels une pénurie menace en tant que groupe, ou tout cela a-t-il été fait individuellement (sauf pour les réseaux) via la task force pénurie du gouvernement et l'AFMPS ?
Les hôpitaux ont continué à commander chacun de leur côté ce qui était possible (exigence fédérale), tout en informant la Task Force Meddev sur les difficultés de s'approvisionner sur les dispositifs médicaux et sur les médicaments et leur situation de pénurie lorsque c'était le cas.

Certaines institutions de soins (dans le secteur de la santé mentale) ont commandé de manière groupée.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.1. levering en verdeling beschermingsmateriaal ziekenhuizen, gezondheidswerkers,.../ 5.1. fourniture et distribution du matériel de protection pour les hôpitaux, personnel de santé,...**

- En ce qui concerne les équipements de protection individuelle, quels sont les stocks dont disposent normalement les hôpitaux et les institutions sociales et quels étaient ces stocks au moment où le coronavirus a commencé à se propager en Belgique ? De quelle manière un tel stock est-il légalement requis ? La législation doit-elle être adaptée à cet égard ?

Cfr question ci-dessus.

Entre les deux vagues, les autorités ont demandé aux hôpitaux et aux MR/S de prévoir un stock d'EPI de min 3 mois.

Quant à la législation à adapter, il est évident que des stocks stratégiques, tant en termes d'EPI que de médicaments, doivent être constitués et gérés tant sur le plan fédéral que régional.

- Comment les HMO vivent-ils le rôle du RMG ? L'article paru dans De Standaard du 06/06/2020 montre que le RMG a été un facteur de retard dans la mise à disposition des tests pour le WRHC et dans l'ajustement des directives pour les équipements de protection tels que les masques de protection buccale. Le RMG s'est-il trop concentré sur les hôpitaux et pas sur les HMO ?

Non, les recommandations pour les EPI étaient données en même temps pour les hôpitaux et pour les MR/S.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Les soignants ont-ils été réellement contaminés dans l'exercice de leurs fonctions à l'hôpital parce que les équipements de protection disponibles étaient insuffisants ? Des matériaux de qualité insuffisante ont-ils été utilisés ? Ou bien les équipements de protection étaient-ils toujours suffisants ? Dans ce comité, les représentants de la police nous ont dit que malheureusement 7 collègues étaient morts après avoir été infectés par le covid, qu'ils l'aient ou non contracté à l'hôpital. Connaissez-vous des collègues qui sont tombés gravement malades ou qui sont morts après avoir été infectés au travail ? Un équipement suffisant aurait-il pu empêcher cela ?
Des EPI de qualité insuffisante ont en effet été utilisés, parce qu'au mois de mars et avril 2020, le marché en question était saturé et qu'il était hautement compliqué de se fournir des EPI au travers des fournisseurs classiques. Au vu de l'urgence de la situation, il a fallu travailler avec des nouveaux fournisseurs apparus sur le marché, et dont certains se sont montrés peu fiables, bien malheureusement. Dans le futur, il faut prévoir des EPI plus performants cfr ceux utilisés dans les épidémies à agents infectieux à haut taux de mortalité (Ebola par exemple).
Bien que nous ne disposons pas de chiffres exhaustifs, les retours du terrain nous indiquent que de nombreux professionnels de santé sont tombés malades, certains de façon légère, d'autres gravement, et que certains en sont décédés.
Le virus se transmettant par voie aérienne, l'utilisation d'EPI de qualité permet en principe de constituer une certaine barrière à l'égard du virus.
- Trouvez-vous normal qu'aucun ministre n'ait assumé la responsabilité de la pénurie d'équipements de protection ?
NON. Entre la destruction et le non-renouvellement du stock stratégique, les errements quant à l'utilisation des masques, les problèmes de commandes, le manque de suivi, les distributions parfois troublantes, il y a évidemment une responsabilité ministérielle.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Y avait-il un manque de directives uniformes dans les hôpitaux lors de la première vague ? Comment les intervenants évaluent-ils cela ?

Oui, par manque de réactivité gouvernementale. Ceci dit, des directives centrales sont essentielles pour l'uniformité et surtout la coordination entre les hôpitaux. Au sein même des hôpitaux, une certaine latitude doit être permise dans l'application des mesures car tous les hôpitaux ne disposent ni de la même infrastructure ni des mêmes moyens. Le mieux est parfois l'ennemi du bien.

- Les maisons de retraite et les hôpitaux ont-ils suivi les directives de Sciensano sur les masques buccaux ou ont-ils appliqué des directives plus strictes ?

Les hôpitaux ont appliqués les mesures recommandées par les autorités (sciensano en l'occurrence) mais aussi toutes mesures parfois plus contraignantes décidées localement par le comité de crise de l'hôpital ou le comité d'hygiène.

Les MR/S ont appliqué les directives de Sciensano via les circulaires des entités fédérées.

- Les hôpitaux, et peut-être plus encore les MR/MRS, ont cruellement manqué de masques et de matériel de protection individuel.

- Quelle est votre réaction par rapport au personnel qui était "au front" sans être correctement équipé ?

Inacceptable bien entendu

- Comprenez-vous le manque d'anticipation des autorités à cet égard, comme le fait de ne pas avoir renouvelé la réserve stratégique de masques ?

- Non, l'absence de renouvellement de la réserve stratégique fédérale de masques a, sans conteste, augmenté le nombre de personnes infectées dans le personnel des institutions de soins lors de la première vague.

- Selon vous, quel a pu être l'impact de cette pénurie sur le nombre de contaminations et de décès en MR/MRS ? Et dans les hôpitaux ?

- Cette pénurie a eu un impact sur le nombre de contaminations et de décès en MR/S et dans les hôpitaux. Cette situation devrait faire l'objet d'une étude à l'échelon national par un consortium universitaire. Il serait peut-être opportun de comparer les données disponibles (Sciensano – entités fédérées ...) entre la première et deuxième vague (+ la troisième qui se dessine pour fin février – début mars).

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Dès le début de la crise, l'importance des masques dans les soins de santé était évidente, mais ce n'est que le 28 avril que le port de masques par le personnel de santé est devenu totalement obligatoire. Pendant longtemps, les masques n'étaient recommandés que si le patient présentait des symptômes. Quel en est l'impact ?

- Le site a-t-il été vérifié pour savoir comment les lignes directrices étaient appliquées ?

A notre connaissance, il n'y pas eu de visites dans les hôpitaux afin de vérifier si le port du masque était effectif mais au vu de la consommation de masques dans les institutions de soins et des appels à l'aide répétés du terrain (quel qu'il soit) pour trouver des EPI, nous ne pensons pas qu'il y ait eu ici un problème d'adhésion par rapport à cette directive.

Les décisions concernant les directives relatives aux équipements de protection ont apparemment été motivées par la rareté, comme il s'est avéré. Comment les intervenants évaluent-ils cette situation et quels enseignements en tirent-ils ? Des soignants ont continué à travailler dans les hôpitaux et les MR/MRS alors qu'ils présentaient des symptômes du Covid-19. Comment expliquer cette situation ?

Des stocks stratégiques tant au niveau fédéral que régional doivent être constitués, de même qu'au niveau des hôpitaux.

Le personnel soignant a effectivement dû se contenter parfois d'EPI non adapté à la situation (les MR/S n'ont pratiquement pas pu disposer de FFP2 lors de la 1^{ère} vague, EPI en pénurie et donc 'réserve' en priorité aux hôpitaux). Par ailleurs, les FFP2 disponibles à cette époque sur le marché n'étaient pas parfaitement adéquats à la physiologie caucasienne.

Seuls les soignants asymptomatiques positifs avec une charge virale faible ont été autorisés à travailler en Unité covid uniquement, avec port d'EPI adéquat, en accord avec la direction et le service d'hygiène de l'hôpital, sans contact avec les autres membres du personnel, sur base volontaire et uniquement si la présence du travailleur est nécessaire pour garantir la continuité des soins.

Cela répondait à une situation d'urgence en termes de pénurie de personnel soignant.

- Quand avez-vous reçu les premiers signaux du gouvernement ou de vos PDG indiquant qu'il pourrait y avoir une charge accrue en raison de la pandémie ? Combien d'équipements de protection étaient disponibles dans un hôpital moyen à cette époque ? Y avait-il de grandes différences entre eux ?

Voir question n°3.

Nous ne disposons pas d'une idée de la quantité d'EPI disponibles dans les hôpitaux à ce moment-là mais ils nous annonçaient pouvoir tenir 1 à 2, voire 3 semaines maximum. Bien entendu, les petits hôpitaux disposaient d'une marge moindre.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Existe-t-il des directives minimales pour les matériaux de protection qui doivent être respectées ? Comment le stock a-t-il été maintenu et sur la base de quels paramètres a-t-il été ajusté, si nécessaire ? Certains services d'achat ont-ils effectué des achats supplémentaires d'équipements de protection avant la mi-mars, en raison du nouveau virus contagieux SARSCOVII ?

Il n'existe pas de directives spécifiques minimales en termes de quantité d'EPI. Les stocks ont dès lors été maintenu par l'achat d'EPI via les services achats des diverses institutions. Les institutions de soins ont dû rapidement réévaluer les besoins en fonction de la consommation d'EPI, consommation qui a explosé d'un coup. Certains services d'achats ont effectivement effectué des achats supplémentaires d'EPI avant la mi-mars.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Existe-t-il une distribution de fréquence cumulative du nombre d'hôpitaux et de WZC desservis à quel moment ? Sur quelle base les priorités ont-elles été fixées ?
Des clés des répartition ont été élaborées par les task forces établies par le fédéral tant pour les EPI que pour les médicaments pour les hôpitaux. Les fédérations n'ont pas été invitées à participer à cette Task Force. Nous vous suggérons donc de vous adresser au SPF à ce sujet.
- Quand les besoins ont-ils été les plus importants ? Combien de fois les masques FFP2 ou FFP3 ont-ils dû être réutilisés ?
Les besoins les plus importants ont été signalés durant les mois de mars et avril 2020. Dans certaines institutions, certains masques ont été réutilisés jusqu'à 5 fois (au maximum) – via l'utilisation d'un système de décontamination - et ce, sur base des informations qui nous ont été communiquées.
- Avons-nous dû faire appel aux citoyens et à d'autres organisations pour obtenir des masques afin de couvrir les besoins les plus urgents ?
Oui, nous avons fait un appel aux dons et nous avons reçus des EPI, des produits de nettoyage, du matériel informatique (tablettes, gsm, ...) de la part de l'industrie, de nombreuses sociétés, de particuliers, d'associations diverses afin de pourvoir aux besoins les plus urgents. Nous avons également lancé des lignes de production de blouses de protections, des lignes de production de visières, en collaboration avec des fablabs, nous avons récolté des masques Decathlon utilisés dans les hôpitaux pour la ventilation de certains patients, nous avons collaborés avec des sociétés disposant d'imprimantes 3D pour imprimer des attelles facilitant le port des masques, etc.
- Quel est le niveau actuel de protection respiratoire dans les hôpitaux et les centres de santé, en particulier pour les masques FFP2 et FFP3 ? Des réserves stratégiques sont-elles actuellement constituées dans les hôpitaux et les centres de santé, et sur la base de quels paramètres les quantités minimales sont-elles déterminées ? Est-il approprié que les normes d'accréditation des hôpitaux incluent un niveau minimum d'équipement de protection ?
- Tous les hôpitaux n'ont pas forcément une grande capacité de stockage et ne sont certainement pas en état de constituer des stocks stratégiques. Ils peuvent constituer des petits stocks pour tenir 1, 2 voire 3 semaines mais en cas de crise grave prolongée, il faut pouvoir avoir recours à un stock stratégique national. Les normes d'accréditation n'ont pas pour vocation de définir, par exemple, un niveau de stock stratégique à maintenir, les contextes et les contraintes étant variables. Par contre, les normes pourraient prévoir que chaque établissement doit faire une analyse de ses besoins potentiels (ce qui est en principe le cas pour une activité de routine) et s'assurer de pouvoir y répondre. Les normes d'accréditation incluent, en général, la préparation à une pandémie ou à une situation d'urgence.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.2. organisatie van de ziekhuis capaciteit,.../ 5.2. organisation des capacités hospitalières**

- Bien qu'il soit rapidement apparu que les personnes âgées étaient particulièrement sensibles à l'infection covidienne, ce n'est que le 12 mars que des mesures strictes ont été prises à la WZC. Rétrospectivement, il s'est avéré que c'était beaucoup trop tard. Cette lenteur de réaction est-elle la conséquence d'une trop grande lenteur du gouvernement, ou la WZC a-t-elle voulu réagir plus tôt ? Où la sonnette d'alarme a-t-elle été tirée pour la première fois et où la réponse a-t-elle été suffisante? Les centrales d'achat ont été informé outre les besoins dans les hôpitaux des pénuries dans les WZC, les hôpitaux psychiatriques et les soins ambulants, tous membre des mêmes associations. Cette communication a été faite au SPF déjà lors de la réunion du 4 mars (voir supra).
- Y a-t-il une différence de mortalité entre les ZC commerciales et les maisons de repos publiques ou à but non lucratif ?
- Combien de maisons de retraite collaborent avec les hôpitaux ? Ceux-ci semblent mieux résister à la crise. Des mesures ont-elles déjà été prises pour relier tous les MR/S à un hôpital afin de faire face aux futures vagues ? Aucune mesure a été prise à ce sujet. L'AVIQ du côté wallon a pris l'initiative en décembre 2020 (suite à une demande de la Ministre Moréale) de lancer outre le stock stratégique un marché public pour leurs 2200 adhérents pour masques, blouses, gants. Le projet est en cours.
- À votre avis, faut-il renforcer la coopération entre les soins primaires, les hôpitaux et les établissements de soins pour personnes âgées ? **Oui. Comment? Agréer les réseaux hospitaliers et lever les freins juridiques, normatifs et financiers aux collaborations entre les lignes de soins. Cadastre/répertoire de l'offre de soins de 1er et 2e ligne par zone géographique. Favoriser les maillages entre partenaires déjà existants. En capitalisant sur les actions et coopérations initiées durant la gestion de la crise : désigner un médecin référent pour toutes les MRPA et collectivités de soins et d'hébergement; hôpital référent pour toutes collectivités; s'appuyer sur la convention existante (élargie à la gestion de crise) de collaboration hôpitaux /MR-S pour toutes les MR (lien fonctionnel, expertise et soutien de 2° ligne, trajet de soins du patient gériatrique), dynamiser et implémenter la fonction de liaison externe au sein de chaque structure (SPOC), tant en amont qu'en aval de l'hôpital. Coordonner et harmoniser les PIU et PUH de façon intégrée aux plans catastrophe. Améliorer les TIC et l'interconnectivité des outils de communication en temps réel (DPI, outils d'évaluation clinique, échelles), encourager le développement de mHealth. Nécessaire modèle de financement incitatif.**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Votre organisation a-t-elle joué un rôle dans le renforcement de la collaboration entre les hôpitaux et les établissements de soins pour personnes âgées situés à proximité ? **Oui. Nos organisations fédèrent ces deux secteurs : échanges réguliers, vision d'ensemble. Relevé des difficultés, partage de bonnes pratiques. Sensibilisation et appui des initiatives et guidelines établis (plan de soutien aux MR-S rédigé par le comité HSCT, plan rebond). Conseil pour la mise en oeuvre des Plans internes d'urgence au sein des MR-S.**
- « Malgré les risques évidents, et bien qu'elles en aient eu conscience, nos autorités ont échoué à mettre en place des mesures rapides et suffisantes pour protéger non seulement les résident.e.s, mais aussi le personnel des MR/MRS”, déclare Philippe Hensmans, directeur d'Amnesty International.
- Partagez-vous cet avis ? En quoi les autorités ont-elles échoué à protéger les résident.e.s de MR/MRS ? Quelle est la responsabilité des autorités fédérales à cet égard ? [voir ci-dessous](#)

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- De nombreux témoignages rapportent que des résidents en MR/MRS souffrant du Covid n'ont pas été hospitalisés alors que leur état de santé le nécessitait. Un article sensationnel du New York Times paru au début du mois d'août 2020 a révélé que, dans certains cas, des personnes âgées vivant dans des maisons de repos et des maisons de retraite s'étaient vu refuser l'hospitalisation, et que des résidents infectés étaient sortis prématurément des hôpitaux. - Les allégations faites dans l'article du New York Times sont-elles vraies ?
- Entre le sensationnel et la crise sur le terrain, il y a des nuances. Il y a probablement eu des manquements lors de la 1er vague, d'origine multifactoriel. Souci de gestion de la capacité en USI et éviter la saturation hospitalière eu égard aux ressources disponibles, fluctuation des recommandations pour l'usage des masques, le dépistage, la quarantaine, la procédure face à un patient covid positif ou suspect et nombreuses pénuries. Les autorités fédérales stipulaient qu'il était important que les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers puissent quitter l'hôpital afin de ne pas occuper inutilement la capacité et rappelaient que les autorités responsables des établissements de soins pour personnes âgées et autres établissements de soins résidentiels avaient donné des instructions selon lesquelles ces établissements doivent, dans la mesure du possible, réintégrer leurs résidents après une hospitalisation, en tenant compte, bien entendu, des mesures nécessaires pour la santé de tous les résidents et du personnel de ces établissements. Déficit de la fonction médicale en MR-S lors de la 1er vague. Au départ, pas de protocole ni de capacité suffisante en oxygénothérapie en MR-S, des guidelines bioéthiques, ni de planification anticipée des soins, de critères d'hospitalisation ou protocoles de sortie. Retour d'expérience et actions de remédiations prises par après.
- Connaissez-vous des cas où des personnes âgées se sont vu refuser l'admission à l'hôpital ou ont reçu leur congé de l'hôpital trop tôt, transmettant ainsi des infections à d'autres résidents ? **Cfr. Question ci-dessus.**
- D'après vos informations, des hôpitaux auraient-ils volontairement refusé d'accueillir des résidents de MR et MRS, privilégiant d'autres catégories de patients? **Pas à notre connaissance/**
- Comment évaluez-vous la coopération et la coordination entre les hôpitaux et les centres de soins résidentiels? **A géométrie variable: des initiatives innovantes (équipes mobiles ou SMUR gériatriques; enveloppe de transfert, mise à disposition de capsules de formation ou formateur in situ) selon le statut (MRS ou MRPA/appartenance à un groupe plurisectoriel) mais aussi des structures très isolées. Coopération à systématiser et à généraliser. Soutenir la liaison gériatrique (médecine spécialisée et générale) dans le cadre d'un programme de soins gériatrique transmurale.**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- A quel moment avez-vous reçu l'instruction d'augmenter le nombre de lits de soins intensifs ? Lors de la 1er vague, capacité supplémentaire aux lits ICU agréés réservés pour les patients covid 19 (surge) sur initiative des hôpitaux, selon le besoin et capacité /ressources disponibles. Le 25/03, le Comité HSCT le 25/03 encourage les autres hôpitaux à fournir également des capacités supplémentaires, bien entendu en fonction des ressources (expertise et capacité en termes d'infrastructure et de personnel (supplémentaire formé) de chaque hôpital. Fin avril, 2 premières phases du plan surge capacity en vue d'anticiper une seconde vague dont la création permanente de minimum 25% de lits de soins intensifs supplémentaires (en plus des lits agréés) pour le traitement des patients COVID-19. Ces lits peuvent être activés en permanence dans un délai maximum de 48 heures. Lors de la seconde vague, un plan Surge capacity en 5 étapes est rapidement communiqué dont les deux dernières comprennent une capacité supplémentaire de lits ICU.
- Des équipements de ventilation et/ou des ECMO ou d'autres dispositifs moins invasifs de distribution d'oxygène ont-ils été achetés par des hôpitaux individuels, leurs réseaux ou au niveau national? Achats par les hôpitaux individuels, constitution d'un stock stratégique national (tampon) pour lutter contre les pénuries, monitoring MedDev au sein de la Task Force Shortages pour faire face aux besoins accrus selon consommation; enquêtes disponibilités de respirateurs, optiflow.
- Comment évaluez-vous la cohorte dans les différents départements pour les patients non covidés et covidés19 ?
- Que pensez-vous de l'approche adoptée aux États-Unis, par exemple, qui consiste à faire la distinction entre les hôpitaux pour les patients atteints de maladies potentiellement infectieuses et les hôpitaux pour les patients souffrant de problèmes chroniques ? Dans ce cas, les patients chroniques vulnérables peuvent être protégés des maladies potentiellement infectieuses. Cela n'a pas été la stratégie retenue au niveau fédéral. La possibilité était laissée au sein de chaque réseau, d'assurer sa capacité hospitalière dédiée au covid-19 sur un site/hôpital. Très peu pratiqué pour : répartition équitable de la charge covid sur le personnel, conséquences sur les activités médicales, impacts économiques et financiers.
- Chaque année, pendant la saison de la grippe, les lits d'hôpitaux se remplissent et les différents services d'urgence organisent des arrêts d'admission. Malgré cela, la réduction du nombre de lits en faveur d'un passage aux soins primaires a continué à faire l'objet d'un grand nombre de plaidoyers. Quelle est la position actuelle du secteur sur la demande de réduction des lits d'hôpitaux ? Comment pouvons-nous nous protéger structurellement contre une augmentation soudaine de la demande de soins (critiques) à la suite de catastrophes soudaines, de désastres ou d'épidémies ? La capacité hospitalière actuelle est nécessaire. Un lit non occupé n'est pas financé. Cela nous a permis de tenir le choc. Par contre, déficit de lits de soins intensifs et de personnel d'encadrement formé. Un lit n'est rien sans le personnel et les compétences. La capacité est intimement liée au renforcement de la prévention et de la promotion de la santé (amont), à l'efficacité de la chaîne de soins non planifiables, au développement et financement de formes alternatives de soins par conversion de lits hospitaliers aigus non justifiés, à l'offre suffisante de structures d'hébergement et/ou de soins (complet ou partiel) et enfin d'une première ligne structurée. Ces conditions sont cumulatives. Cela nécessite notamment une souplesse organisationnelle et législative,

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

une garantie budgétaire de même que les gains d'efficience éventuels. Majorer le taux de recours à l'hospitalisation de jour est aussi une voie. Mais il y a des limites claires aux soins de santé ambulatoires. Il s'agit plus de renforcer le maillage entre les lignes de soins, de faciliter pour ceux qui le souhaitent, la reconversion de lits aigus en activité de revalidation intensive, des soins de suite. Pistes de solution : le redesign des professions de santé, un programme de formation continue de haut niveau ciblé sur les compétences nécessaires en gestion de crise, un plan surge capacity ambulatoire et post-hospitalisation, la constitution d'une réserve de personnel en cascade, une fonction infectiologie forte au niveau locorégional capable de dédicacer rapidement un unité dédiée à la prise en charge des maladies infectieuses, le renforcement de la fonction d'hygiène/épidémiologie au sein de tous les hôpitaux et les MRS, sont quelques pistes. De même que la constitution de stocks stratégiques (EPI, matériel, médicaments) à gestion dynamique.

- Y a-t-il des hôpitaux ou des organismes qui travaillent sur des solutions ou qui les mettent déjà en œuvre ? Oui, notamment les hôpitaux au travers d'un plan prospectif de dimensionnement, de leur révision constante du PUH en fonction du retour d'expérience vécue. Les hôpitaux hébergeant une unité "L". Plusieurs études sont inspirantes : KCE, etc.
- Comment se sont déroulés les instructions et le contact avec le comité de la capacité de pointe des hôpitaux et des transports ? Vous étiez toujours sur la même longueur d'onde ? Vous pouviez voir comment la situation évoluait sur le terrain. Les instructions de la commission de réduire le nombre de lits d'hôpitaux au profit des soins COVID19 sont-elles toujours arrivées à temps et ont-elles été suffisamment anticipées? La constitution et le travail du comité est apprécié. Initiative inédite, concertation quotidienne, liens de confiance forts. Cependant, les consignes "théoriques" furent parfois vécues en décalage avec la réalité de terrain, trop longues et pas suffisamment univoques. Les instructions communiquées officialisaient les pratiques déjà mises en œuvre par les hôpitaux. Lors de la seconde vague cependant, les recommandations ont tenté d'anticiper, de fixer des seuils et indicateurs et d'envisager des perspectives.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Avez-vous reçu des données supplémentaires, telles que des données démographiques locorégionales ou le nombre de nouvelles infections dans votre région, afin d'estimer le nombre de personnes à prendre en charge et dans quel délai, de manière à mieux planifier et à avoir une idée de ce à quoi vous devez vous attendre ? **Les membres du comité HSCT ont disposé de données détaillées nécessaires au monitoring de la capacité hospitalière, mais confidentielles. Les hôpitaux ne recevaient pas de données en direct. Comme tout le monde, ils pouvaient consulter les rapports épidémiologiques publiés par Sciensano. Des informations étaient parfois partagées au sein des réseaux hospitaliers où bien via l'Inspecteur fédéral d'hygiène du cluster concerné, les COAMU ou les DirMed provinciaux. Chaque hôpital a analysé ses données, réalisé ses projections. A faire : coordinateur du PUH aura un accès à certains indicateurs clés via un Dashboard minimal.**
- La disparition des soins programmables a entraîné le chômage technique de nombreuses personnes au sein de l'hôpital. Ainsi, les chirurgiens de toutes les disciplines et les médecins de toutes les spécialisations ont eu un grand nombre de patients en moins, car leurs opérations ont été reportées si elles n'étaient pas absolument nécessaires. Jessa a déclaré 30 % d'opérations en moins au premier semestre 2020 par rapport au premier semestre 2019 et 79 % d'opérations en moins en avril. Combien d'employés étaient en moyenne au chômage technique ? **Très variable et sur une durée courte. La moyenne n'aurait que peu de valeur.** Ces personnes sont-elles restées chez elles ou ont-elles été déployées ailleurs dans l'hôpital ? Comment les hôpitaux ont-ils abordé ce problème? **Le premier objectif : assurer un encadrement nécessaire et suffisant pour faire face au surcroît de travail. Le personnel fut déployé au sein de l'hôpital, en différenciant les fonctions habituellement occupées. Solidarité maximale en interne. Ensuite, récupération des heures supplémentaires etc afin de minimiser le recours au chômage temporaire.**
- Combien d'hôpitaux ont mis en place un niveau de soins intermédiaire entre les lits aigus et les soins intensifs, c'est-à-dire une sorte de soins semi-intensifs ou de soins moyens - comme l'ont déjà fait certaines ZU ? **Difficile à dire lors de la 1er vague. Prévu en cours de 2e vague pour tous les hôpitaux (lits CHOC ou Optiflow).** Combien d'ETP et quel type de formation du personnel y travaillent et comment cela se passe-t-il ? **La surveillance et le niveau de compétence nécessaire sont du même ordre qu'au soins intensifs. Mais l'encadrement dépend de la disponibilité du personnel infirmier. Pour le personnel des unités non intensives/urgence et bloc-opératoire, celui-ci a suivi une formation courte de base, concernant les techniques de monitoring et la prise en charge des patients sous assistance respiratoire.** Est-ce quelque chose qui sera maintenu après la fin de la pandémie ?
- Y a-t-il des aspects de l'organisation de l'hôpital que vous avez remarqués comme étant sous-optimaux " à cause de la coronapandémie " et que vous aimeriez changer de façon permanent. **Renforcement d'une fonction complète d'infectiologie (hygiène hospitalière, épidémiologie, microbiologie médicale, infectiologie clinique) et d'une fonction de base au sein des hôpitaux psychiatriques. Le renforcement de la pharmacie hospitalière (staffing et financement). Encadrement optimum en soins infirmiers et renforcer les fonctions support. Réviser et simplifier le système du financement des hôpitaux.**
- Par exemple, est-il préférable d'avoir des voies d'accès séparées en permanence ou des unités hermétiques pour les patients atteints de maladies infectieuses par rapport aux patients sans maladie infectieuse, ou même des hôpitaux séparés comme les cliniques de

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

fièvre américaines pour les patients atteints de maladies potentiellement infectieuses ? **Un double filière est exigeante en tous points, techniquement lourde et plus complexe au niveau organisationnel.**

- Combien de patients (ne résidant pas dans un centre de soins de longue durée) n'auraient pas pu recevoir des soins qui, dans d'autres circonstances, leur auraient été dispensés sur un lit d'hôpital ? **Chaque hôpital a constaté une baisse significative de l'activité des urgences, même si peu impacté par les patients covid-19, lors de la 1er vague ainsi qu'une diminution de certaines prises en charge urgentes comme les troubles cardiovasculaires, les pathologies abdominales ou autres, malgré la continuité des soins urgents, essentiels et nécessaires et certaines activités préventives. S'agit-il de personnes souffrant de problèmes médicaux aigus ? Probablement aussi. Pas de données globalisées sur ce thème. Suivi prospectif des conséquences des soins reportés ou évités.**
- Quand le traitement par hydroxochloroquine, ivermectine et/ou remdesvir et prednisone a-t-il été autorisé pour les patients COVID19 en Belgique et quand est-il devenu une pratique générale dans les hôpitaux ? Les recommandations et les directives issues de la littérature scientifique ont-elles atteint la pratique hospitalière assez rapidement, ou approximativement combien de temps s'est écoulé ? Depuis quand avez-vous reçu ces directives du centre pour la médecine fondée sur les preuves ou sciensano ? / cfr. Représentants des médecins spécialistes.
- Pensez-vous avoir été en mesure de fournir aux patients de COVID19 le niveau de soins que vous défendez habituellement ? **Le maximum a été fait et bien au-delà. Mais la structuration des unités et des équipes a été bouleversée, la pression sur le personnel était à son comble, la saturation (des lits intensifs avec encadrement en personnel qualifié et matériel) pas très loin. Des lits supplémentaires créés dont les premières études révèlent que ce n'est pas idéal en matière de résultats cliniques. Le nécessaire plan de dispersion a entraîné bon nombre de transferts "complexes" parfois au-delà de nos frontières. Nous avons toujours visé le même niveau de qualité de soins mais les conditions étaient loin d'être rencontrées.**
- L'installation d'un hôpital de campagne ne semble pas possible en Belgique car il n'y a pas d'équipement pour le faire. Si cela était possible, le secteur le considérerait-il comme utile et/ou souhaitable, et comment l'envisage-t-il exactement ?

ANTWOORDEN _ RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- De nombreux membres du personnel de l'hôpital ont aidé le CSA lors de la première vague. Comment avez-vous procédé ? Et comment évaluez-vous cet échange d'expertise et de personnel?

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.3. spreidingsplan patiënten over ziekenhuizen / 5.3. plan de répartition des patients entre les hôpitaux**

- Comment la dispersion des patients a-t-elle été vécue ? Le gouvernement a-t-il fait cela en consultation avec les hôpitaux, et les hôpitaux ont-ils été entendus dans ces plans de distribution ?

La répartition des patients entre hôpitaux a été souvent discutée en HTSC. Mais son application n'a pas été toujours couronnée de succès : malades considérés comme 'intransportables', volonté de garder le malade, opposition de la famille, crainte de difficultés linguistiques, difficultés dans l'organisation du transfert ambulance, les hôpitaux n'avaient pas connaissance du degré de saturation des autres hôpitaux...

- (Pour les organisations faïtières qui comptent des hôpitaux parmi leurs membres :) Comment s'est déroulé le suivi de la situation dans les hôpitaux et la distribution des patients COVID lors de la première vague ? Les réseaux hospitaliers constituaient-ils une valeur ajoutée ? La déclaration quotidienne du nombre de cas de covid, du taux d'occupation des unités de soins intensifs pour les patients atteints de covid, du nombre de patients atteints de covid ventilés, etc. a-t-elle imposé une lourde charge aux hôpitaux ?

Il y a eu certaines complications au début de l'utilisation du reporting des patients covid, des répétitions dans les demandes de reporting de la part des autorités, que ce soient en termes de patients Covid ou de reporting des pénuries (liens ou plateformes dysfonctionnels, changement de liens, multitudes de liens) qui ont grandement compliqué la fluidité et l'efficacité de la communication entre le terrain et les autorités.

En termes de distribution des patients covid: la 2^e vague a montré plus de fluidité que la 1^{ère} à ce sujet. L'organisation a été plus efficace. Les réseaux ont joué un certain rôle mais encore modéré à ce stade dans la mesure où ceux-ci n'étaient pas encore très matures ni même totalement constitués pour beaucoup.

- Il existe un avis de la Société belge de gériatrie et de gérontologie sur la décision d'hospitalisation et sur la décision d'hospitalisation. concernant la gestion des symptômes et les soins palliatifs chez une personne âgée fragile atteinte de Covid-19, ainsi qu'une directive

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

éthique de la Société belge de soins intensifs sur la " proportionnalité des soins critiques pendant la pandémie de COVID-19 de 2020 " (http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf).

- Des rumeurs persistantes font état de médecins qui ont refusé à tort de transporter des patients âgés covid-19 des centres de soins résidentiels vers l'hôpital sur la base de ces recommandations. Connaissez-vous de tels cas ? Pensez-vous qu'il y ait des leçons à tirer concernant la communication de ces conseils aux médecins, afin d'éviter des conséquences involontaires ?

Malgré le fait qu'aucune instruction n'ait été donnée par les autorités pour refuser des soins hospitaliers aux aînés, il est possible que des problèmes se soient posés sur le terrain. Si cela a été le cas, alors ils doivent être signalés. Les autorités compétentes examineront ces plaintes et, le cas échéant, interviendront. La CIM a décidé que les autorités compétentes interrogeront le terrain à ce propos. En outre, la CIM va également faire effectuer une évaluation indépendante sur les soins hospitaliers dispensés aux personnes âgées pendant la crise du covid-19.

- Selon vous, le plan de distribution, selon lequel les patients sont d'abord répartis dans le réseau hospitalier, puis en dehors du réseau et enfin dans les provinces, a-t-il été lancé à temps ? Si vous avez indiqué que les salles se remplissaient rapidement, le gouvernement a-t-il répondu de manière adéquate et rapide ?

Plutôt oui mais les difficultés ont été relatées plus haut.

ANTWOORDEN _ RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Les patients ont-ils dû attendre pour recevoir leurs soins parce qu'ils devaient d'abord être transportés vers un autre établissement de soins ou un hôpital ?

Non

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.4. terbeschikkingstelling beschermingsmateriaal bevolking / 5.4. mise à disposition du matériel de protection pour la population****° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE****5.5. keuze voor de kanalen voor de productie en distributie van beschermingsmiddelen / 5.5. choix des circuits de production et de distribution**

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie****5.6.1. Persoonlijke beschermingsmaterialen (PBM) / 5.6.1. Équipements de protection individuelle (EPI)**

- Quelles informations avez-vous sur les pénuries réelles d'équipements de protection individuelle dans les hôpitaux et les établissements de soins ? Avez-vous été contacté par vos membres à ce sujet ? Vous a-t-on demandé d'aider à commander du matériel ?

Toutes les institutions de soins se sont retrouvées dans une situation de pénurie en termes d'EPI et se sont manifestées auprès de nous à ce sujet, à maintes reprises. Nous avons tâché de les aider de diverses manières:

- En les aidant à identifier des fournisseurs fiables, tant le marché était saturé de fournisseurs désireux de profiter de la situation, que ce soit en ne livrant pas le matériel, en livrant du matériel de mauvaise qualité ou tout simplement à des prix totalement excessifs;
- En récoltant des dons d'EPI auprès de sociétés, d'industries, de particuliers, d'associations etc et en répartissant et livrant tous ces dons auprès de nos membres ;
- En répercutant ces diverses pénuries auprès des autorités compétentes.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- La WZC manquait de presque tout, non seulement d'équipements de protection mais aussi, par exemple, d'oxygène. Qui est responsable de cette situation ? Quand la WZC a-t-elle commencé à vérifier elle-même son stock de masques buccaux et autres équipements ?

Tel que mentionné plus haut, les maisons de repos n'ont pas vocation à disposer de ce genre de stocks. L'oxygène dont elles disposent sont proportionnelles aux besoins identifiés en termes de missions. Les maisons de repos ont réagi très rapidement au manque d'équipements en posant les actions nécessaires pour y remédier, autant que faire se peut compte tenu du contexte d'alors.

- Dans une reconstitution de la situation au début de la crise, De Standaard décrit le 6 juin 2020 que la Flandre ne peut pas faire appel au stock d'urgence fédéral de masques buccaux, car il a été détruit.
- Le journal écrit que le ministre flamand Beke pointe ensuite du doigt les employeurs et les organisations faïtières, qui ont trop peu travaillé sur leur propre stock. S'agit-il d'une référence justifiée ?

Il n'appartient pas aux organisations faïtières de constituer des stocks d'EPI. Cela ne relève en aucun cas de leur mission. Les hôpitaux disposaient, quant à eux, de stocks en suffisance par rapport à leurs missions habituelles. La question de la responsabilité des stocks aurait dû être débattue dans le cadre d'un plan pandémie. Il n'appartient ni aux hôpitaux ni aux organisations faïtières d'assumer cette responsabilité.

- La pénurie de masques buccaux a encouragé l'utilisation "rationnelle" et, le 11 mars 2020, l'Agence de soins a même communiqué qu'il "devrait être interdit au personnel non impliqué dans les soins aux résidents de porter systématiquement des masques buccaux". Dominique Roodhooft, PDG de Zorg-Saam, déclare dans De Standaard du 06/06/2020 que deux de ses centres ont dû faire face à une épidémie très tôt. Chaque fois, un employé est revenu infecté d'un séjour au ski. La seule chose qui aurait pu aider à l'époque était les masques buccaux. Nous comprenons qu'ils ne voulaient pas imposer une obligation à l'industrie. Il n'y en avait pas assez. Mais pourquoi déconseiller leur utilisation dans les centres de soins résidentiels qui disposaient de masques ? Nous n'avons jamais compris cela. Plus de résidents ont été infectés, et plus de personnes sont mortes. Il y a donc eu plus de morts. Et il a donc fallu attendre... le 28 avril pour que l'Agence puisse signaler que tout le monde devait se protéger le visage.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Il est clair qu'il s'agissait d'une directive lourde de conséquences. La communication n'aurait-elle pas dû être plus honnête, afin que tous les efforts soient faits pour porter des masques ? Les maisons de retraite n'ont-elles pas utilisé les masques quand elles en avaient ?

C'est une évidence. Quoi qu'il en soit, au niveau des institutions de soins, tous les efforts ont été faits pour trouver des EPI mais le marché a saturé, compte tenu du caractère mondiale de l'épidémie, du fait que peu de pays produisent des EPI (pays asiatiques majoritairement).

Les maisons de retraite ont bien entendu porté des masques quand elles en disposaient.

- "Un jour, nous avons reçu des commandes de la blanchisserie", raconte Dominique Roodhooft de Zorg-Saam. Nous avons dû rendre tous les tabliers lavables. Ils ont été confisqués, parce que les hôpitaux en avaient besoin de beaucoup. "Ceci a été rapporté dans De Standaard du 06/06/2020. D'autres incidents comme celui-ci ont-ils été décrits ?

La distribution des EPI par le fédéral, lors de la 1^{ère} vague, a effectivement été réalisée en priorité à l'attention des hôpitaux, eux-mêmes en pénurie d'EPI. Nous n'avons pas connaissance, pour notre part, d'épisodes de confiscation.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie

5.6.2. geneesmiddelen / 5.6.2. médicaments

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie

5.6.3. vaccins / 5.6.3. vaccins

- Les soignants dans les hôpitaux étaient, pour ainsi dire, prêts à se faire vacciner, lorsque la nouvelle est tombée qu'apparemment la vaccination a été mise en attente. Le lendemain, on apprend qu'en raison d'une signature oubliée au FAGG, il manque 2,5 millions de vaccins à notre pays. Les dizaines de milliers de vaccins actuellement dans le congélateur sont réservés au WZC. Les hôpitaux accepteront-ils de le faire ?

Oui, ce sont des professionnels responsables. On a cru pouvoir aller plus vite que prévu, ce n'est finalement pas le cas donc on revient à la situation initiale.

- Récemment, de nombreux soignants ont rédigé une lettre ouverte pour que les soignants soient vaccinés en priorité. Leur appel a-t-il été suffisamment entendu à vos yeux ?

La situation peut être approchée de 2 façons :

- On vaccine d'abord les MR/S pour éviter que ceux-ci ne remplissent les hôpitaux, étant la population la plus susceptible de développer des complications ;
- On vaccine d'abord le personnel soignant afin d'éviter une pénurie de celui-ci.

Un choix a été posé, il était compliqué de revoir la stratégie une fois celle-ci lancée.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.6. beschikbaarheid en distributie goederen en producten voor bestrijden van pandemie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie**

5.6.4. zuurstof / 5.6.4. oxygène

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.7. beschikbaarheid van tests en organisatie van contacttracing / 5.7. disponibilité de tests et organisation du traçage des contacts**

- Lors de la deuxième vague, les WZC ont également été très durement touchés. Cependant, à cette époque, les équipements de protection ne manquaient pas et nous en savions déjà plus sur le virus. Comment expliquer le lourd bilan de la deuxième vague ? Faut-il multiplier les tests, qu'il s'agisse de PCR ou de tests rapides ? Pourquoi cela ne se fait-il pas ?

Le testing PCR des collectivités résidentielles est une nécessité absolue afin de détecter des clusters « dormants » et prendre ainsi les mesures d'hygiène et de cohortage le plus rapidement possible. A présent, il s'agira d'adapter la stratégie de testing en fonction des résultats de la campagne de vaccination.

Concernant la 2^e vague, tirer un bilan nécessitera un peu de temps pour garantir qu'il s'appuie sur des données fiables. Cette analyse devra être réalisée par un opérateur indépendant – consortium universitaire.

- Les kits de test livrés aux centres de soins résidentiels lors de la première vague par le gouvernement fédéral sous la direction du ministre De Backer contenaient des bâtonnets qui ne correspondaient pas aux instructions. De plus, au début, il n'y avait pas assez de tests pour le personnel soignant. De plus, au début, seuls les patients hospitalisés ont été testés. Quels enseignements peut-on tirer de la politique de dépistage lors de la première vague ?

L'impression générale a été le chaos avec un dépistage inorganisé sans cohérence. Résultat : impossibilité de remonter efficacement jusqu'aux origines d'une infection et d'isoler de façon différenciée, là où c'était vraiment nécessaire. L'enseignement principal est de beaucoup mieux intégrer le dépistage et le traçage afin de pouvoir adopter une action plus fine dans les actions de confinement. Il faut absolument passer en revue ce qui n'a pas fonctionné lors de la crise actuelle pour établir des plans plus adéquats à actionner lors d'une crise future.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Y avait-il toujours suffisamment de matériel dans l'hôpital ou le WZC pour tester les résidents/patients ?
- Dans les hôpitaux qui ne travaillaient pas avec la plateforme fédérale, il y a eu des tensions sur les écouvillons disponibles. Ceci n'est sans doute pas acceptable et ne devrait pas se répéter. De plus, dès qu'un hôpital se tournait vers la plateforme fédérale par impossibilité d'obtenir assez de matériel ou pour toute autre raison, il n'était plus possible de revenir en arrière - drôle de pratique.
- Est-il possible de tester des départements entiers ou au moins les contacts directs en cas de suspicion de contamination ?
Il est à présent possible de tester des services entiers ou les contacts directs, la stratégie de dépistage étant à présent plus affinée et les capacités de testing étant plus larges.
- A partir de quel moment le contrôle en douceur des résidents, patients ou membres du personnel jugé nécessaire est-il devenu possible ?
Nous ne sommes pas sûrs de comprendre votre question. Merci de reformuler.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.8. screeningcapaciteit en screeningbeleid, o.m. in het licht van beleid in andere Europese landen / 5.8. capacités de dépistage et politique de dépistage, notamment au regard d'autres pays européens**

- Avez-vous participé à la création des centres de triage ? Si oui, comment s'est déroulée la concertation avec le SPF, l'INAMI et les entités fédérées ? **Cfr. Question Point 3°**
- Quelle est votre opinion sur les centres de soins intermédiaires ? Ceux-ci ne semblent pas avoir fonctionné comme prévu. Pourquoi pas ? **Mise en œuvre tardive par rapport aux besoins ; pas d'oxygénothérapie possible. Critères d'admissions trop limités; encadrement en personnel de soins insuffisant. Distance par rapport au domicile. L'hôpital lui-même bénéficie de toute la structure nécessaire mais le personnel faisait défaut. L'option de prolonger l'hospitalisation pour raison de rééducation/convalescence aurait pu être explorée.**
- Le dépistage des travailleurs des maisons de repos n'était pas la priorité du gouvernement, selon le rapport d'Amnesty International : « Alors que le secteur le réclamait de façon urgente depuis mars, la possibilité de se faire tester régulièrement n'a été possible pour les membres du personnel des MR/MRS qu'en août 2020, avec un maximum d'un test par mois » :
 - Comprenez-vous cette attitude des autorités vis-à-vis du personnel des MR/MRS ?
 - Selon vous, quel a pu être l'impact de cette attitude sur le nombre de contaminations et de décès en MR/MRS ?

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Dans quelle mesure les centres de triage ont-ils empêché les services d'urgence des hôpitaux d'être surchargés ? Y a-t-il eu une bonne coordination avec ces centres de triage ? Y a-t-il des régions où cela ne s'est pas aussi bien passé, et si oui, lesquelles ? **Cfr point 3°. Plusieurs modalités organisationnelles. Tâtonnement au début (pénurie de matériel, de médecins généralistes, incertitudes quant au financement, etc.) En général, bonne collaboration avec les hôpitaux. Demande d'un renfort en personnel pour la fonction administrative où la réalisation de prélèvements, puis d'autres solutions furent trouvées (consortium d'infirmiers à domicile, extension des profils professionnels autorisés pour les prélèvements). Modalités de financement ont évolué. Un exemple de collaboration transmurale, ayant mis en avant l'importance de la 1er ligne dans la chaîne de soins non planifiables. De bonnes pratiques à retenir pour la suite, au-delà de la crise covid 19.**
- Quels étaient les points sensibles possibles ici ?
- Les centres de soins intermédiaires ont généralement été peu utilisés. Quelle en est la raison ? Après tout, le besoin semblait bel et bien exister, même en dehors d'une pandémie coronaire : de nombreux patients ont dû quitter l'hôpital prématurément ou n'ont pas été admis malgré leur état de santé, mais n'étaient pas ou peu capables de se prendre en charge ou présentaient une vulnérabilité accrue. **Cfr. Question ci-dessus.**
- Lors de la deuxième vague, le gouvernement flamand n'a pas fait du transfert des centres de soins une priorité. Cette politique a-t-elle été élaborée en consultation avec les hôpitaux ou leurs organisations de tutelle et, dans l'affirmative, quels ont été vos conseils ou votre avis ? / **Non concerné.**
- Pensez-vous que les centres de soins de substitution ont eu l'effet escompté de réduire la pression sur les hôpitaux ? **Non, très partiellement. Le délestage devrait être prévu dans le cadre d'un plan d'urgence interfédéral en amont (première prise en charge, O2, stabilisation, médication, orientation) et en aval (centres de soins intermédiaires) bien que la priorité reste un retour direct vers le domicile ou le domicile de substitution dans les meilleures conditions possibles.**

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.9. betrekkingen en samenwerking met buurlanden, Europese en internationale instellingen / 5.9. relations et coopérations avec les pays voisins, institutions européennes et internationales****5.9.1. Europa / 5.9.1. Europe**

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.10. efficiency van de nationale coördinatie / 5.10. efficience de la coordination au niveau national

- Nous savons par le professeur E. André que l'échange de données entre Sciensano et les hôpitaux ou les WZC était très archaïque au début. Comment l'avez-vous vécu ? **Comme une charge sans beaucoup de feed-back. Outils non adaptés pour la gestion de crise de cette ampleur et pour une telle durée. Lourdeur et nombreux changements (rythme, template). Encodage manuel. A améliorer, sans aucun doute (données clés, extraction automatique). Multiplicité des enquêtes en tous genre.**
- Combien de temps a-t-il fallu pour transmettre les données relatives aux admissions à l'hôpital en lits ordinaires et en soins intensifs (avec ou sans utilisation d'appareils de ventilation) et aux décès dus à la COVID19 ? Était-il clair qui devait le faire, comment le faire et quand, etc. Est-ce que cela est maintenant entièrement automatisé ?
- La fragmentation des pouvoirs a-t-elle coûté des vies humaines ?
- **Pour dire cela tl faudrait établir un lien de causalité.**
- Avec 8 ministres de la santé, la fragmentation est totale. La Conférence interministérielle sur la santé publique réunit ces ministres et tente de surmonter cette fragmentation des pouvoirs. Cela a-t-il été perçu par les hôpitaux comme quelque chose de positif avec une communication simplifiée? **Un peu mieux lors de la seconde vague mais pas simple du tout lors de la première, notamment entre les différents secteurs relevant de niveaux de compétences différents.**
- Les hôpitaux ont-ils encore une vue d'ensemble des différents groupes de travail, task forces et organes de travail qui ont dû gérer cette crise ? Les hôpitaux savaient-ils à qui s'adresser en cas de problèmes ou de questions ? Les changements dans ces organisations ont-ils été clairement communiqués aux hôpitaux ? **Non, ils n'ont jamais sù ni eu de vue d'ensemble. Les seuls points de contacts renseignés (en dehors des adresses génériques infocovid19@..sur tous les sites) étaient les fédérations et la direction hospitalière de la région wallonne au sein de l'AViQ.**
- Y a-t-il des choses qui fonctionnent déjà mieux par rapport à la première vague ?
oui l'expérience des prestataires de santé et une meilleure codification de l'approche thérapeutique.
+ Cfr question 1°.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Qui était/étaient votre/vos interlocuteur(s) au niveau politique ? Cette communication était-elle aisée ou compliquée ? Pourquoi ? Communication lacunaire voire absente ou fragmentée. Liens étroits avec les administrations fédérales et régionales de la santé mais pas avec les Ministres et leurs Cabinets. Sentiment d'absence, non réponse aux questions et interpellations.
- Avez-vous été en contact avec les différents organes créés pour gérer cette crise du covid ? Comment cela s'est-il passé ? Nous participions, en tant que fédérations, à quelques organes : HSCT, Comité Primary care, certains GT de la Task Force Shortages (pénurie de médicaments et de dispositifs médicaux), incluant les pharmaciens hospitaliers. Les représentants des directions médicales et infirmiers furent invités et informés plus régulièrement lors de la seconde vague.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Estimez-vous que les instructions que vous receviez étaient claires ? Estimez-vous que les instructions que vous receviez étaient faciles à mettre en œuvre ? Comment cette communication aurait pu être améliorée selon vous ? **Trop de texte, parfois redondant, multiples mises à jour, marge d'interprétation, pas toujours en adéquation avec la réalité de terrain. Toutes nouvelles dispositions devait être déclinée sur le terrain, cela a nécessité des ressources incroyables.**
- Estimez-vous que les questions, craintes, difficultés que vous exprimiez étaient entendues par les acteurs politiques? **Non pas vraiment, jusqu'à il y peu.**

- Les MR/MRS dépendent principalement des autorités régionales tandis que les hôpitaux dépendent principalement des autorités fédérales. Mais les Régions sont également compétentes à divers égards en ce qui concerne les hôpitaux.
- Comment le morcellement des compétences affecte-t-il le fonctionnement des hôpitaux et des maisons de repos, en particulier en période de crise ? **Ce n'est pas tant le morcellement mais le manque de coordination avec les acteurs concernés dès le début qui a manqué. Cela renforce le cloisonnement, nuit à la continuité des soins, à la communication et crée la confusion voire des décisions contradictoires. Réduit l'efficacité.**
- Au sein de cette commission, plusieurs experts ont critiqué la répartition et surtout l'éclatement des compétences en matière de santé. Quel est votre point de vue à ce sujet ? **Une chose est sûre : cela n'a pas aidé. Une unité de commandement aurait été nécessaire.**
- De manière plus générale, comment s'est déroulée la communication entre les MR/MRS et les hôpitaux ? **Crf. Question point 5.2**

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.11. screening en research : klinische laboratoria – farmaceutische industrie / 5.11. dépistage et recherche : laboratoires cliniques – industrie pharmaceutique

5.11.1. Tests : algemeen / 5.11.1. Tests : généralités

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Jusqu'à quand était-il possible pour un laboratoire hospitalier belge ordinaire d'effectuer un test RT-PCR sans confirmation par le laboratoire de référence ?

Cela n'a jamais été le cas. Selon nous, tout laboratoire agréé, repris sur la liste de Sciensano pour les tests RT-PCR Covid-19, pouvait effectuer le test sans devoir être supervisé. Selon notre compréhension, un labo qui n'est pas sur la liste ne peut pas effectuer le test. Seule la procédure d'agrément de nouveaux labos de référence a nécessité un double test afin d'être accrédité

A partir de quel moment environ les laboratoires des hôpitaux belges ont-ils été en mesure de réaliser ces tests en vitesse de croisière ? Dans quelle mesure cela a-t-il entravé la capacité normale des laboratoires hospitaliers à analyser les tests sanguins, etc.

Aucune idée des détails mais jusqu'en octobre-novembre c'est resté chaotique dans bcp de laboratoires. L'impression est que depuis l'entrée en jeu de la plateforme bis ça va mieux. Encore une fois, grosse impression de cafouillage qui a duré des semaines. Combien de fois n'a-t-on pas entendu que des gens devaient attendre jusqu'à 5 jours pour obtenir leur résultat ?... Inacceptable

Y a-t-il eu une coopération avec la plateforme fédérale ou avec des laboratoires privés pour pouvoir résoudre rapidement tout engorgement afin d'éviter les temps d'attente dans les laboratoires des hôpitaux ? Le processus s'est-il déroulé sans heurts et la communication a-t-elle été facile ? D'après nos informations, (voir aussi ci-dessus), ça n'a vraiment pas fonctionné seulement avec la plateforme fédérale initiale. Il faudrait voir en détail, labo par labo mais cette enquête existe-t-elle ? De toute façon, cette plateforme initiale s'est progressivement arrêtée par retrait progressifs de participants. L'erreur a sans doute été d'impliquer des labos pharmaceutiques (surtout sans aucune concertation avec les autres acteurs) en ne se fiant pas aux capacités du réseau des labos d'hôpitaux ou privés à disposition.

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.11. screening en research : klinische laboratoria – farmaceutische industrie / 5.11. dépistage et recherche : laboratoires cliniques – industrie pharmaceutique

5.11.2. Diasorin / 5.11.2. Diasorin

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.11. screening en research : klinische laboratoria – farmaceutische industrie / 5.11. dépistage et recherche : laboratoires cliniques – industrie pharmaceutique

5.11.3. Zentech - Coris / 5.11.3. Zentech - Coris

6° ZIEKENHUIZEN : OPERATIONELE BEGELEIDING EN FINANCIËLE ONDERSTEUNING / 6° HÔPITAUX : ACCOMPAGNEMENT OPÉRATIONNEL ET SOUTIEN FINANCIER

- Le 19/11/2020, Mme Goossens a souligné l'énorme fragilité de la santé financière de nos hôpitaux. Corona a rendu cette situation encore pire. Les hôpitaux ont reçu une avance de 2 milliards d'euros. Y a-t-il déjà une vue sur le bilan 2020 ? Comment les hôpitaux vont-ils s'en sortir financièrement ? Que demandent les hôpitaux au gouvernement en termes de financement ?
- Il est difficile d'avoir une vue aujourd'hui sur le bilan 2020. Les hôpitaux ont reçu 3 avances : 1 pour le premier semestre et 2 pour le deuxième. Les principes de régularisation applicables à la première avance sont arrêtés seulement depuis novembre 2020. Les hôpitaux ont reçu leur premier décompte fin décembre. Outre le fait que celui-ci comporte plusieurs erreurs et nécessite donc des corrections (qui n'interviendront peut-être pas avant 2023), le deuxième décompte ne sera fourni qu'à la fin du premier trimestre 2021. Pour que les hôpitaux puissent avoir une vue sur leur bilan 2020, il faudrait donc au minimum que les principes de régularisation associés au 2^{ème} semestre soient clarifiés mais idéalement, il faudrait aussi que les corrections/adaptations possibles d'ici 2023 soient connues (éléments révisables/non révisables, déduction du chômage temporaire?, usage du reporting futur demandé aux hôpitaux, justification des versements aux médecins, etc.)

Puisque tous les éléments du financement habituel des hôpitaux ne sont pas compensés, il semble difficilement pensable intuitivement que leur situation financière ne se détériore pas par rapport à 2019.

Pensez-vous que les normes d'encadrement doivent être revues ? Notamment étant donné le nombre important de soignants que nécessitent les patients souffrant du Covid-19.

En dehors de la problématique Covid, les normes d'encadrement doivent être revues parce que la pratique médicale a changé. Dans les services Covid, le besoin en personnel est fondamentalement plus élevé bien évidemment.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Le personnel hospitalier et travaillant en maisons de repos supportent des conditions de travail pénibles et leur rémunération n'est pas à la hauteur des difficultés vécues.
- Craignez-vous que la pénurie de personnel s'aggrave à l'avenir ? **oui mais aussi pour d'autres raisons (spécialisation à outrance de la profession)**
- Quelles mesures devraient être prises pour remédier à cette pénurie, pour améliorer les conditions de travail et octroyer davantage de reconnaissance au personnel soignant ? **Les 2**
- Au vu de leurs conditions de travail, pensez-vous que le métier d'infirmier.e devrait être reconnu comme pénible afin de pouvoir partir à la retraite à 60 ans ?
- - Selon les intervenants, quel est l'impact des coupes dans le secteur hospitalier sur la capacité à gérer une telle crise de santé publique ? La pénurie de personnel et le manque d'effectifs dans les hôpitaux sont un problème structurel depuis des années. Cela signifie que notre personnel de santé était déjà sur le qui-vive au début de cette crise. Les intervenants s'attendent-ils à ce que la crise soit un point de bascule dans la manière dont les économies ont déjà été réalisées dans les soins de santé et dans les hôpitaux ? **Le désinvestissement dans le personnel de soins a, forcément, eu un impact dans l'impact de la second vague (et partiellement pour la première) sur le personnel soignant. Il est donc temps de réinvestir dans le système de santé mais d'une manière qui soit conforme à l'évolution de la pratique médicale et des objectifs de santé publique.**

- Les compensations financières liées aux Covid-19 sont-elles suffisantes pour maintenir les finances des institutions à flot ?
Les compensations financières prévues sont censées couvrir les surcoûts supportés par les hôpitaux ainsi que les recettes non perçues. Cependant, les surcoûts pris en compte ont été estimés sur base d'un échantillon d'hôpitaux incomplet et sont traduits, dans l'indemnisation fédérale, par des interventions forfaitaires. Par définition, ces forfaits, calculés sur base de dépenses moyennes, peuvent s'avérer insuffisants pour certains hôpitaux. Au niveau des recettes, toutes n'ont pas été compensées : suppléments d'honoraires, suppléments de chambre, marges sur les implants, etc.
- Que pensez-vous de la proposition que l'Etat couvre toutes les dépenses occasionnées par la crise du Covid-19 (en identifiant les pertes par rapport à l'année 2019) ?
Nous pensons en effet que l'Etat devrait intervenir pour garantir à chaque hôpital de maintenir sa situation financière au minimum égale au niveau de 2019. C'est ce qui est prévu dans plusieurs sous-parties de l'indemnisation fédérale (BMF, honoraires, conventions INAMI, forfait médicaments, etc.) mais pas à un niveau agrégé.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Vu les difficultés financières vécues par les hôpitaux, certaines organisations syndicales redoutent des pertes d'emploi dans le secteur hospitalier, voire même que des plans sociaux soient lancés : avez-vous la même crainte ? **Selon nous, l'Etat doit prendre ses responsabilités. Le secteur des soins de santé en Belgique est un secteur public (très majoritairement). Que l'état intervienne pour empêcher des faillites et maintenir (à défaut d'améliorer) la qualité du système belge me semble être indispensable.**
- Pensez-vous que l'Etat doit couvrir ces pertes pour éviter une telle situation ? **OUI**
- Le rapport d'Amnesty International dénonce de graves atteintes aux droits humains dans les MRS lors de la crise sanitaire. Des situations dramatiques ont également eu lieu dans les hôpitaux. "Les lacunes structurelles comme le sous-financement, le manque de travailleurs et la fragmentation du système de soins pointées du doigt depuis des années ont contribué à ce désastre" pointe Amnesty. Partagez-vous ces constats ? Pour quelles raisons ?

Sous financement structurel des hôpitaux et des MRS évident.

La fragmentation du système de soins a contribué à ce désastre

Les MR/S doivent s'inscrire dans un système intégré de santé (trajet de soins) en lien étroit avec les acteurs du domicile, l'ambulatoire et les réseaux hospitaliers.

Les MR/S sont avant tout des lieux de vie mais qui doivent pouvoir bénéficier d'expertises externes médicales-paramédicales et d'un soutien en ressources humaines rapides en cas de crise sanitaire ou autre.

- Dans un avis du 30 avril 2020, le Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers indiquait que les principes suivant devraient être respectés pour répondre aux problèmes financiers connus par les hôpitaux suite à la crise sanitaire :
 - garantie complète de la couverture des surcoûts, afin que les frais supplémentaires résultant de la crise ne soient pas mis à charge des hôpitaux, ni facturés au patient ;
 - garantie complète pour les coûts (i.e. les coûts fixes du personnel, des investissements et des fournisseurs...) par une certaine couverture de la perte de revenus ;
 - neutralisation de l'impact lors du futur calcul des financements (BMF, autres forfaits INAMI, ...) et du calcul des révisions.
 De votre point de vue, dans quelle mesure le gouvernement a-t-il répondu à ces principes ?

Cf. réponses précédentes.

Etant donné le système de forfaits mis en place, il est peu probable que la totalité des surcoûts de chaque hôpital soit compensée (même si elle l'est à un niveau agrégé).

Par ailleurs, la compensation de la perte de revenus n'était ciblée que sur certains revenus.

Au niveau de la neutralisation, certaines choses ont déjà été annoncées (au niveau du calcul du BMF, du prix d'hébergement, ...). Il n'est pas certain que ce soit déjà réglé pour tous les financements basés sur des données

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

historiques mais cela devrait apparaître petit à petit.

A titre d'illustration, un exemple : nous n'avons pas trouvé normal que la régularisation du forfait de biologie clinique par journée de 2019 ait eu lieu sur les mois d'avril/mai/juin 2020, qui ont connu une chute des admissions.

- « Malgré les risques évidents, et bien qu'elles en aient eu conscience, nos autorités ont échoué à mettre en place des mesures rapides et suffisantes pour protéger non seulement les résident.e.s, mais aussi le personnel des MR/MRS”, déclare Philippe Hensmans, directeur d'Amnesty International.
- Partagez-vous cet avis ? En quoi les autorités ont-elles échoué à protéger les résident.e.s de MR/MRS ? Quelle est la responsabilité des autorités fédérales à cet égard ?

Les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés sont de la pleine compétence des entités fédérées depuis la sixième réforme de l'Etat.

- De nombreux témoignages rapportent que des résidents en MR/MRS souffrant du Covid n'ont pas été hospitalisés alors que leur état de santé le nécessitait.
- Comment expliquer cette situation ?
- D'après vos informations, des hôpitaux auraient-ils volontairement refusé d'accueillir des résidents de MR et MRS, privilégiant d'autres catégories de patients ?

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Idem page 39 - Malgré le fait qu'aucune instruction n'ait été donnée par les autorités pour refuser des soins hospitaliers aux aînés, il est possible que des problèmes se soient posés sur le terrain. Si cela a été le cas, alors ils doivent être signalés. Les autorités compétentes examineront ces plaintes et, le cas échéant, interviendront. La CIM a décidé que les autorités compétentes interrogeront le terrain à ce propos. En outre, la CIM va également faire effectuer une évaluation indépendante sur les soins hospitaliers dispensés aux personnes âgées pendant la crise du covid-19.

- La loi, votée en urgence, sur la délégation des actes infirmiers, a été sévèrement critiquée par le secteur et les syndicats.
- Quel est votre avis à ce sujet ? Il s'agissait d'une option et non d'une obligation de recourir à ces actes délégués et ce, pour venir en aide aux infirmier.e.s surchargé.e.s. Par ailleurs, des dispositions similaires ont été prises pour les laboratoires, sans susciter une telle réaction. Nous n'y voyons pas de problème majeur.

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Au sein des institutions que vous représentez, dans quelle mesure cette délégation des actes infirmiers a-t-elle lieu ?
- Ne faudrait-il pas prendre des mesures en urgence pour avoir plus de personnel infirmier ? Prévenir les burn-out et les arrêts maladies ? Les infirmier.e.s qui se tournent vers d'autres métiers ?

Il y a un problème général de reconnaissance du métier d'infirmier (en termes de nombre, de rémunération, de reconnaissance, etc.) et il est évident que celui-ci doit être adressé.

- Dans une carte blanche du 26 novembre, l'UNESSA a dénoncé la différence de reconnaissance entre le personnel soignant des hôpitaux et celui des maisons de repos (et de soins), dépendant de deux niveaux de pouvoirs différents.
- Pouvez-vous développer ?
- Quelles réponses ont été données aux revendications de cette carte blanche ?

- Les MR et MRS ont vu leur taux d'occupation diminuer grandement en raison de la situation sanitaire.
 - Pouvez-vous confirmer cet état de fait et quelles sont vos attentes pour y pallier ?
 - Quelles mesures seraient nécessaires pour garantir l'emploi ?
- On estime à 10 % la perte du taux d'occupation dans les MR/S. Les entités fédérées ont pris différentes mesures pour immuniser le financement public et maintenir ainsi au maximum l'emploi.**

- Avant la crise Covid, seules les maisons de repos et de soins (MRS) disposaient d'un médecin coordinateur affecté à l'établissement. Les maisons de repos wallonne seront prochainement dotée d'un médecin coordinateur dont les missions seront celles dévolues aux médecins coordinateurs en MRS.
 - Cette mesure est-elle également prévue à Bruxelles et en Flandre ?
- Non pas à ma connaissance**
- Qu'entend-on par "prochainement" ?
- En Wallonie, l'avant-projet d'arrêté du Gouvernement wallon modifiant la législation sur les missions et le mode de désignation des MCC a été adopté par le Gouvernement wallon le 10 décembre 2020.**
- La modification du Code concernant la partie financement est prévue pour le début février.**
- Quel est ou devrait être le rôle des médecins coordinateurs lorsqu'un résident est hospitalisé ? **Le MCC est l'un des principaux contact/relais avec l'hôpital comme les infirmiers-chefs**
 - Comment les médecins coordinateurs ont-ils vécu les refus d'hospitalisation lors de première vague ?
 - **Voir avec l'AFRAMECO, nous ne sommes pas les représentants des MCC....**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- Certaines maisons de repos privées, parfois dépendantes de grands groupes européens, cotés en bourse, font de plantureux bénéfices. Malgré les sommes très importantes dépensées par les résidents pour y habiter, l'encadrement, ou les soins prodigués aux résidents pour les MRS, ne sont pas toujours optimaux, que ce soit en période habituelle ou en période de crise sanitaire. Comment cela peut-il être justifié ?

Les MR/S commerciales n'ont pas les mêmes motivations que le secteur public et associatif d'où la nécessité de réguler ce secteur qui concerne un public fragilisé. Il semble opportun que toutes les entités fédérées adoptent une programmation comme en Wallonie afin :

- de maîtriser l'évolution de l'offre d'accueil, d'hébergement ou de soins aux aînés, en fonction de leurs besoins évolutifs et différenciés;
 - d'assurer une répartition homogène des établissements pour aînés sur l'ensemble du territoire afin de garantir une proximité géographique permettant le maintien des liens sociaux existants;
 - de garantir au résident le libre choix entre les secteurs public, associatif ou privé commercial;
 - de concourir à l'équilibre financier du système de sécurité social ;
 - de limiter à 50 % par exemple, le part du commercial .
-
- Comment la cohorte de patients permet-elle de séparer les patients infectés des patients non infectés ? Des informations et du matériel ont-ils été obtenus du gouvernement à cette fin ?

Les hôpitaux ont organisé un flux séparé de patients. Certaines modifications au niveau structurel ont été apportées au niveau des hôpitaux (urgences organisées de façon distinctes, unités covid organisées de façon séparées des autres unités, etc.), lesquelles ont pu être repercutees partiellement au niveau du financement régional. Les activités non urgentes ayant été supprimées, les hôpitaux ont pu reconfigurer leur bâtiment pour séparer les patients covid des autres.

- En moyenne, combien de patients sont infectés par le COVID19 dans les hôpitaux eux-mêmes ? Existe-t-il des chiffres à ce sujet et des pics ? Y a-t-il des différences régionales ?

A notre connaissance, il n'existe pas de chiffres quant aux patients qui seraient contaminés dans les hôpitaux eux-mêmes

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- En moyenne, combien de membres du personnel de l'hôpital ont été infectés et quels groupes professionnels ont été les plus touchés ? Sait-on si les membres de leur famille ont également été infectés ?
Nous ne disposons pas de ces chiffres. Les intensivistes ont probablement été les plus touchés. Nous n'avons pas de vue quant à la question de savoir si les membres de leurs familles ont également été infectés, d'autant qu'il serait difficile de déterminer l'origine de leur contamination.
- Combien d'absences du personnel ont eu lieu en raison de plaintes liées au COVID19 et/ou d'une mise en quarantaine pour cause de contamination éventuelle ? on n'a jamais eu les chiffres
- Au fil des ans, l'INAMI a apporté de nombreux changements au financement des patients COVID19. Ces mesures vous ont-elles été clairement communiquées ? Le secteur a-t-il été consulté avant la mise en œuvre de ces mesures ?
En termes de nomenclature INAMI, nous avons été sollicités en tant que fédération pour certaines mesures spécifiques (par exemple : élaboration du prix d'un test PCR) mais pas systématiquement.
En ce qui concerne les impacts financiers, nous avons été consultés dès le début en participant à deux GT parallèles : un GT du CFEH « Impacts financiers COVID-19 » qui avait pour objectif d'établir et évaluer les surcoûts dus à la crise et une autre GT mixte INAMI-fédérations-médecins qui traitait plus de la perte de recettes et en particulier des honoraires.

Nous devons souligner aussi la méfiance systématique de la part des autorités et de certaines administrations qui ont tendance à considérer que la fraude est le sport numéro 1 des institutions de soins et des professionnels de soins. En conséquence de cette attitude de méfiance systématique, nous devons faire face à une bureaucratie tout à fait inefficace, d'une lourdeur administrative incroyable, d'une lenteur effroyable pour un résultat médiocre.

Nous recommandons une fois pour toute d'appliquer un principe de confiance de bonne foi (comme c'est notamment le cas auprès de certaines entités fédérées) et d'assurer une réelle sécurité financière pour le secteur des soins de santé.

En outre, cette méfiance et cette bureaucratie auront des conséquences importantes sur les mauvais résultats enregistrés par notre pays dans la lutte contre cette pandémie (nous y reviendrons, notamment en ce qui concerne le testing).

- Les mesures étaient-elles claires et cohérentes entre elles ? Cela a-t-il rendu l'administration difficile ou la mise en œuvre était-elle claire ?
Les mesures de compensation décidées par les autorités sont plus ou moins cohérentes mais n'ont pas toujours été claires. L'AR prévoyant l'indemnisation fédérale exceptionnelle peut prêter à confusion sur certains points. Une deuxième version de celui-ci est d'ailleurs prévue, pour inclure des mesures décidées ultérieurement (nouvelle compensation en faveur des médecins pour leur

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

disponibilité en phase 2A/2B, prime d'encouragement pour les MSF/MGF, ...), pour clarifier certains points et préciser ce qu'il est prévu pour le deuxième semestre. Le fichier Excel à compléter par les hôpitaux en prévision du décompte, qui a pu répondre à certaines questions qu'on se posait à la lecture de l'AR, a soulevé une quantité d'autres interrogations. Certaines choses demandées dans ce fichier semblaient dénuées de sens. Le décompte fourni en décembre est aussi sujet à beaucoup de remarques/questions de la part des hôpitaux, voire d'erreurs.

- Ces nouvelles mesures ont-elles été efficaces ou des lacunes subsistent-elles ?
Des lacunes subsistent. La plus grande étant qu'actuellement aucun hôpital ne sait faire le bilan de l'année 2020 et que l'ensemble des pertes de recettes ne sera pas compensée.

7° GEVOLGEN CRISIS NIET-COVID-GERELATEERDE ZORG / 7° EFFETS CRISE SOINS NON LIÉS AU VIRUS

- Le 24/04/2020, Knack a rapporté que les médecins sont en colère à cause des inspections de l'INAMI sur les médecins qui ne suivent pas strictement les coronagraphes et pratiquent encore des interventions non urgentes dans l'hôpital. Des inspections ont-elles effectivement été effectuées et des sanctions imposées, ou l'INAMI a-t-elle suspendu cette action ? Les hôpitaux ont-ils alors eu suffisamment de liberté pour décider eux-mêmes des soins à prodiguer ou des interventions à effectuer, ou ont-ils été contraints à un carcan par les règles imposées par le gouvernement ? Les consultations ont-elles été suffisantes et les mesures concernant les soins non urgents ont-elles été assouplies à temps ?
- Quel est l'impact du report des soins planifiables non urgents pendant la crise ? La communication à ce sujet a-t-elle été suffisamment claire pour le patient ? Quels sont les enseignements tirés dans ce domaine ?
- Le gouvernement a demandé la suspension des soins planifiables non urgents. Dans quelle mesure cette suspension vous semble-t-elle opportune ? Il n'y avait vraiment aucun moyen de faire passer ça ?
- L'avis d'interruption de ces soins non urgents a-t-il été donné en temps opportun ?
- Existe-t-il des moyens de prévenir l'interruption des soins pour les patients nonovid19 à l'avenir ?
- On dit que la Belgique est le pays de la surconsommation en matière de soins, mais l'abandon des soins réguliers a probablement entraîné une sous-consommation. A-t-on déjà un aperçu des chiffres et des conséquences concrètes dans la pratique ? Existe-t-il des moyens créatifs de rattraper le retard, ou en discute-t-on dans le secteur ?
- Quel pourcentage de réduction de la demande de soins observe-t-on aujourd'hui chez les patients chroniques ?
- Selon vous, quels groupes de patients ont été le plus gravement touchés par la crise coronarienne, sans pour autant avoir reçu eux-mêmes du COVID19 ?

8° GEVOLGEN CRISIS GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG / 8° EFFETS CRISE SOINS DE SANTÉ MENTALE

- - Certains membres du personnel ont-ils déjà abandonné avec des signes de stress post-traumatique ? **Oui.** Durant la première vague, les pouvoirs publics ont renforcé l'offre en matière de soins psychologiques de 1ère ligne. Nous avons plaidé pour que ces psychologues puissent réaliser directement des prestations pour le personnel soignant au sein des hôpitaux mais cela a été interdit. Dès lors, plusieurs hôpitaux ont de leur propre chef, mis en place des cellules spécifiques d'écoute et de soutien psychologique de leur personnel. La réaction des autorités a été très tardive. Il serait nécessaire d'envisager la création de cellules ad hoc qui soient rapidement accessibles et mobilisables en cas de pandémie.
- - Combien de membres du personnel se sont présentés dans un hôpital moyen pour des problèmes de santé mentale pendant les vagues COVID19 ou entre les deux, et comment ces chiffres se comparent-ils aux autres années ? Y a-t-il beaucoup d'épuisement par rapport aux autres années ?
- Il faut d'emblée souligner que durant la première vague de la crise, le SPF Santé Publique a suspendu l'enregistrement du "Résumé psychiatrique minimum" dans tous les hôpitaux. Par ailleurs, il n'existe à ce jour aucun système d'enregistrement épidémiologique transversal entre les structures qui prennent en charge des problématiques de santé mentale. Eu égard aux éléments précités, nous ne pouvons pas répondre à la question bien que subjectivement il nous revient de la part du secteur que des professionnels de la santé consultent pour des problématiques de santé mentale.
- Une étude sur le sujet est en cours au niveau de Sciensano (« COVID-19 HEROES »), dont l'objectif est de décrire et d'évaluer l'impact de la crise sur la santé mentale du personnel de soin. L'étude devrait être finalisée pour décembre 2021.
- Il faut également rappeler l'impact majeur de la crise sur la santé mentale des citoyens, notamment des jeunes. Cet impact va probablement se poursuivre.
- La première enquête de santé COVID-19 (début avril 2020) avait mis en exergue une très forte augmentation des troubles anxieux (23 %) au sein de la population adulte (18 ans et plus) par rapport à l'enquête de santé nationale de 2018 (11 %). A l'amorce du déconfinement (début juin), la prévalence des troubles anxieux avait baissé (16 %), sans pour autant revenir aux valeurs de 2018. Fin septembre 2020, au moment où les contaminations s'intensifient, on constate que les troubles de l'anxiété ont également augmenté, touchant 18 % de la population adulte (différence significative par rapport à juin, après ajustement pour âge et sexe).
- La première enquête de santé COVID-19 avait également montré que les troubles dépressifs au sein de la population adulte (18 ans et plus) étaient deux fois plus fréquents (20 % début avril) qu'avant la crise sanitaire (9,5 % en 2018). En juin, le nombre relatif de

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

dépansions (15 %) avait diminué de manière significative, sans pour autant atteindre valeurs de 2018.

- Le Parlement a dégagé un budget de 200 millions € pour le renforcement des soins de santé mentale, dont 120 millions seront dévolus aux soins psychologiques de 1ère ligne. Les hôpitaux psychiatriques sont depuis des années confrontés à une complexification des cas et ont également été fortement sollicités. Il est important que des moyens budgétaires supplémentaires puissent être dégagés pour les hôpitaux psychiatriques afin d'encre mieux rencontrer les besoins des patients et conformément aux standards internationaux.

9°COMMUNICATIEKETEN FEDERALE OVERHEID / 9° CHAÎNE DE COMMUNICATION

- - Les chiffres quotidiens relatifs à l'effet corona sont présentés comme suit : "Il y a x patients atteints d'effet corona dans l'hôpital". Ce chiffre concerne-t-il uniquement les patients hospitalisés pour cause de covidie, ou inclut-il également les patients admis pour toutes les pathologies possibles, mais qui se sont avérés avoir également un test corona positif ?
- - Y a-t-il un sujet qui, selon vous, n'a pas encore été interrogé par cette commission, mais que vous aimeriez absolument signaler afin d'améliorer les soins de santé pour les malades chroniques et les soins aigus ?
- - La communication entre le comité du transport hospitalier et de la capacité de pointe et la capacité de pointe des soins primaires et ambulatoires et les hôpitaux, les établissements de soins ou les WZCs s'est-elle déroulée sans heurts et par le biais de certaines plateformes numériques ?

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- - La WZC a été particulièrement touchée. Ils sont principalement une compétence flamande, mais la gestion de la pandémie était sous commandement fédéral. Le WZC s'est-il senti complètement oublié ? Où la communication a-t-elle mal tourné entre le gouvernement fédéral, le gouvernement flamand et le terrain au début de la crise ? La communication s'est-elle améliorée entre-temps ?
- - Pourquoi a-t-il fallu si longtemps pour que l'accent soit mis sur les HMO plutôt que sur les hôpitaux ? WZC a-t-elle tiré la sonnette d'alarme et n'a-t-elle pas été entendue, ou WZC elle-même n'a-t-elle pas perçu l'urgence ?
- - Comment s'est déroulée la communication des mesures aux HMO ? Des mesures claires ont-elles été émises ou la WZC a-t-elle dû donner sa propre interprétation de ces mesures ? La communication était-elle opportune ?

10° LOCKDOWN EN EXITSTRATEGIE / 10° CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT

- - Les pouvoirs publics ont-ils tenu compte de vos souhaits et instructions concernant la réduction des mesures de confinement et ont-ils réagi en temps utile lorsque vous avez demandé un confinement ?

Non

11° BEHEER VAN DE NIET-MEDISCHE ASPECTEN VAN DE CRISIS / 11° GESTION DES ASPECTS NON MÉDICAUX LIÉS À LA CRISE

12° ROL VAN HET CRISISCENTRUM / 12° RÔLE DU CENTRE DE CRISE**13° BELGISCHE RAPPORTAGE GEZONDHEIDSGEGEVENS ECDC / 13° RAPPORTAGE BELGE DONNÉES SANITAIRES ECDC****14° PRÉPARATION ET GESTION FÉDÉRALES DES CRISES SANITAIRES DE GRANDE AMPLEUR / 1° ANTICIPATION ET GESTION DE CRISE SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL**

- En octobre 2019, l'indice de sécurité sanitaire mondiale a été publié. Cet indice a permis d'évaluer dans différents pays le degré de préparation à une pandémie. La Belgique a obtenu un mauvais score à cet égard.

o Les hôpitaux étaient-ils conscients de notre mauvaise préparation à une pandémie ?

- Quand avez-vous réalisé que nous étions confrontés à une crise de proportions énormes (par rapport au SRAS, au MERS, à la grippe porcine) ?

Avez-vous pensé à ce moment-là que nous étions prêts à nous en occuper ?

o Qu'en est-il du fameux plan pour faire face à la crise ? Selon le ministre, un plan était prêt. Nous savons maintenant que ce plan n'avait pas été élaboré. Des médecins ont-ils été contactés à ce sujet ? Pensez-vous qu'il y avait un sentiment d'urgence suffisant ?

Avons-nous encore eu la possibilité de changer de vitesse ? Dans d'autres pays, y a-t-il eu une différence entre la préparation théorique et la pratique, et a-t-

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

on accordé plus d'attention aux autres priorités ? Pourquoi était-il si difficile de remettre les choses en ordre si rapidement ici ?

- Les personnes qui ont dû gérer la crise (tant les politiciens que les administrateurs) ont-elles fait preuve d'un sens des responsabilités suffisant ? La volonté de faire face à la crise était-elle suffisante de la part des responsables (références répétées aux pouvoirs d'un autre niveau institutionnel, d'un autre département du même niveau, d'une autre institution) ?

- À votre avis, le gouvernement a-t-il bien géré l'épidémie de corona ?

- Selon vous, quel a été le principal obstacle dans la gestion de l'épidémie ?

- Selon vous, la gravité de la situation a-t-elle été sous-estimée ?

- Quels conseils donneriez-vous pour une mise en œuvre rapide dès maintenant ? Selon vous, quel est le meilleur moyen d'éviter une troisième vague ?

- Avez-vous été gêné par le gouvernement dans l'exercice de votre rôle.

o Avez-vous été gêné par la prolifération des organes consultatifs et des groupes de travail ?

- D'après vous, quelles étaient les faiblesses de la politique à l'égard des hôpitaux ?

- Qu'est-ce qui, selon vous, a bien fonctionné dans la politique du gouvernement concernant les hôpitaux ?

- Où auriez-vous attendu davantage de soutien de la part du gouvernement ?

- Quand les hôpitaux ont-ils compris qu'il ne s'agissait pas seulement d'une petite grippe ?

- Quelle a été la réaction au sein des hôpitaux lorsqu'il est apparu clairement qu'il s'agissait d'une crise sanitaire d'une ampleur jamais vue auparavant ? Comment avez-vous essayé de vous préparer à cela ?

- Les hôpitaux sont-ils au courant de l'existence d'un tel plan de lutte contre la pandémie ? Selon vous, aurait-il été préférable de respecter ou non les dispositions de ce plan ?

5° COORDINATIE EN UITVOERING MAATREGELEN BESTRIJDING VAN DE EPIDEMIE / 5° COORDINATION ET MISE EN OEUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.2. organisatie van de ziekhuis capaciteit,.../ 5.2. organisation des capacités hospitalières**

ANTWOORDEN RÉPONSES UNESSA + SANTHEA

- - Quand avez-vous commencé à vous préparer à l'épidémie ? Avez-vous attendu le gouvernement ou avez-vous pris vous-même l'initiative ?
Quand avez-vous commencé à commander le PBM ?
- - Quand avez-vous commencé à vous préparer à l'afflux de patients atteints de covariectasies ? Au départ, l'objectif était de recevoir des patients atteints de covidose dans quelques endroits seulement. Les autres hôpitaux ont-ils commencé à se préparer ? Cela a-t-il été demandé ?
- - Depuis quand les hôpitaux ont-ils commencé à prendre des mesures structurelles pour accueillir la pandémie (par exemple, création d'un service de cohorte, capacité supplémentaire des unités de soins intensifs) ? Quand a-t-on demandé aux hôpitaux de faire cela ? Avez-vous reçu un soutien suffisant ?
- - Le personnel disponible était-il suffisant pour faire face à la crise ?
- - À partir de quand est-il devenu évident que les hôpitaux allaient rencontrer des difficultés financières ? Le manque de liquidités était-il un problème général ? Y avait-il de grandes différences entre les hôpitaux ?
- - Que pensez-vous de la solution apportée par les avances ? Le montant prévu était-il correct ? Tous les versements ont-ils été nécessaires ? Cela a-t-il été correctement mis en œuvre ? Le système de remboursement forfaitaire est-il approprié ? Le contrôle du système de paiement forfaitaire est-il suffisant pour garantir son application équitable ?
- - Dans quelle mesure y a-t-il eu des problèmes de transport entre les hôpitaux pendant la première vague ? Cela a-t-il été amélioré lors de la deuxième vague ?
- Comment ? Est-ce une bonne décision que les intensivistes aient dû partir en transport, ce qui signifie qu'ils ont été manqués à l'hôpital pendant longtemps ?
-