

Commission spéciale COVID-19 de la Chambre

Réponses aux questions communiquées par écrit

Complément d'informations en réponse aux questions posées.

Maggie De Block
23 avril 2021

Sommaire

(IL FAUDRA HARMONISER LES TITRES AVEC LA SUITE DU DOCUMENT)

Introduction.....	Error! Bookmark not defined.
1. Répartition des compétences : pas de hiérarchie entre l'autorité fédérale et les entités fédérées	Error! Bookmark not defined.
2. Plan générique de lutte contre les pandémies – travail accompli	Error! Bookmark not defined.
3. Recommandations : continuer à miser sur l'attractivité de la profession	Error! Bookmark not defined.
3.1. Les effectifs infirmiers généraux	Error! Bookmark not defined.
3.2. Rémunération et attractivité de la profession	Error! Bookmark not defined.

Introduction

Les membres de la commission spéciale COVID-19 trouveront dans les pages qui suivent les réponses aux questions supplémentaires qu'ils ont posées. Trois thèmes seront abordés :

- la répartition des compétences dans la gestion de la crise ;
- un complément d'informations concernant le processus qui devait conduire à l'adoption d'un *Generic Pandemic Preparedness Plan* après la 6^e Réforme de l'État ;
- la profession d'infirmier durant la législature 2014-2019.

1. Répartition des compétences : pas de hiérarchie entre l'autorité fédérale et les entités fédérées

Lors de la sixième réforme de l'État, le législateur spécial s'est exprimé en faveur du maintien de la compétence en matière de pandémie dans le giron de l'autorité fédérale. Il a précisé à cet égard : "En outre, l'autorité fédérale reste compétente pour la politique de crise dans l'éventualité où une pandémie nécessiterait des mesures urgentes ." Or, le législateur n'a pas qualifié explicitement la gestion de crise nationale de compétence fédérale, contrairement par exemple aux mesures prophylactiques nationales, qui sont mentionnées à l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles.

Le Conseil d'État a souligné en l'espèce dans son avis n° 53932/AV du 23 août 2013 que : "Ce n'est pas parce que des mesures portent sur la lutte contre une crise touchant à la santé publique que l'autorité fédérale peut être réputée compétente. Au contraire, chaque autorité est responsable de la lutte contre une crise touchant à la santé publique dans les limites de ses propres compétences matérielles, ce qui n'exclut pas toutefois qu'un accord de coopération puisse être conclu à ce propos."

En d'autres termes, la gestion de crise en cas de pandémie n'ayant pas été inscrite dans la loi spéciale de réformes institutionnelles de 1980 comme le Conseil d'État l'avait recommandé et cette compétence n'ayant pas été confiée explicitement à l'autorité fédérale, les entités fédérées demeurent responsables de la gestion de crise dans les limites de leurs propres compétences.

On peut en conclure que si nous voulons dans le futur gérer plus efficacement les crises sanitaires nationales telles qu'une pandémie, il faudra indiquer clairement dans la loi spéciale de réformes institutionnelles qui est compétent pour quel aspect, en veillant de préférence, eu égard à ce que nous savons aujourd'hui, à centraliser autant que possible les compétences entre les mains d'une seule autorité et en prévoyant une hiérarchie claire.

2. Plan générique de lutte contre les pandémies – travail accompli

J'ai déjà évoqué les différents contacts qui ont eu lieu entre mon cabinet et le SPF Santé publique. J'ai notamment communiqué au président du SPF plusieurs notes vertes l'invitant à donner suite aux recommandations de l'audit réalisé par l'OMS en 2017. Cela montre bien l'importance que j'accordais à la question.

Je tiens à répéter que cet audit a été réalisé à notre demande. Cela aussi me semble prouver que notre pays a effectivement été proactif dans ce domaine. L'évaluation externe conjointe de l'OMS était du reste globalement très positive pour la Belgique et elle nous a aidés à définir un certain nombre de priorités : ainsi, la lutte contre la résistance aux antibiotiques a par exemple également été retenue en tant que priorité à côté du *Generic Pandemic Preparedness Plan*.

Les autorités belges ont investi dès 2015 dans l'élaboration d'un plan générique de gestion d'un incident ou d'une crise de santé publique. Au moment où la crise a éclaté, le RMG était déjà bien avancé dans cet exercice, qui visait toutes les urgences sanitaires ayant un impact national et se composait de plusieurs modules issus de différentes administrations sanitaires. Tous les niveaux de pouvoir, y compris les cabinets et administrations régionaux, ont été associés à l'exercice mené par le RMG.

Lors de la réunion du 21 mars 2019 du RMG, différents modules de plan de lutte contre les pandémies ont été présentés. Un retour d'information a été demandé avant le 29 mai 2019. Au total, le plan comprenait 12 modules, dont cinq ont déjà été présentés le 21 mars 2019 après l'introduction :

- Introduction : nécessité d'élaborer un Generic Pandemic Preparedness Plan, définitions, types de crises pouvant se produire (épidémies, crises liées aux médicaments, aux vaccins ou à d'autres produits de santé, crises dues à des événements climatiques ou météorologiques, crises liées à la sécurité alimentaire, etc.), description des structures et des plans existants en matière de gestion de crise dans notre pays ; ...
- Le module 1, qui décrit en détail les structures nationales et internationales de gestion de crise, y compris le cadre légal, les acteurs, les compétences, les différentes phases de la gestion de crise, ...
- Le module 2, qui concerne la définition de cas et le suivi épidémiologique.
- Le module 5, qui concerne le suivi des contacts et se penche sur la meilleure façon d'organiser celui-ci.
- Le module 9, qui porte sur la communication au public et aux professionnels.
- Le module 10, qui concerne le flux d'informations en temps de crise et les instruments nécessaires pour bien gérer ce flux.

Cinq autres modules ont été examinés au cours de la réunion du RMG du 20 juin 2019, réunion dont un compte rendu était attendu pour le 6 septembre 2019 au plus tard.

- Le module 4, sur le *case management*, comprenant notamment des directives sur le transport des patients et le traitement de groupes prioritaires.
- Le module 6, relatif aux mesures préventives et à l'identification et la mise en œuvre de mesures préventives efficaces (par exemple : vaccination, traitements médicamenteux, port du masque, désinfection des sites, etc.)
- Le module 7, sur la gestion des dépouilles mortelles et des restes d'animaux.
- Le module 8, sur la logistique en temps de crise (y compris le *business continuity planning*, les TIC, la téléphonie, etc.) et la gestion des stocks stratégiques.
- Le module 11, sur les mesures à prendre aux points d'accès comme les aéroports, les ports, etc.
- Par ailleurs, un 13^e module rassemblant des fiches techniques relatives à différentes affections a été ajouté à cette occasion.

Ces éléments indiquent qu'il n'est pas du tout vrai que la « préparation générale » (*general preparedness*) ne faisait pas partie des préoccupations des autorités, bien au contraire. Si l'on examine les différents chapitres de ce plan en cours d'élaboration, on se rend d'ailleurs immédiatement compte à quel point un tel exercice est difficile.

Dans le volet consacré aux mesures préventives, par exemple, la fermeture temporaire des écoles est évoquée comme moyen possible d'empêcher une crise de s'étendre. Mais ce dont il n'a pas du tout été question à l'époque, ce sont les conséquences à long terme de ce genre de mesures, par exemple sur la santé mentale des jeunes qui fréquentent l'école, mais aussi de leurs parents, qui voient soudain leur vie complètement bouleversée. Cela montre

immédiatement à quel point la crise actuelle est exceptionnelle et combien il est difficile de bien se préparer à une catastrophe telle que celle-ci. En tout cas, une chose est claire : nous devons poursuivre au plus vite les travaux du RMG sur le plan générique de lutte contre les pandémies et y apporter immédiatement les modifications nécessaires, car cette crise a mis en évidence des aspects auxquels personne n'aurait pu penser il y a deux ans.

Deux modules devaient encore être examinés :

- Le module 3, sur l'examen préalable de l'environnement ;
- Et le module 12, qui comprenait une méthodologie destinée à assurer des mises à jour de qualité du plan.

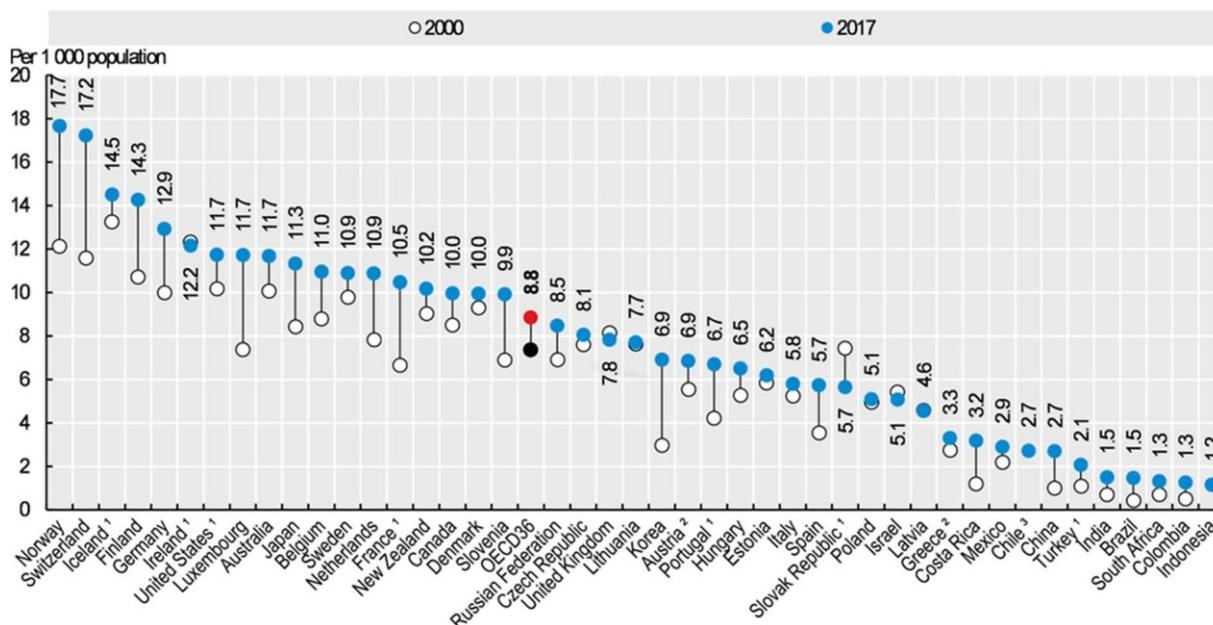
3. Recommandations : continuer à miser sur l'attractivité de la profession

Bien que des économies aient été réalisées dans le domaine des soins de santé, nous avons bel et bien pris des mesures afin de mieux rémunérer la profession d'infirmier, d'en améliorer la qualité et de la rendre plus attrayante. Nous devons continuer à investir dans notre personnel infirmier, même s'il apparaît à présent que certains ont une image faussée de la réalité, ce qui n'est pas justifié non plus.

Il est donc important de regarder où nous en sommes en Belgique actuellement et ce que nous pouvons encore faire.

3.1. Les effectifs infirmiers généraux

Selon l'OCDE, la Belgique ne comptait en 2000 que 8,7 infirmiers en exercice pour 1.000 habitants. En 2017, ce nombre était de 11 infirmiers en exercice. Ce chiffre est supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 8,8. Cela nous donne une toute petite avance sur les Pays-Bas (10,9) et la France (10,5).



Si l'on exprime ces chiffres en termes d'infirmiers disponibles pour les patients, c'est-à-dire le ratio de patients par infirmier, alors, selon le rapport n° 325 du KCE, la Belgique obtient un ratio général de 11 patients par infirmier ETP. Sur ce point, nous faisons mieux que l'Allemagne, où on compte un infirmier pour 13 patients, mais moins bien que les Pays-Bas, où ce ratio est de 7,0. Il faut toutefois tenir compte du fait qu'aux Pays-Bas, il y a

proportionnellement beaucoup moins de lits qu'en Belgique, ce qui, en période de crise, comme on l'a vu, pose également certains problèmes.

Le même rapport n° 325 du KCE en 2019 indiquait que, pour avoir un niveau d'effectifs suffisants comportant une marge de sécurité, la Belgique devrait viser un ratio global (24 heures/7 jours) de 10,6 patients par infirmier, avec un ratio de 8/1 en journée et de 15/1 la nuit. En Belgique, il faudrait 8,5% d'ETP supplémentaires pour atteindre cette norme de « *safe staffing* ».

3.2. Rémunération et attractivité de la profession

Toutes les allégations selon lesquelles la ministre de la Santé a réalisé des économies massives sur les salaires du personnel infirmier sont manifestement fausses. L'élan positif qui a été donné afin de rendre la profession infirmière plus attrayante doit être poursuivi.

- Nous avons introduit une uniformisation dans la jungle des primes de toutes sortes. L'objectif était de disposer d'un système de rémunération transparent pour le personnel infirmier. Cela a été possible grâce au modèle « IFIC ». Deuxièmement, la mesure visait à éviter une offre excédentaire dans certaines disciplines infirmières et, à l'inverse, une pénurie dans les services médicaux où la rémunération est moins élevée.
- Dès le 25 octobre 2017, j'ai conclu un premier accord avec les partenaires sociaux. Pour les 95.500 équivalents temps plein travaillant dans les institutions fédérales de soins de santé, l'accord prévoyait une augmentation salariale représentant un montant total de 340 millions d'euros. En outre, 50 millions d'euros supplémentaires ont été débloqués pour renforcer les pensions du deuxième pilier.
- Dans le même temps, les conditions d'accès à la profession et les exigences en matière de formation ont enfin été alignées sur les normes européennes. En outre, un certain nombre de mesures de soutien ont été prévues afin de rendre la profession plus attrayante :
 - o Infirmier de pratique avancée
 - base juridique dans la LEPSS
 - o Auxiliaire qualifié
 - protocole d'accord avec les 9 ministres belges compétents en matière de santé
 - consensus sur le fait qu'il doit devenir légalement possible pour des personnes de l'entourage du patient (« auxiliaires qualifiés » tels que : enseignants, éducateurs, animateurs de mouvements de jeunesse et puéricultrices) de poser certains actes infirmiers dans un cadre qualitatif défini (par exemple, délégation par l'infirmier ou par le médecin, description du plan de soins, etc.), à l'instar de ce qui existe déjà pour les aidants proches.
 - o Vaccination
 - les infirmiers peuvent administrer des vaccins en l'absence d'un médecin ;
 - avant, la présence d'un médecin était obligatoire.
 - o Compétences supplémentaires pour les infirmiers spécialisés en pédiatrie et néonatalogie
 - Différence avec les autres infirmiers : ils peuvent poser des cathéters intra-osseux et d'accomplir certains actes pour lesquels un infirmier a besoin de la prescription d'un médecin (par exemple, la réanimation par des moyens invasifs).

Ces compétences avaient déjà été octroyées auparavant aux infirmiers spécialisés en soins urgents et soins intensifs.