



Nos réf. : PDV/MV/036.2021

Le 03 février 2021

Direction médicale

Site Saint-Joseph

Rue Marguerite Depasse, 6
6060 GILLY

Secrétariat

Tél : 071/10 71 33
Fax : 071/10 74 99

Réponses aux questions Commission parlementaire Séance d'audition des médecins chefs

1. Anticipation de la gestion de la crise sanitaire de grande ampleur au niveau fédéral.

Comment évaluez-vous le degré de préparation de la Belgique et des autorités politiques face à une pandémie ?

Actuellement, le degré de préparation de la Belgique et des hôpitaux est bien meilleur qu'il y a 1 an. A cette époque, les autorités n'étaient pas prêtes. Juste avant le début de la pandémie à Covid-19 en Belgique, seuls les hôpitaux avaient parfois développé des procédures. Celles-ci étaient notamment basées sur celles développées dans le contexte d'épidémie H1N1 en 2013. Depuis mars 2020, des procédures ont été mises en place tant au niveau fédéral qu'au niveau des hôpitaux, appliquées et testées.

On dispose davantage de moyens de protection individuelle (EPI).

Les liens fonctionnels avec les entités fédérales, fédérées et les provinces sont bien en place de même que des échanges d'informations avec ceux-ci. Des structures spécifiques ont été mises en place comme notamment un commissaire Covid.

2. Informations internationales et des pays tiers décembre 2019-mars 2020

Oui, les hôpitaux disposaient d'informations ne fût-ce qu'en se basant sur l'actualité (notamment en Italie). Certains ont réagi avant les injonctions officielles. Par exemple, dans notre hôpital nous avons cherché comment créer des unités spécifiques permettant d'isoler les patients dès le début du mois de février.

www.ghdc.be

GRAND HÔPITAL de CHARLEROI

Siège social :
rue Marguerite Depasse 6
6060 Gilly

SAINT-JOSEPH
Rue M. Depasse 6
6060 Gilly

NOTRE DAME
Grand Rue 3
6000 Charleroi

SAINTE-THÉRÈSE
Rue Trieu Kaisin 134
6061 Montignies/Sambre

REINE FABIOLA
Av. du Centenaire 73
6061 Montignies/Sambre

IMTR
Rue de Villers 1
6280 Loverval

CPJ C-A. FRÈRE
Rue de Nalines 650
6001 Marcinelle

La situation en Chine, puis en Italie et enfin en France nous a fait prendre conscience que le risque allait devenir réel en Belgique également. Personnellement, le premier moment où je me suis dit qu'il s'agissait de quelque chose qui pouvait prendre de l'ampleur c'est lorsque la Chine a communiqué qu'ils construisaient des hôpitaux. Ensuite, nous avons appris que l'on confinait des personnes à domicile en Lombardie. Rapidement après, nous avons vu que la situation s'aggravait à Paris et dans l'Est de la France. Il était largement temps de se préparer en Belgique. Ce ne sont pas vraiment les groupes professionnels qui ont tiré la sonnette d'alarme, c'est plutôt via des réseaux sociaux et groupes informels et la littérature en ligne que les médecins et directions hospitalières ont pris conscience de l'ampleur de ce qui risquait d'arriver. Certaines associations comme celles des infectiologues et des urgentistes ont ainsi bien communiqué au niveau international et ainsi nos experts locaux ont pu nous interpeller. Nous avons pu ainsi prendre conscience de l'ampleur du danger et nous préparer avant que les instances fédérales ne réagissent.

4. Préparation et planification de la gestion de crise.

- 4.1. Pourcentage des hôpitaux – stock : il n'est pas possible de le préciser. Clairement, dans notre hôpital, nous avons commencé à gérer le stock de façon active dès le début du mois de février en commandant davantage. Cependant, rapidement, nous avons eu des difficultés à être livrés y compris pour des éléments commandés avant la crise. Et ce, en particulier, à partir du mois de mars. Il semble y avoir eu une concurrence entre hôpitaux belges et y compris avec les commandes du fédéral un peu plus tard.
- 4.2. Protocole sur les moyens de protection : il n'y a pas de protocole spécifique, chaque hôpital gère cela lui-même par exemple actuellement compte tenu des nouveaux variants nous augmentons dans la mesure du possible notre stock de masques FFP2. Il y a également un suivi des consommations qui permettent d'évaluer de combien de jours on dispose avant que le stock ne soit épuisé et ce, suivant différents paramètres (de consommation).
- 4.3. Mise à disposition de stocks stratégiques gérés par l'autorité : ce serait l'idéal. On peut imaginer que l'armée ou une autre instance dispose d'un stock central qui pourrait être mis à disposition en fonction des besoins. Les hôpitaux pourraient ainsi en partie gérer ce stock.
- 4.4. Exercices de simulation de catastrophe ou de situation de crise : ceux-ci n'existent pas toujours. Certains hôpitaux l'ont fait comme c'est prescrit et intégré dans le fonctionnement de leur plan d'urgence hospitalier mais idéalement cela doit être fait au niveau d'un réseau au minimum. Dans de grands hôpitaux comme le nôtre sont employés des médecins spécialistes avec une compétence particulière en médecine de catastrophe comme par exemple des urgentistes mais également certains médecins qui ont travaillé pour MSF par exemple. Leurs compétences ont été très utiles à différents moments des deux vagues.
- 4.5. Troisième vague : la possibilité de celle-ci nous inquiète. Pour l'instant, on sent qu'il suffirait d'un rien pour basculer vers une troisième vague critique. Non seulement le personnel est fatigué et surtout ne voit pas la fin de la crise mais c'est également le cas chez les patients et leurs proches qui sont de moins en moins disciplinés. Il faut absolument éviter cette troisième vague, par tous les moyens possibles.

- 4.6. Préparation du pays et du système hospitalier : voir la première question. La préparation était mauvaise il y a un an, elle est mieux maintenant au vu de l'expérience acquise. Il est fondamental que quoiqu'il arrive celle-ci ne se perde pas et soit régulièrement réévaluée.
- 4.7. Leçons de la première vague : clairement, les leçons n'ont pas été complètement tirées de la première vague. La preuve en est la survenue de la deuxième vague avec une réaction beaucoup trop tardive des autorités, après le retour des vacances (alors que la première vague était en partie liée au retour des vacances de carnaval). Les hôpitaux étaient relativement prêts même si certains ont été surpris par l'ampleur mais les autorités auraient pu la limiter probablement en mettant en place des mesures plus restrictives rapidement, sans attendre la fin du mois de septembre, début du mois d'octobre. Le problème n'était pas tellement la préparation des hôpitaux mais plutôt la gestion globale de l'épidémie et l'absence de réactions proactives devant l'évolution de tous les indicateurs. C'est là que l'expérience de la première vague aurait dû permettre d'agir plus précocement.

5. Coordination et mise en œuvre des mesures de lutte

- 5.1. A notre niveau, nous n'avons pas été impliqués dans la chaîne de décision et dans les différentes adaptations des règles. Nous avons suivi les différentes directives fédérales, régionales et celles de Sciensano et en avons anticipé certaines (par exemple, tests aux frais de l'hôpital du matériel fourni avec découverte notamment de certains masques inadéquats fournis par les autorités, etc). Nous avons découvert dès le début que nous manquions de moyens de protection individuelle. Nos services logistiques nous ont mis au courant et ce, presque avant même l'arrivée de l'épidémie en nous alertant sur la difficulté à pouvoir encore acquérir ce type de matériel et à l'augmentation des prix auquel il devait faire face. Sans un minimum d'anticipation, nous aurions eu beaucoup plus de problèmes si nous avions suivi stricto sensu les directives et commandé uniquement quand on nous a conseillé de le faire. L'organisation des réserves stratégiques doit se faire au niveau de chaque hôpital mais avec en partie une gestion centrale et un stock fédéral ou régional. Il faut prévoir des masques, des gants et surtout des surblouses qui ont manqué fortement par manque d'EPI dans les hôpitaux. N'oublions pas le matériel de test comme les écouvillons pour lesquels à un moment (avril) les stocks ont été très critiques. Nous avons eu la chance de pouvoir toujours équiper correctement notre personnel en respectant les différentes directives. Celles-ci ont été progressivement adaptées (pour avoir du matériel plus performant). Au cours du mois d'avril notamment, nous avons eu un grand manque en blouses de protection mais nous avons pu suppléer grâce au travail de bénévoles. Nous ne comprenons pas le manque d'anticipation des autorités et en particulier de ne pas avoir renouvelé la réserve stratégique de masques comme si le risque d'une pandémie était une fiction. Evidemment, il est toujours facile d'évaluer à posteriori mais nous avons constaté que les hôpitaux ont dû essentiellement se débrouiller seuls même si progressivement nous avons reçu de l'aide du fédéral (mais attention avec parfois du matériel non conforme). On peut aussi se demander ce de quoi disposait l'armée et pourquoi ce matériel n'a jamais été utilisé ou fourni à ceux qui en avaient le plus besoin. L'impact de cette pénurie n'a pas été réellement ressenti dans les hôpitaux en ce qui concerne les contaminations puisque nous avons toujours veillé à équiper correctement le personnel en moyens de protection individuelle. Nous n'avons d'ailleurs dû déplorer aucun décès dans le personnel. Il en va autrement pour la population générale et surtout dans les maisons de repos où là le manque était

créant. A un certain moment, nous avons reçu de réels appels à l'aide des maisons de repos mais malheureusement étant déjà limite chez nous nous n'avons pas pu les aider. Cela reste un des souvenirs les plus marquants de cette période. Certains patients de maisons de repos, contaminés en masse, dans ces structures sont venus décéder à l'hôpital.

- 5.2. Organisation des capacités hospitalières : si certains hôpitaux ont laissé du personnel fatigué parfois même malade travailler cela n'a pas été le cas dans notre hôpital. Nous avons toujours écarté le personnel même asymptomatique et nous le faisons encore maintenant. Nous avons veillé également à permettre au personnel à se reposer suffisamment en organisant des tournantes. La limitation de l'activité non indispensable a permis d'ailleurs de favoriser celle-ci tant au niveau des soignants que des médecins.

Réponses aux questions liées au PowerPoint : chaque hôpital a organisé la prise en charge sur base des critères qui lui sont propres mais bien sûr en se basant sur les critères fournis par les sociétés savantes, l'ordre des médecins, le comité de bioéthique national. Dans notre hôpital, nous avons initié la réflexion avec notre comité d'éthique très tôt au cours de la première vague. En pratique, aucun patient n'a été refusé et les patients malades ont tous été pris en charge y compris les patients les plus âgés (nous avons d'ailleurs un taux de personnes âgées soignées pour la Covid nettement supérieur à la moyenne nationale). Des critères de limitation de soins ont été établis mais heureusement n'ont jamais dû être appliqués. Néanmoins pour l'accès aux soins intensifs des critères stricts ont été établis et ont été suivis aussi bien au cours de la première que de la deuxième vague, les personnes ayant le moins de chances de bénéficier des soins intensifs ou statistiquement ne pouvant plus en bénéficier n'étant pas admis. Notre approche a été cependant assez conservatrice et dans le doute un patient était quand même pris en charge. Cela s'est toujours basé sur des éléments objectifs (critères cliniques) et de façon absolue sur la déclaration anticipée du patient qui définissait lui-même (ou via son représentant légal) ce qu'il fallait faire suivant les circonstances.

Pour les soins intensifs, dans notre hôpital, quasiment tous les patients en soins intensifs bénéficiaient d'une ventilation assistée, nous avons tenté de maintenir en particulier durant la deuxième vague et compte tenu de la surcharge extraordinaire de nos services de soins intensifs le plus longtemps possible les patients dans des unités de soins Covid (non intensives) et nous y avons d'ailleurs établi différents protocoles de ventilation à haut débit, CPAP ou autres.

Compensations financières : il est logique de compenser les hôpitaux en fonction de l'effort fourni. De façon quotidienne, les données des patients Covid doivent être enregistrées au niveau fédéral, il faudrait seulement encore vérifier si ces données sont fiables. Cela a d'ailleurs occasionné pour les hôpitaux qui ont bien joué le jeu une surcharge administrative non négligeable.

Critères pour prendre des patients en soins intensifs, surtout basés sur des critères médicaux et éthiques : il faut bien sûr tenir compte de l'avis du patient mais également de ses possibilités de bénéficier des soins intensifs. Pour cela, des critères reconnus de façon internationale existent et basés entre autres sur des facteurs de risques, état respiratoire, etc.

Patient non ventilé aux soins intensifs : cela était extrêmement rare et était essentiellement le cas pour des patients qui risquaient de décompenser rapidement et pour lesquels il était préférable de ne pas prendre de risque. Il semble y avoir eu des différences régionales en particulier lors de la première vague. Dans les hôpitaux qui étaient surchargés de patients, par exemple dans notre province, je pense que les critères étaient relativement comparables d'un hôpital à l'autre et qu'il n'y a pas eu de gaspillage des unités de soins intensifs.

D'après moi, il n'y pas suffisamment de contrôles sur les compensations financières puisqu'en début de deuxième vague certains hôpitaux prétendaient que leurs soins intensifs étaient surchargés alors que ce n'était pas le cas et exigeaient de transférer des patients dans d'autres structures parfois plus lourdement impactées.

Durées de séjour : à priori, celles-ci dépend bien plus de l'état du patient mais il est possible que certaines institutions aient préféré éviter d'avoir trop d'entrants « en bloquant des lits » une fois le patient admis. Clairement il n'y a pas eu de directive mais il est évident qu'un patient qui a suffisamment récupéré peut quitter les soins intensifs et aller dans une unité classique. Après un long séjour aux soins intensifs, les patients ne sont d'ailleurs généralement plus porteurs du Covid et ne doivent même plus aller dans une unité hospitalière spécifique. Souvent le transfert se fait vers la réadaptation mais il n'y a jamais de raison de prolonger indûment un séjour. Il n'y a pas de directive spécifique.

Echanges de pratiques entre les hôpitaux : oui nécessaire, notre hôpital a d'ailleurs été sollicité par différents hôpitaux et certains de Bruxelles pour leur fournir des informations. Nous avons développé un site intranet très fourni reprenant toute une série de procédures et de directives pour la prise en charge de ces patients. Pour ce qui est du benchmarking au cours de la crise nous n'avions pas réellement de vision sur ce qui se passait dans les autres hôpitaux. Celui-ci doit cependant être tempéré dans la mesure où les caractéristiques des patients sont parfois très diverses : ainsi dans notre hôpital nous avons si on compare à d'autres beaucoup plus de patients très âgés et avec de multiples pathologies et antécédents.

Implications des médecins spécialistes en formation. Tous ont été impliqués dans la prise en charge de patients présentant une Covid, soit dans leur propre service soit en étant mobilisé notamment pour participer au renfort des unités spécifiques ou des gardes intra hospitalières. Il y a toujours eu suffisamment de supervision. Dans notre hôpital, nous avons veillé en respectant toute la législation relative aux médecins spécialistes en formation (durée de travail, récupération, nombre de gardes, ...). Il faut cependant souligner que nous avons la chance de former de très nombreux médecins spécialistes et donc un relais efficace entre eux a pu être effectué (pour permettre suffisamment de périodes de récupérations, congés, ...).

Durée de travail : voir ci-dessus. Elle n'a absolument pas été inhumaine mais conforme à la législation même si à certains moments il y a pu y avoir l'un ou l'autre pic. En aucun cas, les spécialistes en formation ont travaillé davantage que les médecins spécialistes « senior ». Nous avons toujours veillé à respecter la loi sur la durée de travail. Il n'y a eu aucun contrôle sur celle-ci mais les registres d'encodage des horaires ont été tenus comme d'habitude. En pratique, il faut savoir qu'il n'y a eu aucun contrôle sur le terrain durant cette période et c'est encore actuellement le cas comme si tous les inspecteurs craignaient de se rendre dans un hôpital.

Attention au bien-être mental : dans notre hôpital, dès la première vague, nous avons été très attentifs à cette problématique. A la fin de la première vague, nous avons réalisé un débriefing complet des différentes équipes (par métiers). Tant des professionnels dépendant du département des ressources humaines ont été impliqués mais aussi des professionnels en santé mentale. Durant la deuxième vague, nous avons veillé, compte tenu des expériences de la première vague, à intégrer dans les équipes de soins, sur le terrain (dans les unités Covid), un professionnel de la santé mentale (même souvent un psychologue et un psychiatre). Ce soutien était spécifiquement destiné au personnel en plus du soutien aux patients.

Dans notre hôpital, tous les médecins spécialistes (en dehors de ceux de plus de 60 ans) ont été tirés au sort pour participer à la prise en charge des patients Covid lors de la deuxième vague et cela toutes disciplines confondues. Certains spécialistes en ont été exemptés car soit ils présentaient des problèmes de santé qui rendait cela réellement dangereux soit car ils effectuaient des tâches administratives ou autres liées aussi à la prise en charge du Covid. Durant la première vague l'effort a cependant été plus intensivement réparti sur les disciplines liées à la médecine interne, la gériatrie et les soins d'urgence et intensifs. Nous n'avons eu recours à aucun médecin spécialiste en dehors de l'hôpital si ce n'est bien sûr ceux employés par notre hôpital qui avaient également une activité extrahospitalière et qui parfois ont augmenté leur temps de travail dans l'hôpital. Les médecins ont toujours réalisé un travail médical et n'ont pas dû remplacer d'autres professions de soins. Toute cette organisation médicale a été coordonnée par la direction médicale de notre institution.

Formations : il y a eu des formations dans la prise en charge du Covid pour les spécialistes mais également pour ce qui était de la prise en charge respiratoire. Néanmoins, dans les unités les plus aigües, ce sont des spécialistes les plus compétents qui ont été impliqués. Au niveau national, il n'y a eu aucune aide dans ce domaine. L'organisation a reposé uniquement sur les directions médicales hospitalières de façon locale et pour ce qui est du personnel soignant, le personnel des soins intensifs a été aidé par le personnel du bloc opératoire en particulier ceux disposant de compétences dans l'utilisation de respirateurs. Les autres ont été recrutés dans le personnel soignant sur base d'un diplôme jusque-là inexploité (en soins intensifs) ou après une formation pratique sur le terrain (en binôme).

Absentéisme des médecins : quasiment nul tant dans la première que dans la deuxième vague. Dans la première vague cependant de nombreux médecins étaient inactifs et sont restés à domicile (les chirurgiens par exemple) ou se relayaient pour effectuer des soins d'urgence.

Nous disposons des chiffres de séroconversion des différentes professions dans notre hôpital tant pour les soignants que pour les « administratifs ». Ces chiffres sont éloquents, je peux vous les montrer. Ils démontrent de façon claire que le personnel soignant a davantage été exposé et contaminé par le virus que le personnel non soignant (14,3 % vs 6,2 %). Contrairement à certaines idées reçues, répandues par des « experts » d'autorités nationales, et même par des autorités politiques, il y a donc un lien direct entre la prise en charge des patients Covid et la contamination. Cette étude sérologique sur plusieurs milliers de membres de notre personnel a été effectuée après la première vague entre le 19/06 et le 11/08/2020.

Travail des médecins : certains médecins ont presté davantage en particulier les disciplines de médecine interne. Pour les soins intensifs, les médecins ont été aidés par les anesthésistes et en pratique n'ont pas travaillé plus que d'habitude. Pour les

autres médecins, s'ils ont travaillé dans une unité Covid c'était au détriment d'une perte de leur activité mais pas en « alignant » les heures de travail. Suffisamment de médecins spécialistes ont pu être disponibles pour prendre en charge tous les patients que nous avons dû traiter. Le personnel de direction a cependant été particulièrement sollicité de même que les médecins coordinateurs Covid avec une disponibilité 7j/7 et 24h/24.

Durant la première vague, comme mentionné ci-dessus, ce sont essentiellement les médecins spécialistes concernés « internistes, pneumologues, intensivistes, gériatres, urgentistes, ... » qui ont été impliqués. Durant la deuxième vague (surtout octobre et novembre), tous les spécialistes ont été impliqués, tous les médecins ont eu la chance de récupérer et de prendre leurs congés. Cela a d'ailleurs un peu freiné la reprise après la première vague.

La présence de médecins en suffisance : compte tenu de l'implication et d'une solidarité financière de tous les médecins de l'hôpital, il n'y a pas eu de déficience en supervision.

A priori, nous n'avons pas constaté que dans les unités de soins intensifs nouvellement créées le pronostic était moins bon. Nous avons veillé à encadrer les patients aussi bien dans nos unités que dans les unités de soins intensifs habituels. Il faut dire que durant la première vague nous avons utilisé uniquement des infrastructures spécifiques de soins intensifs puisque nous avons « la chance » de disposer d'une unité de soins intensifs inutilisée qui a pu être rouverte rapidement. Dans le courant de la deuxième vague, nous avons créé une unité « PACU » (Post Anesthesia Care Unit) dans une salle de réveil mais avec un environnement médical très performant. La littérature a cependant fait mention de soins dégradés dans ce genre de situation et l'on peut imaginer que dans des hôpitaux à moindre taille et moins bien staffés et équipés cela a pu être le cas.

Comment mieux organiser les soins pour que tous les patients soient bien soignés ? Personnellement, je pense qu'à terme il faudra prévoir des hôpitaux de référence plus nombreux qui très rapidement peuvent mobiliser des lits spécifiques et augmenter leur capacité de soins intensifs plutôt que des hôpitaux de campagne qui n'ont pas de sens. Cela a d'ailleurs été démontré par la relative inutilité de l'implication de l'armée (en Wallonie, ces structures ont peiné pour remplir leurs lits). Il en a été de même d'autres initiatives qui à priori étaient plus destinées à donner le change face à l'opinion publique et ne correspondait pas aux réels besoins du terrain.

Medium care : c'est effectivement ce qui a été réalisé par ce que nous avons appelé le PACU. Cela peut se montrer efficace en particulier aussi pour des patients intermédiaires mais le problème est d'avoir le personnel suffisant hors d'une période de crise bien plus que de disposer des lits. Enfin, nous avons grâce à l'aide de nos propres spécialistes en troubles respiratoires pu faire fonctionner avec succès des lits à très haut débit d'oxygène (high flow ventilation) pour une certaine catégorie de patients.

Prise en charge de patients dans des unités de soins normales : à aucun moment, des patients ont été « ventilés » dans des unités de soins normales cela n'est pas possible si ce n'est comme mentionné ci-dessus avec des systèmes non invasifs à très haut flow d'oxygène (néanmoins cela nécessite qu'il soit possible dans ces unités de délivrer un débit d'oxygène suffisant et qu'elles soient à proximité des soins intensifs). Idéalement, des patients doivent être pris aux soins intensifs et ne doivent

rester dans l'unité normale que sur surveillance stricte car avec la Covid il peut y avoir une dégradation rapide de leur état respiratoire. Compte tenu du nombre actuel de patients Covid il vaut mieux éviter ce genre de situations qui se révèle potentiellement à risque.

Age des patients : dans la deuxième vague effectivement nous avons l'impression que nous avons eu aux soins intensifs des patients plus jeunes surtout de sexe masculin et presque toujours en surpoids. L'âge tout seul n'a jamais été un critère d'admission aux soins intensifs mais un ensemble d'éléments cliniques et paracliniques y compris la volonté du patient (via un « projet thérapeutique » réalisé pour chaque patient).

Comity hospital and surge capacity. J'ai été de temps en temps interrogé par cette structure.

Nous n'avons reçu aucune directive à ce sujet. Nous avons pu compter sur l'aide d'épidémiologistes extérieurs mais nous en avons également engagé un et nous disposons évidemment des chiffres fournis notamment au niveau provincial.

Suivi des patients à domicile : nous n'avons reçu aucune directive en ce sens ni aide pour développer cette possibilité alors que nous promouvons l'hospitalisation à domicile.

Implémentation de la nouvelle loi (novembre 2020) pour l'augmentation du personnel d'encadrement : nous avons fait appel uniquement à des « jeunes pensionnés » (mais toujours ayant le diplôme adéquat), nous n'avons pas fait appel à des volontaires. Ma vision de cette loi est qu'il s'agit d'une mauvaise loi qui dégrade le diplôme et la profession des soignants. Pour les équipes c'est une fiction totalement inutile et à aucun moment nous n'avons dû dégrader les soins pour en arriver là.

Rôle au cœur de la crise sanitaire : les directions médicales ont été complètement impliquées dans la prise en charge de la crise sanitaire.

A part des initiatives personnelles, il n'y a pas eu de concertation avec les autorités politiques durant la 1^{ère} vague. Nos fédérations n'ont pas été appelées. Les premiers réels appels ont eu lieu au décours de la première vague pour la reprise des activités sous l'impulsion notamment de Monsieur Pedro Facon. Durant la 2^e vague, des contacts ont été pris et la gestion politique a été un peu plus efficace. L'échange d'information a cependant été limité. A noter cependant que durant la 2^e vague, le Ministre actuel Monsieur Vandenberghe et le commissaire Pedro Facon ont été clairement plus présents et j'ai pu participer à certaines réunions virtuelles avec eux. Cela a été clairement un point positif par rapport à la 1^{ère} vague.

5.3. Plan de la répartition des patients entre les hôpitaux.

J'ai entendu dire qu'effectivement certains patients âgés ont été reçus de façon plus restreinte dans quelques hôpitaux. Il semble parfois que des limites d'âge aient été mises. Cela n'a jamais été le cas dans notre hôpital et c'est peut être une des raisons pour laquelle nous avons eu tant de patients âgés pris en charge dans nos structures. Nous n'avons jamais refusé des patients de MRS même s'il semble que cela ait pu être le cas dans d'autres institutions. Nous avons d'ailleurs à quelques reprises envoyé des équipes de smuristes dans les MRS de la région au moment où

celles-ci n'arrivaient plus à un triage parmi les trop nombreux patients qu'elles avaient.

- Mise en place de centre de triage : je ne sais pas très bien de quoi on parle, si tri il y a eu dans des MRS, cela a été effectué par nos propres équipes.
- En Wallonie, effectivement, il ne semble pas y avoir eu de centre de triage, c'est en lisant la question que j'entends parler de cette structure.

Information pour pouvoir transférer les patients.

C'est clairement une donnée qui a manqué. Nous n'avions, en particulier lors de la 2^e vague, aucune vision globale de disponibilité dans les autres hôpitaux. Néanmoins, l'inspection d'hygiène provinciale (relevant du fédéral) a pu nous aider. Des transferts ont été réalisés notamment depuis Bruxelles vers la Wallonie en début de la 2^e vague alors que la situation devenait aussi critique dans cette région. Ces chiffres ont été volontairement cachés aux directions médicales, ce qui pour moi, n'a pas été une bonne manière de faire.

En ce qui concerne les centres de triage, à ma connaissance, comme mentionné ci-dessus le triage n'a été effectué que dans nos structures en particulier aux urgences. Le temps d'attente y était adapté aux besoins des patients.

Report de soins :

Clairement des patients n'ont pas eu les soins adaptés à leur situation mais non pas par la faute de l'hôpital mais par la faute du retard mis soit par eux-mêmes soit par leur médecin traitant pour se rendre à l'hôpital. On peut citer des patients présentant des AVC, des infarctus ou parfois même développant les 1^{ers} symptômes d'un cancer. Le diagnostic des cancers a été particulièrement altéré durant toute cette période de crise et l'est encore (un bel exemple est la diminution du nombre de mammographies effectuées et l'apparition de tumeurs un peu plus sévères qui doivent être maintenant prises en charge quand elles sont symptomatiques). Jamais des soins nécessaires n'ont été refusés et ce durant les 2 vagues. Les consultations par téléphone ou par vidéo-conférence ont probablement aussi eu un impact négatif sur la qualité des soins.

Comme je l'ai expliqué précédemment, nous avons mis en place des critères d'admission aux soins intensifs mais cela a toujours été basé sur « projet thérapeutique ». Il n'y a eu aucune directive dans mon hôpital pour ne pas prendre tant en unités de soins classiques qu'aux soins intensifs des personnes émanant d'une maison de repos. Les contacts avec la première ligne de soins en particulier généralistes, ont été renforcés et étaient bons même si probablement peur d'encombrer l'hôpital parfois certains médecins ont préféré ne pas référer directement les patients à l'hôpital alors qu'ils le nécessitaient. Notre coordinateur Covid qui était également coordinateur PUH de la province du Hainaut avait des contacts réguliers avec les coordinateurs des médecins généralistes et donc nous connaissions le taux de contamination notamment dans les maisons de repos (relevé effectué par certains médecins généralistes).

Transfert des patients :

Cela s'est en général très bien déroulé avec l'aide de l'inspection d'hygiène fédérale. Il aurait cependant fallu, en Wallonie, transférer plus tôt les patients (en Flandre ou à l'étranger), le mouvement a été initié trop tard. A la fin de la 2^e vague, certains transferts de patients ont été effectués par l'armée ; c'est peut-être la seule utilité qu'il faut retenir de leur intervention auprès des hôpitaux.

Hospitalisation :

L'hospitalisation des personnes âgées des maisons de repos. Comme mentionné ci-dessus, il n'y a pas eu de réel problème à ce niveau. Nous avons toujours accepté les patients des maisons de repos à tel point que c'était connu dans la région et que de très nombreuses maisons de repos qui n'étaient pas « affiliées » auprès de notre hôpital (ou ayant une convention avec celui-ci nous ont référé des patients (notamment de nombreuses maisons MRS dépendant du CPAS). Une des raisons du faible taux d'admissions de patients à partir des MR et des MRS est aussi liée au fait que celles-ci pensaient qu'elles ne pouvaient pas envoyer les patients dans les hôpitaux. C'est clairement le témoignage que nous avons reçu. De notre côté, je le répète, il n'y a eu aucun obstacle à ce transfert.

5.4. Choix des circuits de production et de distribution :

Clairement, nous estimons que la quantité des moyens de protection qui ont été achetés et distribués n'a pas été efficace. D'une part cela s'est fait trop tard au niveau fédéral, l'achat alors massif a complètement bouleversé l'approvisionnement habituel des hôpitaux et trop souvent nous avons reçu du matériel qui n'était pas adéquat et qui ne répondait pas aux normes que nous nous fixons à l'hôpital. Au moins, après quelques semaines, lors de la 1^{ère} vague, nous avons pu disposer de matériel correct et la distribution via la province était faite de façon fonctionnelle avec l'aide notamment de l'armée. Le fonctionnement des centres provinciaux n'est pas à remettre en cause mais bien la façon dont ceux-ci ont été fournis.

Le pourcentage de personnes sans moyen de protection : comme je l'ai déjà expliqué, nous avons toujours pu suivre les prescrits officiels (qui cependant sont devenus de plus en plus contraignants il faut bien le reconnaître, en fonction de la meilleure connaissance de la maladie). Nous avons eu la chance de toujours disposer d'un minimum de masques FFP2, de gants. Le manque le plus criant a été celui de surblouses mais nous avons pu compenser cela par l'aide de bénévoles. En ce qui concerne les visières, à nouveau ce sont des bénévoles qui nous ont aidés : via des industries de la région qui ont confectionné des visières de protection dont nous disposons maintenant en très grande quantité. Avec le recul, probablement que durant le 1^{er} mois de la 1^{ère} vague, certains médecins spécialistes en contact proche avec les patients n'ont pas pu disposer d'un masque FFP2 alors que maintenant nous leur accordons. On peut penser aussi aux dentistes. Actuellement, tous les médecins ayant en charge les patients avec la Covid, disposent de l'ensemble du matériel nécessaire. Si les masques FFP2 ne sont pas généralisés, ils sont utilisés toujours dans les situations qui l'imposent et parfois même de façon préventive.

A priori, je ne suis pas au courant de différence régionale à la mise à disposition de matériel de prévention. Il faut cependant noter que certains hôpitaux avaient un meilleur stock que d'autres et ont pu mieux protéger leur personnel.

Dans ce contexte, notre service d'achat a été extrêmement proactif et ce dès le mois de février même si nous avons craint à certains moments de manquer au début de la crise de solution hydro-alcoolique. A nouveau des aides d'entrepreneurs locaux (distillerie, ...) nous ont permis de disposer de matériel adéquat.

J'ai appris que certains médecins de la 1^{ère} ligne ont dû attendre très longtemps pour bénéficier d'un matériel de protection mais cela n'a pas été le cas dans notre hôpital.

5.5. Disponibilité, distribution des biens et produits à lutte contre la pandémie

Disponibilité du matériel de protection : en suffisance.

Au début de la première vague, nous manquions de matériel et surtout nous risquions d'être à court.

Dans notre institution, heureusement, nous avons disposé de stocks suffisants mais à certains moments, cela a été limite. Il a fallu s'approvisionner en visières (ce qui était nouveau) et surtout en surblouses de protection. Nous avons pu faire cela grâce à des bénévoles et des industries de la région.

Pour ce qui est des masques, très rapidement, les FFP2 ont manqué et nous les avons rationnés au début en les réservant aux personnes les plus exposées.

Néanmoins, nous avons toujours pu respecter les directives et mises notamment par Sciensano mais qui progressivement sont devenus de plus en plus restrictives.

Communication des autorités :

Pour ce qui est de la prévention et des traitements ou soins, nous avons reçu les instructions de Sciensano mais nous avons aussi dû nous baser sur des recommandations internationales, clairement celles-ci ont évolué au cours du temps.

Utilisation d'hydroxychloroquine :

Au début de la première vague, celle-ci a été utilisée très fréquemment à défaut de mieux, c'était le gold standard de l'époque mais très rapidement, compte tenu de la pauvreté des preuves scientifiques avancées, nous avons progressivement interrompu ce traitement au cours du mois d'avril 2020. Les traitements n'ont pas été identiques d'hôpital à hôpital puisqu'il n'y avait pas de directive officielle. Pour ce qui est des traitements nous nous sommes clairement basés sur les littératures internationales, nous n'avons pas attendu des recommandations belges qui d'ailleurs n'existent toujours pas. Chaque hôpital a pu fonctionner à sa manière mais nous avons quand même pris des contacts avec d'autres institutions via notamment les infectiologues pour connaître leurs schémas thérapeutiques. L'Ivermectine n'a jamais été utilisée dans notre hôpital et est clairement remis en cause. Le Remdesivir a été un tout petit peu utilisé au cours de la première vague avant que la littérature démontre que ce traitement n'était pas utile.

Avis des syndicats : ce n'est pas le rôle des syndicats, c'est celui de la communauté scientifique. Nous n'avons d'ailleurs pas reçu de consignes de la part de ceux-ci.

Pour ce qui est des référéncements à l'hôpital, la question ne semble pas orientée vers les directeurs médicaux mais en tout cas, nous avons eu beaucoup d'appels de médecins de la première ligne (médecins traitants) pour savoir s'ils devaient ou pas référer un patient et nous avons tenté de les guider au mieux dans chaque situation.

Nous avons actuellement suffisamment de matériels de protection individuelle, de matériels de tests mais par contre, il persiste toujours des difficultés à obtenir une analyse pour détecter les nouveaux variants. Nous devons nous référer à des laboratoires de référence, et cela prend parfois plus d'une semaine pour obtenir le

résultat. Clairement, cela a également été une difficulté en début de première vague lorsque nous n'étions pas équipés pour mettre en évidence le Covid. Nous avons dû acquérir une première machine et nous avons ensuite fait l'acquisition d'une deuxième machine permettant de traiter davantage de tests par jour.

Evolution dans le traitement des patients Covid-19 :

Oui, effectivement, au cours du temps, le traitement a évolué. Progressivement, la connaissance sur l'intérêt des corticoïdes et des anticoagulants est arrivée. Nous en savons beaucoup plus et probablement que les patients sont mieux soignés (de façon certaine) qu'au début de la première vague où nous découvrons comme tout le monde cette maladie. Ce sont les médecins qui décident quels traitements doivent être administrés. Ils jouissent d'une liberté thérapeutique mais dans l'hôpital, il y a une concertation entre les acteurs les plus compétents et, à un moment précis, tous les patients sont traités de la même façon.

L'évolution des connaissances est directement implémentée dans chaque service.

Utilisation off-label : s'il y a des recommandations scientifiques claires, nous pouvons y recourir. Pour l'Ivermectine, la vitamine D, la vitamine C et le Ubiquinone il n'y a aucune preuve scientifique établie, même si certains médecins soutiennent cela mais il ne s'agit en général pas de médecins hospitaliers. Le Remdesivir a été soutenu en début de première vague, avant d'être remplacé par des traitements plus efficaces.

Etudes pour évaluer les traitements : oui, il y a suffisamment d'études. On pourrait presque dire qu'il y en a trop et qu'il est parfois difficile de s'y retrouver. Néanmoins, durant les deux vagues, nous avons organisé une veille scientifique afin d'aider les médecins et régulièrement, des réunions ont été tenues pour mettre à jour les connaissances de chacun. Nous avons participé à des études cliniques mais clairement, cela a dû se faire en interne. Cela requiert des ressources humaines considérables, sans parler des besoins financiers. Certaines études ont été menées au niveau national (via Sciensano). La plus grande difficulté est de disposer du personnel pour gérer ces études. Par chance, nous sommes un hôpital où nous réalisons beaucoup d'études cliniques et nous avons une cellule de recherches cliniques qui nous a fortement aidés.

Voir réponses ci-dessus.

Application dans la stratégie de vaccination :

La stratégie de vaccination montre aussi ses faiblesses. Nous n'avons pas été suffisamment impliqués même si personnellement, j'ai interpellé au niveau régional les acteurs principaux (que je connais).

Pour ce qui est de la mise sur place des centres de vaccination, nous avons donné notre avis pour la Ville de Charleroi et participons en tant que Hub aux premiers pas de la vaccination en Belgique.

Approvisionnement en oxygène :

Nous avons à nouveau dû anticiper et prévu d'augmenter la capacité de nos réservoirs à oxygène sur nos deux sites principaux. Grâce à cela, nous n'avons eu aucun manque en oxygène durant la deuxième vague où la consommation d'oxygène a été nettement plus intense que durant la première vague.

Lettre ouverte des soignants :

Je pense que l'appel des soignants a été entendu, même si la politique de vaccination fait que différents groupes doivent être vaccinés en parallèle. La mise sur le même pied des soignants de première ligne qui passent après les hospitaliers, certains centres de handicap (où le risque en dehors de l'aspect communautaires et des difficultés d'utiliser des moyens de protection individuelle n'est absolument pas plus élevé que dans la population générale) n'est pas normale. Dans ce contexte, les soignants hospitaliers ont été un peu favorisés mais clairement il faut protéger le système de soins en cas de nouvelle vague.

Stock de matériel de protection durant la première vague :

Comme déjà longuement expliqué, nous avons-nous-même anticipé la première vague et augmenté notre stock. Cependant, celui-ci a été à un certain moment très critique. Les recommandations du port du masque ont évolué régulièrement. A posteriori, elles étaient clairement insuffisantes en début de première vague, mais, en savait-on suffisamment pour en recommander davantage ? De nombreux experts, n'oublions pas, durant le début de la première vague, considéraient que le port du masque était inutile dans les lieux publics, etc. Nous constatons d'ailleurs encore maintenant que les recommandations sont encore adaptées puisqu'on veut imposer le masque chirurgical partout, certains pays recommandent le masque FFP2 dans les transports en commun (par exemple, l'Allemagne).

Il y a un débat sur le port du masque chez les enfants à partir de 6 ans plutôt que 12 ans. Cela pose un problème dans les hôpitaux dans la mesure où c'est ceux-ci qui doivent édicter leur propre réglementation (notamment pour les visiteurs) avec d'éventuelles frictions aux entrées de l'hôpital (le public ne comprenant pas pourquoi nous avons parfois des mesures plus strictes que celles qui prévalent dans les lieux publics ou ne comprenant même pas pourquoi ces dernières sont mises en place).

5.6. Disponibilité des tests et organisation du traçage des contacts :

La mise à disponibilité efficace de tests PCR (d'une part, le matériel pour réaliser les frottis, d'autre part, une analyse rapide) n'a pu être établie qu'à partir du mois d'avril. Nous avons en effet, dès le début de la crise, commandé une machine mais elle a mis près de 8 semaines à être disponible. Nous avons ensuite commandé une autre machine nous permettant de réaliser des tests à plus grande échelle, cela dès l'été. Il y a eu disponibilité des tests variables d'hôpital à hôpital et de région à région compte tenu au départ de la disponibilité limitée des laboratoires de référence. A ma connaissance, il n'y avait pas de relation entre le nombre de tests et le nombre de personnes contaminées, même si bien sûr de nombreux cas asymptomatiques n'ont pas été détectés en début de la première vague compte tenu du nombre restreint des tests.

Il y a clairement eu une différence établie entre mourir avec la Covid-19 et mourir à cause de la Covid-19 puisque les causes de décès sont détaillées. Il y avait bien sûr des différences évidentes : si un patient décède suite à un traumatisme crânien alors qu'il est porteur de la Covid-19, le diagnostic fatal ne pose pas de problème. Il a pu y avoir des cas ambigus comme par exemple une embolie pulmonaire massive chez un patient porteur de la Covid-19. Était-ce à cause de cette maladie ou sans aucune relation ? Il est possible que certains cas, mais probablement un nombre restreint, ait ainsi pu être incertain.

Nous disposons maintenant de suffisamment de matériel de protection, de matériel de tests et d'autres matériels médicaux nécessaires à lutte contre la Covid.

Critères de testing et leur évolution

Cela n'a pas été évident à gérer en particulier lorsque Sciensano a changé certaines définitions de cas. Les différences dans les tests n'ont pas eu un impact considérable.

A aucun moment, les soignants dans notre hôpital n'ont dû poursuivre leur travail en étant légèrement symptomatiques si pas même asymptomatiques. Je sais que cela a été le cas dans d'autres institutions. Mais dans notre institutions, nous avons appliqué une politique où à priori, toute personne positive était écartée sauf dans certains cas où la personne était clairement asymptomatique et travaillait dans une unité Covid. Dans ce cas, c'était uniquement sur demande de la personne (cela a été le cas par exemple de certains médecins).

5.7. Capacité de dépistage et politique de dépistage, notamment au regard d'autres pays européens

Nos médecins ont toujours suivi les critères nationaux et testé ceux qui devaient l'être. Il n'y a pas eu de réalisation de tests PCR uniquement pour rassurer certaines personnes, et, bien sûr, dans les cas suspects, on a toujours procédé à ces tests (à ma connaissance d'ailleurs, il n'y a pas eu de restriction à ce niveau). Il y a cependant une petite nuance : en début de l'épidémie, nous ne disposions pas suffisamment de capacité de tests (au niveau des laboratoires) pour tester toutes les personnes qui auraient pu l'être. Nous avons eu ensuite des difficultés pour nous approvisionner en écouvillons mais avons toujours pu trouver des solutions contrairement à nos craintes. Ce n'a donc pas été dans notre cas un élément restrictif.

5.8. Relations éco-opérations avec les pays voisins, institutions européennes internationales

Les médecins, en particulier via les sociétés savantes (mais pas via les syndicats) ont bien sûr établi des contacts avec leurs collègues au niveau européen mais aussi mondial pour avoir davantage d'informations et s'échanger les bonnes pratiques, en particulier en début d'épidémie. L'expérience italienne a été utile. Ce sont les réseaux habituels d'échanges qui ont fonctionné : sociétés savantes, littérature, ...

5.9. Dépistage et recherches – laboratoires cliniques, industries pharmaceutiques

Nous avons alimenté d'énormes bases de données via un travail administratif très lourd. Nous n'avons cependant pas l'impression que la surveillance des hôpitaux a été suffisamment partagée. Un retour efficace n'a pas toujours été rendu sur le terrain. C'est essentiellement via Sciensano que nous avons eu des informations. Certaines données ont été gardées et il a été clairement dit que celles-ci ne seraient pas communiquées (notamment la mortalité et à certains moments, les taux d'occupation, ...). Je pense que l'on pourrait surement tirer davantage d'informations de ces données, la réglementation sur la protection de la vie privée n'a pas toujours été respectée dans la collecte de ces données et un flou important en particulier en début de pandémie a été maintenu quant à ce point spécifique.

Il n'est pas possible actuellement de pouvoir comparer les taux de mortalité dans les différents hôpitaux. Nous avons reçu quelques données à ce niveau. Il semble y avoir des différences mais une analyse approfondie sur les causes de décès, l'âge des

patients et comorbidité n'a pas été poussée à son terme. Nous avons reçu ces données après la première vague. Il serait plus utile de pouvoir en disposer de façon plus précoce pour éventuellement ajuster certaines pratiques

Actuellement, nous pouvons avoir les résultats d'un patient positif en quelques heures (cela peut durer un peu plus longtemps la nuit). Ce chiffre a clairement été réduit au cours de la pandémie puisqu'au début, il fallait plusieurs jours. Il persiste cependant encore d'énormes difficultés pour obtenir rapidement des résultats de possibles variants du virus. C'est le problème qui nous préoccupe actuellement. Il n'y a que quelques laboratoires de référence et parfois, cela prend plus d'une semaine pour en obtenir les résultats.

La marge d'erreur des tests PCR s'est clairement améliorée avec l'apparition de nouvelles machines et méthodes. Nous sommes malheureusement toujours aux alentours de 30/100 de faux négatifs. Ce chiffre dépend du stade de l'affection et surtout de la qualité du frottis réalisé. En cas de doute, c'est clairement la clinique qui prime (mais aussi des examens paracliniques comme le scanner).

6. Accompagnement opérationnel et soutien financier

Les hôpitaux et les médecins en formation ont été soutenus durant la première vague par les autorités. Ils ont dû s'organiser. La crise a clairement été gérée en premier lieu par les hôpitaux qui ont servi de Hub pour la prise en charge des patients et pour le soutien de la première ligne et des maisons de repos. Chacun à son niveau a dû s'organiser pour trouver le matériel adéquat pour s'approvisionner en machines de laboratoire, respirateurs, etc.

Des leçons ont été tirées de la première vague mais pas toujours au niveau de l'organisation efficiente des soins. Il y a eu l'apparition d'une gestion plus centrale de l'épidémie. Durant la première vague, c'était clairement « un cafouillage » entre différents niveaux de pouvoir. Il existe encore maintenant mais c'est moins perceptible. Les experts qui aidaient les autorités à prendre des décisions n'étaient pas toujours des personnes de terrain, en particulier les médecins chefs n'ont pas été écoutés. Nous avons écrit à l'ancienne Ministre de la santé. Nous n'avons pas eu de réponse. Un SWOT n'aurait rien changé à la situation.

À partir du moment où il y a eu un nouveau gouvernement, la situation a évolué. Le nouveau Ministre de la santé a restauré un contact avec les autorités des hôpitaux.

L'organisation des visites dans les hôpitaux est effectivement effectuée depuis juin par chacun de ceux-ci. Il n'y a pas de réglementation générale à ce niveau.

La réservation de la capacité des lits pour la Covid-19 n'est effectivement plus trop suivie mais il faut reconnaître que le maintien d'un PUH à long terme n'a aucun sens. Ce type d'organisation est normalement prévu pour être activé de façon temporaire et non permanente. De façon réaliste cependant, on peut estimer que la plupart des hôpitaux peuvent réactiver le nombre de lits réservés instantanément.

Je veux parler de la période actuelle (après la fin de la deuxième vague) mais durant la 2^{ème} vague, clairement, les lits réservés ont été attribués aux patients Covid. Ce n'est plus le cas maintenant. Certaines institutions de soins ne semblent pas avoir « joué le jeu » en

continuant une activité non liée au Covid et pas nécessairement urgente. Ce n'est pas le cas de la majorité des institutions de soins qui ont clairement déprogrammé de nombreuses interventions et respecté les prescrits fédéraux.

Le plan d'urgence hospitalier a été mis en application. Il faut reconnaître qu'il y avait une certaine impréparation puisque le concept a été modifié (passage de MASH à PUH). Personne n'était préparé à une telle crise mais, en gros, les gens s'y sont bien adaptés et nous avons maintenant bénéficié d'un entraînement en situation réelle.

Les médecins n'ont clairement pas été suffisamment impliqués dans les décisions de l'HTSC et en particulier les médecins chefs. Nous n'avons pas toujours compris les directives variables qui ont pu en émaner.

Echanges de données

Nous avons fourni une énorme quantité de données aux différents niveaux d'autorité, et ce au prix d'une surcharge administrative à la limite du supportable. Le retour n'a pas toujours été à la hauteur de l'investissement. Les réseaux locorégionaux et une solidarité régionale a très bien fonctionné. Au-delà, c'est bien moins clair. Nous avons fait appel à différents experts indépendants comme par exemple de l'équipe d'épidémiologie universitaire de Namur pour nous aider à tenter d'évaluer l'évolution de la situation et ainsi mieux nous y préparer.

Des médecins indépendants, statisticiens nous renseignaient également en fonction des chiffres dont ils pouvaient disposer. Ces données étaient souvent plus utiles que celles que nous avons reçues des autorités.

La mise sur pied des centres de triage en collaboration avec les médecins traitants a été un succès. Néanmoins, tout le travail logistique des hôpitaux n'a pas été rémunéré dans ce cadre, en tout cas pas suffisamment. Le mauvais retour financier n'a pas eu d'influence sur le fonctionnement de ces centres.

L'impact des mesures d'économie sur les soins de santé a été évident mais limité dans la mesure où la Belgique n'avait pas encore rationalisé de façon assez extrême contrairement à d'autres pays (par exemple, la France), le nombre de lits ou d'autres éléments. Ça s'est ressenti davantage au niveau des ressources humaines (personnel de soins). Je pense qu'il faut tirer des leçons de la crise. Cela semble être actuellement le cas puisque certains pourfendeurs du système hospitalier (par exemple les mutuelles) ont préféré adopter maintenant un profil bas mais l'on sent qu'ils vont revenir à la charge. Il faut absolument garder une capacité suffisante tant au niveau des unités de soins que des soins intensifs et surtout permettre un encadrement suffisant. La crise a clairement été un élément qui a permis de soutenir les « blouses blanches » et c'est une bonne chose.

Mesures prises pour remédier à la pénurie.

Il faut renforcer l'attractivité professionnelle de soins. Soutenir les ressources sur le terrain est au moins aussi important que le salaire.

Le personnel doit être davantage reconnu. Il faut noter que si le personnel était soutenu par le public durant la première vague, ça n'a plus été le cas à partir de la deuxième vague et maintenant, il n'est plus du tout respecté. Il est même régulièrement agressé et c'est déplorable.

Le personnel hospitalier s'est à très juste titre plaint d'être inondé de paperasserie. Les demandes des différentes autorités ont été redondantes, parfois contradictoires et, outre

la charge de travail énorme, nous ne savons parfois toujours pas à quoi la collecte de ces données a pu servir. Nous n'avons souvent pas eu de retour sur tout ce travail fourni. Au niveau fédéral, il y a eu, entre les deux vagues, un allègement du reporting quotidien. Cela s'est un peu amélioré puisque les données à fournir se sont un peu davantage centralisées.

7. Effets de la crise – soins non liés au virus - Long covid, soins reportés

Nous sommes confrontés, en particulier dans le domaine de l'oncologie, à cette problématique. Le dépistage, même s'il était toujours possible, n'a plus fonctionné de façon efficace.

C'est malheureusement encore le cas. Les gens sont toujours réticents à réaliser des examens lorsqu'ils sont asymptomatiques ou pauci-symptomatiques. Aujourd'hui encore, le nombre de mammographies n'est pas revenu au nombre antérieur de la crise. Il en est de même des coloscopies, etc.

Clairement, les patients maintenant arrivent avec des symptômes que nous n'avions plus l'habitude de voir. Il faut absolument restaurer la confiance du public dans les hôpitaux (bien faire comprendre aux gens qu'ils ne risquent pas de se faire contaminer en se rendant dans un hôpital).

Conséquences à long terme du Covid

Il y a effectivement des patients qui souffrent des conséquences à long terme du Covid. Cela va de la fatigue jusqu'à l'insuffisance respiratoire, des problèmes locomoteurs, des troubles rénaux, ... il y a également toute la symptomatologie psychiatrique, en particulier chez les patients qui ont été longtemps pris en charge aux soins intensifs.

Nous avons créé une équipe pluridisciplinaire pour prendre en charge ces patients. Il faut absolument que ce type d'efforts soit soutenu et reconnu. Il s'agit cependant d'une pathologie nouvelle encore mal connue pour laquelle des études doivent être réalisées.

Il y a eu des contaminations dans le personnel médical et de soins. Les premiers touchés ont été les urgentistes. Cela se voit dans les statistiques de sérologie. Nous avons réalisé une très grande enquête durant l'été, entre les deux vagues.

Nous n'avons eu aucun décès dans le personnel. Nous avons eu quelques membres de nos équipes qui ont été hospitalisés mais le nombre est relativement restreint. Nous avons également eu du personnel administratif qui probablement ne s'est pas contaminé à l'hôpital mais qui aussi a dû être soigné.

Je n'ai pas connaissance de séquelles de Covid parmi notre personnel en tout cas, à très long terme, même si nous avons eu quelques membres du personnel qui ont eu difficile à se remettre de leur infection.

Soins reportés

Clairement, c'est un problème majeur. Actuellement, il n'y a plus aucune contrainte qui ne permette pas à tout un chacun d'être soigné selon les critères d'avant la crise. C'est uniquement des réticences de la part des patients (mais peut-être aussi de certains médecins traitants) de se rendre à l'hôpital aussi précocement qu'avant.

Effectivement, de nombreuses disciplines médicales et des paramédicaux qui sont, rappelons-le, dans la plupart des cas indépendants, ont été impactés fortement niveau financier par le fait qu'ils ont moins travaillé. C'est une situation qui n'est pas mise en avant dans les médias contrairement à d'autres métiers. Dans notre hôpital, il y a une solidarité entre les médecins (il y a un plancher financier en-dessous duquel les médecins ne peuvent pas tomber). Pour ce qui est des paramédicaux indépendants, l'hôpital les a aidés financièrement durant la première vague.

8. Effets de la crise – soins de santé mentale

Nous avons soutenu les différents métiers de soins au niveau psychologique. Il faut noter que c'est essentiellement le soutien de groupe qui a été efficace et de façon informelle plus que le recours par exemple à un psychologue qui leur était offert. Et surtout, entre les vagues, nous avons pu constater les difficultés chez certains membres du personnel, en particulier les infirmières. Au niveau des médecins spécialistes hospitaliers, il n'y a pas réellement eu plus de problèmes que d'habitude.

En ce qui concerne notre santé mentale, il est clair qu'il faut être extrêmement résilient. La charge de travail sur les directions a été et est encore énorme (elle l'est déjà d'habitude). C'est le cas également pour tous les médecins qui exercent des responsabilités de gestion d'équipes. J'ai entendu parler effectivement de quelques cas de médecins en formation qui ont décidé d'arrêter celle-ci. Cela n'a pas été le cas de médecins travaillant dans mon institution. Par contre, au niveau infirmier, nous avons eu quelques infirmières fraîchement engagées qui ont préféré démissionner ne supportant pas la situation et le stress qui en découlaient et cela, en particulier au début de la deuxième vague.

Je n'ai pas connaissance de personnes qui sont encore en situation de stress intense

Comme mentionné précédemment, différentes initiatives ont été prises dans notre institution pour prendre ces personnes en charge. On peut regretter qu'au niveau régional ou fédéral, il n'y ait rien eu d'organisé. Dans notre hôpital, il y a eu, durant la deuxième vague, sur le terrain, des équipes de psychologues et de psychiatres pour soutenir nos équipes soignantes. Nous avons toujours un psychologue à la disposition de nos équipes, de même que notre propre service de santé mentale. Il faut noter que durant la crise, il n'y a pas que les soignants qui ont été impactés. Il y a quelques personnes dans l'administration qui ont également eu des difficultés vivant très mal le fait de travailler dans un hôpital. Parfois certains se sentaient « inutiles » et ont été heureux de nous aider par exemple pour la confection de blouses.

Communication :

A certains moments nous avons eu l'impression d'une rétention d'informations notamment sur les statistiques. Dans les hôpitaux par contre, la communication a été transparente.

Je ne suis pas médecin en formation néanmoins je pense qu'il n'y a pas eu d'information organisée par les autorités fédérales en leur faveur. Notamment, il a fallu attendre ces dernières semaines pour savoir comme ils allaient être compensés financièrement.

Les informations sur le virus ont été bien plus transmises via les organisations médicales et les sociétés savantes que par les autorités. Dans l'absolu, cela est finalement assez normal. La transmission de l'information a été parfois complexe, la situation s'est cependant progressivement améliorée.

L'information entre les différents niveaux de pouvoir n'a pas toujours été très claire en particulier durant la 1^{ère} vague. Il y a eu des changements notamment sur la définition des cas, ces mesures restaient incompréhensibles puisque cela fausse les statistiques. Les règles et réglementations ont trop souvent changé. Néanmoins avec le recul, c'est un peu compréhensible compte tenu du fait que nous avons été confrontés à une situation tout à fait nouvelle.

La communication de la part des autorités parfois était totalement déconnectée de la réalité du terrain en particulier durant la 1^{ère} vague.

Les informations qu'ont pu recevoir les médecins ont essentiellement été obtenues par les recours habituels. Il a fallu à certains moments chercher les informations. La cellule Sciensano s'est étoffée progressivement et est relativement utile. Nous avons cependant dû organiser à l'échelle de l'hôpital un site intranet avec toutes les informations les plus récentes et mis à jour régulièrement. Comme mentionné dans les questions précédentes, clairement, les médecins ont été inondés par trop de paperasserie. Nous avons d'ailleurs dû mettre sur pied une équipe médicale spécifique (sur base du volontariat) pour gérer les données à encoder. Les autorités ne nous ont pas et ne nous aident pas à ce niveau. La charge administrative est un peu moindre mais reste très lourde. Ce travail n'est pas très correctement financé par ailleurs.

9. Confinement et déconfinement :

A priori les autorités lors du déconfinement ont été attentives à la charge de travail. Il y a eu un effort louable de tenter de le faire de façon équivalente pour tous les hôpitaux. En tant que Président de l'AFMC, j'ai été consulté, ce fut un point important pour l'organisation de la reprise des soins. C'est un élément positif. Il est lié notamment à une initiative du commissaire fédéral Covid. C'est objectivement la 1^{ère} fois que l'on faisait appel à nous.

10. Gestion des aspects non médicaux liés à la crise :

C'est moi-même qui ai soulevé, avec le syndicat, la problématique de la formation des médecins en formation. Il ne faudrait pas que les médecins en formation soient pénalisés par cette crise même si l'on peut comprendre que celle-ci a pu avoir un impact négatif en particulier pour certaines spécialités (notamment chirurgicales) pour atteindre un nombre suffisant d'actes techniques.

A ma connaissance, pour l'instant, il n'y a pas encore eu de médecin qui n'a pas été reconnu à base ce de critère. Il faudra se montrer souple. Les médecins en formation, dans notre hôpital, ont toujours été supervisés de façon adéquate.

11. Les directions d'hôpitaux :

Ce point n'est pas relevant. Dès le début de la crise, nous avons créé une unité Covid composée de membres de la direction, y compris la direction générale, mais encadrés par différents médecins. Le directeur médical et le directeur des soins infirmiers sont tout à fait au courant des problèmes sur le terrain. Le directeur général dans notre institution a été également présent sur le terrain, de cette façon la crise a pu être gérée de façon efficiente. Je pense qu'actuellement il y a un bon équilibre au niveau des directions hospitalières.

12. Politique de santé publique en Belgique au niveau institutionnel :

Clairement le morcellement des compétences a montré toutes ses limites par son incohérence durant cette crise. Ce modèle est complètement à revoir. Chaque niveau de pouvoir, chaque ministre, a voulu gérer à sa manière la crise avec des conséquences néfastes. Les soins forment un tout de la prévention jusqu'aux soins à domicile, la réadaptation ...

La vaccination, comme chacun le sait, dépend des autorités fédérées, l'approvisionnement en vaccin étant fédéral montre aussi comme ce modèle n'est pas

tenable. Comment organiser une politique adéquate au niveau ne fût-ce que national ? Nous sommes face à une pandémie mondiale.

L'éclatement des niveaux du pouvoir, la besogne institutionnelle et l'absence d'un « commandement central sont pour moi les éléments majeurs de mauvaise gestion de la crise avec également l'absence de pouvoir entre les 2 vagues. Résultat : le démarrage de la 2^e vague extrêmement rapide, les décisions utiles n'ayant pas été prises durant la fin de la dernière législature.

En cas de pandémie ou de PUH, au niveau fédéral, il faut absolument qu'il y ait une coordination centrale ; celle-ci doit être beaucoup plus directe. Comment se fait-il que des informations du fédéral nous soient transmises par les autorités régionales. Cela donne d'ailleurs parfois une lecture de certains courriers très complexe, on ne sait plus très bien quel est l'interlocuteur et qui a rédigé les recommandations ce n'est qu'un simple exemple. A certains moments, on a constaté un discours discordant entre les niveaux de pouvoirs.

La politique dans les maisons de repos se faisait sans cohérence avec la politique fédérale. Lorsque l'on a affaire à une maladie comme la Covid qui touche l'ensemble de la population cela n'a aucun sens. C'est même clairement délétère.

Dr Manfredi VENTURA
Directeur Médical