

VOTRE LETTRE DU 7 JUILLET 2020

VOS RÉF. MDB/2020/BW/MW/582247

NOS RÉF.

DATE 8 SEPTEMBRE 2020

ANNEXE(S) -

CONTACT PATRICK WATERBLEY

E-MAIL : Patrick.Waterbley@health.fgov.be

M^{me} la Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique et de l'Asile et de la Migration
Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 175
1000 BRUXELLES

OBJET : Votre demande d'avis du 7 juillet 2020 : COVID-19 : constitution d'un stock stratégique d'équipements de protection individuelle et modalités d'un éventuel nouveau confinement

Madame la Ministre,

Le Conseil supérieur des médecins a traité, par le biais d'une communication électronique, votre demande d'avis du 7 juillet 2020 dans laquelle vous sollicitez un avis avant le 20 septembre 2020.

Votre première question porte sur la constitution d'un stock stratégique individuel, spécifique à chaque profession, pour les prestataires de soins de santé en ambulatoire.

Ce stock est complémentaire au stock stratégique « en deuxième ligne » constitué par les autorités publiques.

- a) Les prestataires de soins ambulatoires travaillent aussi bien dans les polycliniques internes aux hôpitaux que dans les ¹pratiques ambulatoires extrahospitalières. Pour des raisons d'efficacité, les polycliniques internes aux hôpitaux sont approvisionnées dans le cadre de l'organisation hospitalière qui tient naturellement compte de cette activité spécifique.

Au cours de la première phase de la crise COVID, les autorités et le management de crise n'ont consacré pratiquement aucune attention aux pratiques extrahospitalières. Le présent avis est surtout orienté sur ce type de pratiques. Leur localisation extrahospitalière permet de garantir un faible seuil pour le patient et, en phase de crise, de protéger l'hôpital de certaines activités à forte rotation.

Certains font remarquer que moyennant l'application de mesures de sécurité strictes (circuits séparés, équipements de protection individuelle, ...), les pratiques extrahospitalières pourraient également apporter leur aide dans le dépistage et le testing de la COVID-19. Elles pourraient ainsi soutenir les médecins généralistes, lesquels ont joué un rôle crucial, mais lourd, dans ce domaine lors de la première crise.

¹ Extrahospitalier = en dehors du contexte de l'hôpital

b) Il importe de mettre un stock stratégique individuel à la disposition des pratiques ambulatoires.

- Dans votre demande d'avis, le stock concerné se limite aux équipements de protection individuelle pour lesquels une liste non exhaustive est donnée : « ... gants, tabliers, paire de lunettes, masques naso-buccaux chirurgicaux, masques naso-buccaux de type FFP2, ... »

Certains éléments, p. ex. les visières de protection², les masques naso-buccaux de type FFP3 pour certaines activités/disciplines, doivent en effet venir compléter cette liste. Il est préférable de faire la distinction entre les surblouses jetables et les « combinaisons blanches de cosmonaute » pour les situations présentant un risque élevé de contamination. Nous recommandons également de différencier les tabliers perméables de ceux qui ne le sont pas.

Outre les équipements de protection individuelle, il importe également de garantir la fourniture d'autres types de matériel tels que des désinfectants (gels, lingettes, sprays), des produits de nettoyage et d'entretien ainsi que le matériel de prélèvement nécessaire aux tests (par exemple, PCR nasopharyngé ou autres techniques). Les détails pratiques tel que le matériel pour l'organisation de circuits séparés ... ne doivent pas non plus être oubliés.

- Certaines disciplines médicales comportent (généralement) des activités à risque³ nécessitant un stock spécifique d'équipements de protection individuelle (masques naso-buccaux FFP3, combinaisons de cosmonaute) : les stomatologues, les chirurgiens maxillofaciaux, les ORL, les ophtalmologues, les biologistes cliniciens, ...

De plus amples précisions par spécialité médicale (par exemple, en collaboration avec les associations professionnelles) peuvent être envisagées. Il convient cependant de procéder à une analyse objective ; au sein de chaque spécialité, l'activité peut varier considérablement d'une pratique à l'autre.

² Visières.

³ P. ex. deux catégories : utilisation ou non d'aérosols pour lesquels il faut au moins prévoir des masques naso-buccaux FFP2.

Une classification plus complexe concerne les disciplines à faible risque (p. ex. psychiatrie, neurologie, ...) ; à risque moyen (p. ex. pneumologie non invasive et gastroentérologie non invasive) ; à haut risque (ORL, gastroentérologie invasive, pneumologie invasive, dentisterie et stomatologie, ...).

c) Paramètres permettant de déterminer le stock stratégique individuel (complémentaire au stock stratégique des autorités)

Le point b) porte sur la pertinence de la discipline médicale. Au sein de chaque discipline, la nature et le volume requis de l'équipement de protection peuvent varier considérablement.

Un stock correspondant à certain nombre de semaines d'activité prévisible peut être un paramètre pertinent et flexible.

Mais dans un scénario de recrudescence de l'épidémie accompagnée ou non de restrictions des autres activités, le tout devient beaucoup moins prévisible.

Pour ce qui est des activités ambulatoires extrahospitalières, le nombre de consultations prévisibles est un paramètre utilisable (mais incomplet).

Sous réserve de ces remarques, un stock de six semaines comme proposé dans la demande d'avis, semble plutôt limité. Par ailleurs, un stock trop important de matériel moins fréquemment utilisé (p. ex. FFP3, combinaisons de cosmonaute) peut s'avérer onéreux et injustifié, avec le risque que la date de péremption soit rapidement dépassée.

Mais tout cela repose sur des éléments externes, tels que les délais de livraison ou la gestion des stocks de manière générale.

3

d) Aspects de la gestion des stocks qui compliquent la planification

Outre l'activité difficilement prévisible en ces temps de coronavirus, des problèmes concrets d'approvisionnement se posent.

Les prestataires de soins sont confrontés à des quantités ou de longs délais de livraison pouvant s'avérer incertains et être modifiés unilatéralement par les fournisseurs. Le pouvoir de négociation des prestataires est extrêmement faible voire inexistant, notamment en ce qui concerne la fixation des prix⁴.

Par conséquent, la question n'est plus tant de savoir quel stock (par exemple pour 6 semaines ou 3 mois) serait approprié, mais plutôt ce qui est encore faisable comme stock.

Les délais de livraison et de production sont très inconstants.

Les points d'attention suivants sont avancés :

- Prévoir une capacité de production en Belgique ou dans l'Union européenne devrait être une priorité politique.

⁴ Des augmentations de prix allant jusqu'à 300% sont parfois citées comme étant « à prendre ou à laisser ».

- Centralisation de l'information et feed-back au secteur.

Dans le cadre d'une gestion fédérale centralisée, les prestataires de soins (et les institutions au sens plus large) devraient être informés une fois par semaine des problèmes éventuels de production, de distribution et de constitution des stocks ainsi que des possibilités de back-up et des alternatives.

Dans ce contexte, il serait naturellement pertinent d'avoir un regard sur la capacité de mobilisation du stock stratégique des autorités. Malheureusement, aucune information à ce sujet n'est fournie pour l'instant.

Quant aux achats effectués par les autorités et aux stocks constitués par elles, il doit s'agir de produits de qualité ; une livraison dans les temps devra être garantie, ce qui n'a pas toujours été le cas par le passé.

La centralisation des informations sur la gestion dynamique des stocks et l'approvisionnement en temps de crise permettrait d'éviter de créer des pénuries ou des excédents injustifiés de stocks.

Mais tout cela n'est pas simple : Les hôpitaux ont leurs propres protocoles et procédures, ce qui signifie que le matériel ne peut pas être simplement remplacé par de l'autre matériel. Et il faudra toujours respecter l'autonomie et la responsabilité de la gestion locale des stocks.

- Directives pour une utilisation efficace des équipements de protection individuelle.

4

Au vu de la diversité des pratiques et des activités, il faut plutôt compter sur le professionnalisme, le sens des responsabilités et le travail d'équipe que sur des directives centrales contraignantes pour une utilisation efficace.

La fourniture d'informations scientifiques - en partie basées sur des comparaisons et des expériences internationales - a été appréciée par Sciensano et doit être poursuivie.

e) Organisation et responsabilité de l'approvisionnement et du stock

Les informations sur le marché (qualité, délais de livraison, quantités, prix, ...) et une politique d'achat bien fondée supposent un certain professionnalisme, aussi nous préconisons un certain degré de centralisation qui pourrait également améliorer le pouvoir de négociation.

L'échelle souhaitée et le niveau auquel ceci est organisé doivent être flexibles. L'économie planifiée n'était pas vraiment convaincante ; d'autre part, les temps de crise exigent des autorités qu'elles soient suffisamment présentes et alertes.

Certains soulignent l'expérience des hôpitaux et de leurs réseaux en matière d'achats et de stocks, à laquelle nous pourrions faire appel dans le cadre d'un accord de collaboration volontaire avec le secteur ambulatoire extrahospitalier, moyennant une indemnité appropriée. La question est de savoir dans quelle mesure l'espace et l'infrastructure seraient suffisants.

Les conditions de conservation ainsi que la protection contre le vol sont de toute façon à garantir aussi bien dans les hôpitaux qu'en extrahospitalier.

La question de savoir si les associations professionnelles peuvent également jouer un rôle sur ce plan pour le secteur extrahospitalier, dépendra des possibilités et de la marge de manoeuvre (d'un point de vue juridique, financier ainsi qu'au niveau de la main-d'œuvre et du savoir-faire).

En l'absence d'une approche plus centralisée, le prestataire de soins ambulatoires extrahospitaliers assume de manière autonome la responsabilité des achats, de la gestion et de la conservation des stocks. Moyennant un support d'information suffisant et assez de temps et de savoir-faire, cette approche permettrait d'éviter les inconvénients potentiels de la centralisation (bureaucratie, retards, favoritisme et concentration de pouvoir).

Votre deuxième question portait sur les modalités de suspension/report phasées et ciblées des activités non essentielles et non urgentes dans le cas d'une deuxième vague de COVID-19.

5

Les points d'attention suivants sont avancés :

- a) En cas de recrudescence de l'épidémie, le patient devra être correctement orienté et l'offre de soins (e.a. les hôpitaux) devra être adéquatement protégée/mobilisée.

Nous ne soulignerons jamais assez le rôle crucial que jouent les médecins généralistes dans les centres de triage et de test, dans le traçage, le traitement à domicile, l'isolement et le renvoi approprié/à temps du patient vers l'hôpital. Le secteur ambulatoire extrahospitalier, plus large, pourrait apporter son soutien ici.

Les informations épidémiologiques locales doivent être transmises d'une manière ou d'une autre aux hôpitaux locaux.

La télémédecine a aidé de nombreux patients mais, en raison de l'absence d'un examen clinique, elle pourrait également avoir manqué certains diagnostics. Cette technique est la mieux adaptée pour suivre les patients chroniques stabilisés et pour assurer le suivi après la sortie de l'hôpital. Les abus éventuels en matière de tarification doivent être adéquatement gérés et évités.

Les centres de soins de transition (arrêté royal n° 20, *MB* 19 mai 2020) étaient déjà peu nécessaires dans la première phase de l'épidémie, peut-être parce que l'infrastructure hospitalière restante (non COVID) était peu utilisée.

b) Planification et fourniture d'une capacité d'accueil adéquate suffisante pour les patients COVID ayant effectivement besoin de soins hospitaliers :

Les hôpitaux devront recevoir en temps utile des informations (régionales) suffisamment détaillées sur les résultats des modèles de prévision épidémiologique quant au flux entrant de patients auquel ils doivent attendre. Les différentes autorités doivent également agir ici de manière plus transparente et plus communicative.

Au cours de la première phase de l'épidémie, la collaboration spontanée entre les hôpitaux (pas uniquement au niveau du réseau) et le renvoi en cas de problèmes de capacité ont été exemplaires.

La demande qui consiste à concentrer les patients confirmés COVID-19 dans des hôpitaux spécialisés (faisant ou non partie d'un réseau) n'est pas simple. Il faut dans un premier temps qu'une telle stratégie soit financièrement viable pour l'institution concernée, une responsabilité des pouvoirs publics .

Étant donné que chaque patient est un patient potentiel COVID-19, les autres hôpitaux ne devront pas diminuer leur vigilance et chaque hôpital devra prendre des mesures de sécurité (circuits séparés, équipement de protection, ...).

Il serait toutefois possible de tirer un avantage qualitatif en concentrant les patients gravement malades de la COVID-19 dans des services de soins intensifs très expérimentés et équipés, disposant d'équipes expérimentées. Une analyse comparative des résultats pourrait nous éclairer. L'évaluation par hôpital de la mortalité selon le « case-mix » (sévérité, âge, sexe et comorbidités ...) pendant la première vague COVID-19, serait utile.

Il est clair que les résidents de logements collectifs (p. ex. Maisons de repos et de soins) ont le droit de bénéficier de soins hospitaliers adéquats comme tout autre citoyen et que toute forme de discrimination doit tout particulièrement être évitée.

Les résidents et le grand public doivent être informés d'une façon claire et objective des capacités d'hospitalisation et de transport vers les hôpitaux.

c) Éviter les dommages collatéraux chez les patients non COVID :

Nous ne pouvons pas réitérer un confinement poussé des hôpitaux pour les pathologies non COVID, comme lors de la première phase de l'épidémie. Les dommages collatéraux des mesures COVID pour les autres patients deviennent également de plus en plus évidents au niveau international.

Les soins nécessaires ou contribuant à la qualité de vie, y compris le bien-être social et psychologique, ne doivent pas être aveuglément différés de manière généralisée. Il s'agit de la responsabilité de chaque médecin traitant. Le clinicien connaît parfaitement

toutes les comorbidités du patient individuel, et c'est finalement lui qui décide, moyennant une justification, si un patient doit être admis à l'hôpital.

Au sein des hôpitaux, le médecin-chef - en collaboration avec le comité de direction et les médecins chefs de service - doit définir la politique locale et évaluer le suivi en tenant compte de la capacité et du contexte épidémiologique. Cette approche a permis d'établir les listes de pathologies et d'interventions prioritaires lors du déconfinement début mai 2020 (V.B.S-G.B.S en collaboration avec le SPF Santé publique) : ces listes visent à soutenir et à orienter, mais ne sont pas décisives.

Une information transparente de la population sur l'importance continue du diagnostic et du traitement des problématiques non COVID est un point d'attention important visant à éviter des dommages plus importants.

Des initiatives proactives peuvent s'avérer nécessaires. Par exemple la prise de contact avec des patients vulnérables, des personnes âgées, des patients ayant une pathologie chronique, des ménages à problèmes multiples et avec les patients à risques de troubles mentaux. Le report du suivi de la problématique psychosociale peut causer des dommages irréversibles, tout comme le report de la problématique somatique.

d) La protection et le soutien de tous les collaborateurs

La sécurité et le sentiment de sécurité des prestataires de soins⁵ s'avèrent cruciaux pour le bien-être. La crainte des prestataires de soins de propager eux-mêmes la maladie (également à domicile) est un facteur de stress important. La présence d'un équipement de protection individuelle de qualité et suffisant, des possibilités de tests et de diverses formes de soutien (psychologique) et d'enseignement sont des exigences minimales. Il faut pouvoir répondre adéquatement à la demande de logements spéciaux pour éviter les contacts à domicile lors d'une recrudescence de la maladie. Un temps de récupération suffisant évite d'hypothéquer la main-d'œuvre pour l'avenir.

7

e) Task shifting :

En situation de crise, les médecins et tous les collaborateurs ont fait preuve d'une grande flexibilité.

Les médecins et les infirmiers ont été mobilisés dans d'autres services et activités. Un recyclage rapide est possible et confirme l'importance d'une bonne formation de base, mais les situations exceptionnelles ne sont - par définition - pas des situations optimales en termes de qualité et d'efficacité.

Les situations vécues ont démontré qu'il n'était pas nécessaire de modifier d'urgence le « champ d'action » (scope of practice) dans la réglementation. Il est préférable de procéder

⁵ L'importance des garanties de sécurité ne concerne pas seulement nos propres collaborateurs. Les entreprises externes qui doivent effectuer des opérations de maintenance cruciales (p. ex. sur un NMR ou un CT scan) dans un hôpital se sont montrées réticentes par crainte pour leur propre personnel.

d'abord à une analyse approfondie de chaque « task shifting », éventuellement complétée par des études pilotes.

L'élargissement des compétences à des diplômes plus scientifiques pour les tests de laboratoire sous la supervision de biologistes cliniciens est une priorité.

f) Revalidation des patients post-COVID :

Il s'agit de revalidation au sens le plus large, également pour les plaintes permanentes qui compliquent la reprise des activités normales (p. ex. maux de tête permanents).

L'offre des hôpitaux (médecine de revalidation, médecine physique, pneumologie, neurologie, psychiatrie, psychologie, logopédie, diététique, ergothérapie, kinésithérapie...) est large. Nous pourrions examiner si, pour certains problèmes, une spécialisation s'avère recommandée dans quelques centres. Bien entendu, le médecin généraliste ainsi que d'autres prestataires de soins tels que les logopèdes, les ergothérapeutes, les diététistes et les kinésithérapeutes occupent une place importante dans le processus de revalidation, car la revalidation à domicile fait partie de l'offre nécessaire.

g) Opportunité d'une approche coordonnée des autorités et évitement d'un morcellement (géographique, compétences de première ligne, de deuxième et de troisième ligne, logements collectifs, ...).

Récemment, quelques réformes très utiles ont été introduites afin de constituer des commissions d'experts multidisciplinaires et composées d'une façon transparente pour l'élaboration de la gestion de la crise COVID-19. Une collaboration étroite avec des experts et instances à l'étranger, est tout aussi importante : la littérature internationale publiée ne suffit pas toujours pour cette matière en évolution constante où beaucoup de facteurs sont à prendre en compte.

8

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes salutations très distinguées,

Dr Patrick Waterbley
vice-président — secrétaire
Conseil supérieur des médecins