

Annexes du mémoire « Importance de la durabilité dans les hôpitaux belges à l'horizon 2030 : comment améliorer la durabilité tout en maintenant la qualité des soins ? »

1) Interview de Miguel Lardennois, conseiller en santé pour le cabinet des ministres Alain Maron et Barbara Trachte

LDW : Loïc De Witte

ML : Miguel Lardennois

-LDW : *Bonjour, pouvez-vous vous présenter ? Votre rôle ? Votre job ?, votre fonction ?*

-ML : Je suis conseiller en politique de santé auprès des ministres Alain Marron et Barbara Trachte. Alain Marron c'est le ministre de la santé, pas que de la santé, santé sociale et environnement. Il a trois casquettes à Bruxelles pour la COCOM, et Barbara Trachte est ministre en charge de la promotion de la santé pour les francophones à Bruxelles. Donc la COCOF. Et donc je suis conseiller en politique de santé, ça c'est un peu la casquette avec lequel on m'a engagé, mais on est toute une équipe sociale santé d'ailleurs parce qu'on essaie de mener à Bruxelles une politique intégrée du social et de la santé puisque vous le savez certainement c'est intimement lié. Plus vous avez des conditions sociales défavorables, plus vous tombez malade et avez des problèmes pour répondre à vos besoins en santé et vice-versa. Plus vous êtes malade, plus vous risquez d'être précarisé en termes de socio-économiques etc. Et donc les deux sont interconnectés et donc c'est pour ça que d'ailleurs le ministre a exigé d'avoir les deux casquettes, plus l'environnement, parce que l'environnement a un impact sur la santé aussi, et dans les deux sens. C'est pour ça qu'on a une équipe qui fait ensemble Social Santé. Dans l'équipe Social Santé, on a quatre personnes qui travaillent sur la santé et quatre personnes qui travaillent sur le social, mais on est dans le même bureau.

Moi, je suis un des cadres de la santé. La matière sur laquelle je conseille plus particulièrement le ministre est la politique hospitalière, les alternatives à l'hospitalisation, les soins palliatifs, le transport de patients, la politique des professions de santé. Et je suis moi-même aussi qui le coach pour toutes les réunions interfédérales. Il y a ce qu'on appelle en Belgique la CIM santé publique, c'est la conférence interministérielle des ministres de la santé en Belgique, parce qu'en Belgique il y a 8 ou 9 ministres qui ont des compétences en santé, mais ils se réunissent régulièrement pour essayer d'avoir au moins un peu de partage d'informations et si possible des politiques plus ou moins cohérentes entre eux. Si le fédérale décide de faire un truc, il ne faudrait pas qu'une région fasse totalement l'inverse et vice versa, donc il y a quand même un minimum de concertation à avoir, et c'est moi qui accompagne le ministre dans ces concertations.

Alors avant le Covid, les concertations avaient lieu deux fois par an, mais à l'occasion du Covid, les ministres ont compris que ça devait être plus intense que ça. Pendant deux ans, ça a été toute la semaine pendant le Covid. Puis on a un peu relâché, maintenant c'est tous les deux mois, donc c'est un peu plus intense qu'avant. Il y a plus de coopération maintenant grâce ou à cause du Covid. Ça nous a quand même appris des choses. Voilà, c'est mon rôle, c'est de conseiller. Au cabinet, vous avez des conseillers sur différentes matières qui concernent le ministre parce que les ministres ne sont pas des experts des matières pour lesquelles ils sont compétents, évidemment. S'ils sont à cette place-là, c'est pour d'autres raisons. Souvent, c'est des raisons

autour de représentativité électorale et d'intérêt pour une matière, mais pas forcément particulièrement compétente.

Alors ici, c'est un ministre écolo. Donc l'environnement, il connaît assez bien, parce que son parti est très actif là-dessus. Le social, il connaît assez bien, parce que de formation, il est assistant social. Donc il a travaillé dans le social à Bruxelles avec des sans-abri avant de faire de la politique. Donc il connaît très bien cette matière. En santé, par contre, il n'était pas particulièrement compétent et donc il a dû engager des personnes qui connaissaient bien la santé. Et pour la petite histoire, il a engagé d'emblée deux infirmiers et un médecin généraliste en se disant il nous faut des professionnels de terrain qui viennent nous conseiller sur ce qu'il faut faire. Et donc moi je suis un infirmier par exemple de formation.

-LDW : *Ok, super, je vois. Merci. Du coup j'ai une question peut-être de votre point de vue mais aussi globalement, quels sont, selon vous, les principaux enjeux pour le secteur de la santé en 2030? Par exemple, les plus grosses menaces auxquelles on pourrait faire face et les opportunités à saisir pour les 10 prochaines années?*

-ML : Quand j'ai vu cette question, je me dis, il y a vraiment matière à parler pendant des heures. C'est sûr. Parce qu'en fait, on peut prendre plusieurs lunettes, plusieurs angles d'approche pour identifier ce qui va se passer dans le futur. Une lunette plutôt belgo-belge, on peut prendre aussi plus macroscopiquement dans le monde, parce qu'on est quand même impacté par ce qui se passe dans le monde.

Alors, il y a plusieurs angles possibles. Il y a la vision européenne, c'est-à-dire un système de santé qui est soutenu par l'État sur base des impôts sur le revenu des gens. C'est de maintenir l'excellent système de santé qu'on a pour l'instant. Il est très qualitatif, il est de très haut niveau, il est très accessible. Il y a bien sûr des gens qui échappent. Il y a des gens qui vivent en bas de l'immeuble ici qui n'ont pas accès à la santé, ils n'ont pas de papiers, c'est comme ça pour presque 10% des gens à Bruxelles malheureusement. Mais on est globalement un pays où, et l'Europe dans son ensemble globalement aussi, les gens ont un accès à la santé de haute qualité. La Belgique est reconnue par exemple pour son hyper-accessibilité. Vous pouvez dire « oh j'ai envie d'aller voir un néphrologue parce que j'ai l'impression d'avoir un problème au rein. » Et vous y allez, quoi. Et vous avez un rendez-vous dans 3-6 mois, et vous n'avez quasi rien payé. Et peut-être que vous n'aviez pas du tout besoin d'aller voir un néphrologue.

Mais si vous avez décidé, vous allez le voir. Et puis, si ce qu'il vous dit, vous n'êtes pas content avec ce qu'il vous dit, vous verrez un rendez-vous chez un autre. Et quasi jusqu'à ce que vous entendiez ce qu'on vous dise, quoi. Donc, c'est un système très ouvert, très démocratique, pas cher, etc. Si jamais vous commencez à payer trop de tickets modérateurs, donc trop de factures, après un certain montant, il y a le système de 2ème ligne qui se met en place. Donc, en fait, vous pouvez y aller, vous pouvez consommer de la santé à peu près comme vous voulez. Il y a un moment où ça va arrêter de vous coûter. Vous allez atteindre un certain plafond en fonction de vos revenus, bien sûr. Mais voilà, donc il y a tout un système qui est prévu, qui est donc le défi du futur de maintenir un système comme celui-là, qui reste payable et finançable par la sécurité sociale, par l'impôt sur les travailleurs, sans que les gens aient l'impression qu'on les spolie de leur revenu à la base.

Parce que c'est ce qu'on fait, on retire à la base sur leur revenu le financement de la sécurité sociale, ils ont l'impression qu'on leur retire trop par rapport aux services auxquels ils ont droit. Et donc il ne faudrait pas qu'on pourrait avoir des mouvements, je ne sais pas moi, on pourrait avoir la population qui commence à voter pour des partis qui promettent de diminuer les impôts. Alors il doit aussi savoir que ça va être moins de services publics, moins de santé, moins de sécurité sociale, etc. Ça pourrait arriver, c'est d'ailleurs arrivé dans d'autres pays et les gens voilà après maintenant on paye les pots cassés. Donc maintenir un système ultra performant, très accessible, pas cher etc. c'est un défi du futur. Parce qu'au niveau de l'emploi, ce n'est pas dit qu'on va avoir plus d'emplois demain. Les technologies commencent à remplacer beaucoup

d'emplois qui sont actuellement faits. On est un pays de services tertiaires, donc beaucoup de services intellectuels, etc. Si ça commence à être remplacé par des intelligences artificielles, par la technologie, par je ne sais pas, moi si demain on peut mettre un robot qui opère à la base d'un chirurgien, tout ça, ça fait que, et dans tous les secteurs, à part des trucs très basiques comme dans la construction, on a plein de médecins qui pourraient disparaître, moins d'emplois, moins de revenus potentiels pour la société sociale, etc. Donc maintenir cet état-là, c'est déjà un défi pour le futur. Il y a aussi que le système de santé a tendance, depuis tout un temps, à chercher toujours à s'améliorer en termes de connaissances et de technologies, d'applications, de médicaments, etc.

Chaque petit gain qu'on veut obtenir maintenant, c'est des gains qui coûtent très cher pour un impact minimaliste. Vous voyez par exemple, on va prendre l'exemple des IRM. On peut inventer des IRM qui fonctionnent mieux, encore mieux que celles qu'on a aujourd'hui. Les IRM, c'est parce que vous n'étiez pas à la poussée de la santé au départ. C'est la machine qui fait la résonance magnétique nucléaire. Donc ça fait des images de votre corps humain par tranches. Il y a ça dans les hôpitaux. Donc quand on veut trouver un problème comme vous avez, on veut trouver une tumeur par exemple dans votre corps, on vous fait passer dans une IRM, et elle va vous découper en tranches, enfin pas en tranches, hein, des images en tranches, millimètres par millimètres, jusqu'à ce qu'on trouve la tumeur, où elle est.

On va la trouver. On peut faire maintenant des IRM qui au lieu de vous découper en tranches d'un millimètre, vont vous découper en tranches d'un micron. Pour passer du millimètre au micron, la machine va coûter deux fois plus cher. Une machine comme ça, ça coûte déjà 2 millions d'euros aujourd'hui. Chaque hôpital en a une ou deux. Mais un hôpital pourrait dire, moi je vais acheter la machine qui coûte 4 millions d'euros, donc deux fois plus cher, et au lieu de me faire des tranches de 1 mm, je vais me faire des tranches de 1 micron. Mais en fait, pour quel type de tumeur a-t-on besoin d'avoir une tranche de 1 micron? Pour des tumeurs hyper rares qui arrivent, peut-être que dans un cas sur un million.

Donc on va dépenser en fait le double d'argent pour cette machine, mais elle va nous permettre que d'améliorer la santé de très peu de patients par an. Et en fait, notre système a tendance à faire ça, et on est un peu arrivé à un genre de limite qui fait que chaque petit progrès qu'on veut faire coûte très cher pour pas grand-chose en termes de nombre de population qu'on va toucher. Le système a tendance à faire ça, mais en même temps, le système, on l'a vu pendant le Covid, il a posé un autre problème. C'est qu'on se rend compte, on s'est rendu compte avec le Covid, qu'il y a des besoins de base de la population qui ne sont pas rencontrés, qui ne sont plus rencontrés. Il y a des gens qui, dans certains quartiers, n'ont pas de médecin traitant, n'ont pas de médecin généraliste à leur disposition.

Il y a des gens à Bruxelles, ils cherchent une infirmière à domicile pour venir faire une injection, ils ne trouvent pas. Une injection, ce n'est pas une IRM à 4 millions d'euros, une injection d'un médicament. Il ne trouve pas l'infirmière pour venir le faire. Et donc le système est en train de se développer et d'évoluer vers encore plus de technologies, plus de performances, trouver le traitement de la tumeur rare qui va arriver une fois tous les je sais pas combien de temps, mais le système a oublié, enfin, on n'a pas investi dans le truc basique qui est d'offrir de la santé pour tous, basique, dans son quartier, à proximité, pour des choses de la vie de tous les jours, des problèmes de santé de la vie de tous les jours. Et donc alors les gens se retournent vers d'autres, vers de la médecine qu'ils font eux-mêmes sur Google ou chez des charlatans acheter des poudres de perlimpinpin ou aller voir des coaches en santé qui leur racontent n'importe quoi. En tout cas, ils ont l'impression de les écouter, etc.

Et donc, je me sentais confronté à ce défi-là aussi qui est, est-ce qu'il faut continuer la course technologique et à la performance du micro pourcentage pour tenter de s'améliorer encore ou est-ce qu'il faut réinvestir dans des choses plus basiques à proximité des gens pour des besoins de santé à bout plus basique. Il faut aussi remarquer que le Covid a été vraiment très intéressant

pour découvrir certaines situations. Par exemple, la santé mentale a été un peu oubliée et c'est très important et quand les gens cherchaient un psychologue, ils ne trouvaient pas. Un psychologue avec qui parler, de ses problèmes, 3-4 séances pour aller mieux après, déposer quelque part une ses difficultés, on ne trouvait pas.

Donc le fédéral a investi 200 millions d'euros dans les psychologues de première ligne après la crise Covid. Et maintenant ça va mieux. Maintenant, vous cherchez un psychologue, vous avez des sites web, vous pouvez chercher, il y a moyen d'avoir un rendez-vous dans une ou deux semaines. Ça coûte 60 euros mais c'est remboursé à 90% donc ça va, c'est accessible financièrement. Donc on a bien oublié ça. Et donc notre système, il va être confronté à ça. Parce que l'améliorer en termes de résultats de soins pour des trucs de plus en plus rares, plus technologiques, ça coûte très cher. Et si on fait ça, alors on n'injecte pas d'argent dans les soins quotidiens parce que le budget n'est pas extensible à l'infini.

Donc on travaille avec une enveloppe quoi. Elle peut grandir un petit peu chaque année parce que les besoins vont augmenter avec le vieillissement de la population, mais il va falloir faire des choix quoi. Et par exemple, quelque chose qui est souvent cité dans nos discussions politiques en Belgique, c'est l'exemple des Pays-Bas qui a mis en place un système où chaque nouvel investissement dans des nouveaux médicaments, des nouveaux matériels, etc., on va calculer combien d'années de vie de population hollandaise, ça va augmenter. Et donc en fait, ils investissent beaucoup moins depuis quelques années dans l'hyper-technologie et l'hyper-médicalisation au profit de services plus basiques qui eux font gagner plus vite des années de vie en bonne santé à la population. Mais nous on n'est pas encore dans ce réflexe-là en Belgique. Mais on va y arriver, à un moment donné on va devoir se dire bon ok, est-ce que opérer du cœur une personne de 90 ans, ça a vraiment un intérêt. Parce que pour l'instant, c'est ce qu'on cherche en cardio, c'est comment mettre des nouvelles valves à des gens de 90-95 ans. Ils ont déjà dépassé leur espérance de vie théorique. Qu'est-ce qu'on veut faire? Parce que développer la médecine au point de mettre des valves cardiaques à quelqu'un de 95 ans, ça coûte hyper cher. Mais peut-être qu'il y a des gens qui ne savent pas se payer le dentiste, à l'âge de 16 ans. Trouver un équilibre pour savoir quelle priorité... Alors ça c'est un peu les défis auxquels on va être confrontés en terme de coûts et développement du futur. Et il y a un autre défi auquel on va être confronté, c'est que la planète se réchauffe et que le réchauffement climatique a un impact sur la santé des gens.

Je parle du réchauffement, mais la pollution aussi. La pollution et le réchauffement climatique, ces deux aspects-là, impactent la santé des gens. Et donc on doit faire un système de santé qui se prépare et qui est capable de répondre à ça. Exemple, les polluants, c'est plus de cancers. Donc on voit le cancer dans tout le monde occidental, et même ailleurs sur la planète, les cancers augmentent. Ils augmentent pour trois raisons. Ils augmentent parce que la population vieillit. Une tumeur, ça met 10 à 20 ans pour se débloquent. Donc quand vous vieillissez, forcément, vous avez plus de tumeur. Comme on vieillit en meilleure santé qu'avant, on meurt pas d'autre chose.

Donc comme on ne meurt pas, on ne meurt plus trop du cœur, moins du cœur, on meurt moins de problèmes rénaux, pulmonaires, etc. On va alors mourir de cancer. Mais la troisième raison, c'est la pollution environnementale qui a augmenté depuis l'industrialisation et surtout depuis la Deuxième Guerre mondiale avec des polluants qu'on découvre maintenant comme étant permanents dans l'environnement, des perturbateurs endocriniens notamment. Et donc, on a plus de cancers liés à cette pollution environnementale.

Donc notre système de santé doit se préparer à ça. La pollution environnementale, on pourrait parler de la pollution de l'alimentation. On a des maladies, pas seulement des cancers, mais cardiovasculaires, diabète, etc., qui viennent d'une alimentation tout à fait inadaptée, devenues trop transformées, etc. Donc, le système de santé doit se préparer à ces changements liés à la pollution environnementale au sens large, aussi alimentaire, mais aussi au réchauffement

climatique. Le réchauffement climatique, parce que des maladies qu'on n'avait pas chez nous avant sous nos latitudes, dans nos populations, arrivent à cause des vagues de chaleur. Comme la maladie transmise par le moustique tigre, qui avant n'arrivait pas à remonter. C'est un moustique tropical qui ne remontait pas plus loin que la Méditerranée, et on commence à en trouver en Belgique. Parce qu'on a gagné quelques degrés. Et donc, maintenant il y a demain un cas de chikungunya en Belgique ou une petite épidémie de chikungunya dans une famille ou une école, on va être un peu embêté parce qu'on n'a pas l'habitude. Alors on a commencé à se préparer, on a l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles qui est le centre de référence qui pourrait traiter ce genre de patient. Mais si ça arrive à Arlon ou à Anvers, ou je ne sais pas où, il faudra quelques jours avant qu'on trouve la maladie, qu'on la traite. C'est un petit exemple.

Et le Covid a été aussi un de ces exemples-là. Probablement une incursion trop importante de l'homme sur certaines zones qui étaient avant sauvages, transmission d'une maladie vers l'homme, et donc nouvelle maladie, nouvelle épidémie. Et donc ça, c'est arrivé il y a 3 ans, probablement qu'il ne faudra pas attendre, à mon avis, il ne faudra pas attendre dix ans avant la prochaine.

Ça risque de venir plus régulièrement. Et ça, nos systèmes de santé vont y être confrontés. Donc il n'y a pas des maladies liées aux réchauffements climatiques purs comme la déshydratation des personnes âgées en été, ça arrive. Mais c'est aussi l'apparition de nouvelles maladies à des fréquences plus importantes, des maladies qu'on ne connaissait pas ou qu'on ne connaît pas encore. Quand le Groenland s'est pas à moitié décongelé, on ne sait pas trop qu'est-ce qu'il y a comme virus dans le permafrost. Des virus qui sont enfermés depuis l'âge des dinosaures. Ils vont sortir. Qu'est-ce qu'il y a là-dedans, on en sait rien. Donc c'est des maladies qu'on va découvrir. Donc ça, c'est aussi un défi du système de santé du futur. Cela nécessitera de l'adaptabilité, la résilience par rapport au réchauffement climatique, à la pollution, aux modifications dans l'environnement, etc. Ça, c'est un des défis.

Un autre défi, c'est les ressources humaines. Il y a vraiment des réflexions à avoir. En termes de ressources humaines, il y a deux trucs. Il y a les métiers intellectuels type médecin, pas les chirurgiens, mais les médecins spécialistes, etc. Il y a probablement des intelligences artificielles qui vont commencer à faire mieux leur travail, ou en tout cas des super aides, et qui vont faire qu'on a moins besoin de ce type de médecin. Les chirurgiens ne vont pas être remplacés tout de suite par des robots. C'est un peu futuriste pour l'instant. Ça se fait pour des petits trucs, mais ce n'est pas en cours de main. Ça sera moins vite. Donc du côté des médecins, il y a cette question. Comment on va faire? Parce qu'on aura toujours besoin de médecins, en fait. Mais on a besoin de former des médecins qui sont capables de vérifier si l'intelligence artificielle ne fait pas des bêtises, qui ne fait pas n'importe quoi. Lui insuffler ce qu'elle doit avoir. Donc ça veut dire qu'il y a un shift à faire dans la formation des médecins, en tout cas sur tout ce qui est médecine intellectuelle, l'analyse d'images, etc., le diagnostic sur base des résultats de labos, tout ça. Et alors il y a un autre pan important du système de santé qui sont les infirmiers et les professions paramédicales, infirmiers, infirmières bien sûr.

Et là on a un autre souci, ils ne vont pas être remplacés par des robots ou par des intelligences artificielles. Le souci, c'est de trouver des gens dans la population qui veulent faire ce métier, aux conditions actuelles. Les conditions de travail sont hyper lourdes. Dans notre société, en termes de valeur, pour les jeunes, faire un métier si lourd dans des conditions de travail comme ça, ça mérite un autre salaire. Alors il faut soit agir sur les conditions de travail et diminuer la pression, diminuer la lourdeur du travail. Et ça, je pourrais en discuter comment on fait. Et puis, ou alors on augmente la valeur de ce travail. Il faut savoir que c'est très lourd comme travail et que les salaires ne sont pas à la hauteur. Donc on ne trouve pas d'infirmières.

À un moment donné, si on ne trouve pas d'infirmière, il va falloir se poser la question, est-ce qu'on travaille sur les conditions de travail, en diminuant la charge. Par exemple, on a fait une proposition, on a proposé de fermer 20% des lits hospitaliers après le Covid et de dire aux

infirmières on ferme 20% des lits et on réinjecte tous les infirmières dans les unités restantes, dans les lits qui sont encore ouverts. Et comme ça, au lieu d'être une infirmière pour 12 patients, elles passent à 10 patients, elles sont une interne pour 8 patients. Et donc ça a diminué la charge de travail, ça ne change rien en salaire, ça a diminué la charge de travail. Dire ça après le Covid, c'était ça a été mal pris quoi, révolutionnaire, vous êtes fous, vous avez vu pendant le Covid on a manqué de lits et vous voulez en fermer.

Mais si on ne fait pas ça, on peut être hygiéniste et garder tous nos lits hospitaliers ouverts. C'est bien. On va mettre des gens dans des lits qui ne seront soignés par personne. Donc là aussi, c'est un équilibre difficile. Ils vont être soignés par des personnels épuisés qui vont mal faire leur travail, qui vont partir en burn out, qui vont partir à la pension à 50 ans au lieu de 65, etc. Donc il faut faire un choix. Donc ça c'est le défi des ressources humaines en santé et surtout en infirmier, d'ici 2030, c'est un énorme défi. On a des projections du fédéral qui nous montrent qu'on a l'impression d'être en pénurie aujourd'hui, mais en fait ce n'est rien à côté de ce qui arrive.

Entre 2025 et 2030, ça va être pire. Donc voilà, moi, dans 15 ans, je vais commencer à être un utilisateur plus fréquent du système de santé. Et je vais probablement être maltraité en termes de soins. Pas les traitements. Les médecins seront toujours là pour faire en sorte qu'il y ait un bon traitement. Mais l'application des traitements par les infirmiers et les paramédicaux, ça va être plus compliqué. Dans les paramédicaux, ils ne sont pas tous en difficulté. Mais il y en a certains, on commence à avoir les mêmes symptômes que chez les infirmiers. On a des techniciens en image médicale, c'est comme les ergothérapeutes, puis les logopèdes, on commence à avoir des professions paramédicales qui, comme les infirmiers, commencent à poser des problèmes de ressources disponibles.

Donc là, c'est un autre défi du service Santé, c'est la gestion des ressources humaines. Comment on continue à avoir assez de jeunes qui embrassent les études et puis après de personnes qui continuent à travailler dans ce domaine sans se désespérer, s'épuiser. Et ça a un lien avec le financement. Si vous ne mettez pas plus d'argent dans le système de santé, si tout l'argent part par exemple dans le pharma, parce que c'est un peu ce qu'on voit ces dernières années, ok on a des super nouveaux médicaments, mais qui va les donner ces médicaments?

-LDW : *Ok, je vois. Et on constate vraiment, enfin ça je ne sais pas si vous avez des données ou pas, mais une baisse du nombre même de jeunes d'étudiants, une baisse du nombre d'étudiants en soins infirmiers par exemple comparé à il y a une dizaine d'années ?*

-ML : Il y a eu une petite baisse après 2016 parce que les études d'infirmier sont passées à 4 ans et que ça a un peu découragé une partie de la jeunesse. Mais depuis la sortie du Covid, les inscriptions se sont stabilisées dans les écoles d'infirmier. Donc on a stabilisé, on n'a pas remonté la pente qu'on avait prise depuis 2016, mais on l'a stabilisé. Il y a une nouvelle partie de la jeunesse qui s'est dit, wow, c'est une profession qui sauve les gens en cas de crise, tout ça. Donc, ça réattire une partie de la jeunesse. Donc, ça a stabilisé les inscriptions de nos écoles. Mais on a deux soucis. C'est qu'on a une partie des étudiants qui font un burn out pendant leurs études. Tellement les stages sont durs. Et donc, ça, c'est un nouveau problème. Donc là, il y a aussi un souci. C'est qu'est-ce qu'on fait pendant la formation pour ne pas décourager ces jeunes qui ont envie de faire ces études-là. Mais alors, ce qu'on voit aussi, c'est qu'il y a une suite de la profession. Donc, une fois que les gens sont diplômés, ils vont travailler. Mais après quelques années, ça ne va plus, quoi.

C'est trop dur, etc. Donc, le souci d'attirer plus de jeunes dans les études, c'est un mini-souci. C'est plutôt le souci que les gens, une fois diplômés, aillent jusqu'au bout de leur carrière. Et je crois qu'il n'y a que 8% des infirmiers qui arrivent à l'âge de la pension légale, 63 ans, un truc comme ça, pour l'instant. Donc c'est trop peu, c'est beaucoup trop peu. Et donc ça veut dire qu'il y a une trop grande fuite, trop d'abandons de carrière. Et là, c'est les conditions de travail qui font ça. Donc la grosse pénurie qui arrive, elle est due à un double phénomène. Il y a un

vieillesse de la population qui fait que les besoins en soins de la population augmentent. En soins basiques, se laver, se nourrir, et renouveler des médicaments notamment.

Et puis, il y a d'autre part, le nombre d'infirmiers disponibles qui reste stable mais qui ne monte pas. Donc ils n'arrivent pas à suivre la croissance des besoins. Et cette courbe ne monte pas en petite partie due aux instructions de nos écoles, mais en grande partie du fait que les gens diplômés ne font pas des carrières complètes.

-LDW : *Justement pour rebondir directement sur ce que vous venez de dire par rapport au vieillissement de la population, c'est un gros enjeu pour l'avenir de la santé belge. Est-ce que ça peut poser des grosses difficultés ou est-ce qu'on peut s'adapter au-delà même des besoins en personnel infirmier, etc. ?*

-ML : Oui parce que... Il y a un vieillissement de population qui est en partie en bonne santé. Donc, si les gens vivent maintenant jusqu'à 85 ans d'espérance de vie, avant, quand il y avait des gens qui vivaient jusqu'à 85 ans, ils étaient en instant de soins depuis l'âge de 65 ans. Un peu après la retraite, la santé commençait à vaciller, ils allaient en maison de repos assez vite. Mais parfois, ils survivaient. Ils restaient des années en repos. Maintenant, c'est un peu différent. Les gens vivent mieux, en meilleure santé, plus longtemps. Mais n'empêche que la population vieillissante, les dernières années de votre vie, vous consommez des soins de santé. Parce que tout commence à se déglisser.

Tout les corps humains ne vieillissent pas à la même vitesse. Il y a des systèmes qui vieillissent plus vite que d'autres. Les systèmes articulaires, parfois les reins plus vite que les poumons, le cœur plus vite que... Et donc voilà, il y a des pièces qui commencent à tomber en panne à la fin de notre vie. Et donc forcément, une population qui vieillit consomme plus de soins. Elle consomme d'abord plus de soins basiques, le type soins infirmiers, puis en vieillissant un peu plus, elle consomme plus de soins de haute technologie, plutôt plus médicales, remplacement de la lèvre cardiaques, pacemaker, une tumeur à gauche à droite à aller enlever, une dialyse pour les nouveaux reins, enfin un truc comme ça quoi. Et donc, d'office, population vieillissante fait que votre santé doit se transformer sur deux aspects, des ressources humaines pour soigner et des coûts en médicaments et en technologie pour des traitements. Les projections par exemple sur les pénuries infirmières, elles sont plus fortes en Flandre, plus vite, parce que la population flamande est plus vieille déjà et vieillit plus vite que la population wallonne. Et donc on voit bien ça dans les courbes. Ils ont des problèmes plus rapides que nous en termes de ressources humaines.

Et oui, une population vieillissante augmente ses besoins en traitement médicamenteux, mais aussi la quantité et la longueur de laquelle ils prennent ces médicaments. Par exemple, vous prenez un diabétique de type 2 il y a 50 ans, il consommait d'abord des traitements précoces et puis de l'insuline pendant 20 années. Il vivait encore 20 années avec son diabète de type 2. Il déclarait à 50 ans et à 70 ans il meurt. De diabète type 2 à 50 ans, on commence à vous traiter avec des pilules pendant 10-15 ans, puis avec de l'insuline, vous allez vivre pas 20 ans, vous allez vivre 30, 35, 40 ans. Donc le volume de médicaments et de technologies de santé que vous allez consommer est beaucoup plus important, il est double.

Donc en fait, oui, le vieillissement de la population fait peser sur le système de santé un coût supplémentaire, une consommation supplémentaire et des nouveaux défis parce qu'il y a des maladies qui apparaissent avec l'âge. Les cancers, notre meilleur exemple c'est les cancers. Des tumeurs rares, des viscères, avant les gens mouraient et c'est ce qui faisait découvrir la tumeur. Mais maintenant, on va vous faire un test dans les selles à 80 ans, et on va dire, oh tiens, il y a un truc bizarre dans les selles. On va faire une colonoscopie à 80 ans, et on va vous trouver une tumeur dans le colon, on va vous opérer, etc.

On découvre des cancers avec l'âge, vers 85 ans, qu'on traite. Parce que les gens ont encore une espérance de vie de 10 ans, et on ne va pas les laisser mourir dans les deux ans qui suivent. Et donc oui, le système de santé doit aussi traiter les gens qu'il ne traitait pas avant. Moi je connais

bien la cardiologie par exemple, avant on mettait des pacemakers jusqu'à 75 ans. Donc quand j'étais étudiant infirmier, donc c'est il y a 25 ans, on mettait des pacemakers jusqu'à 75 maximum. Parce que la durée de vie d'un pacemaker à pile, c'est 10 ans. Et maintenant, on met des pacemakers à des gens de 85 ans. Donc ça a augmenté le nombre de pacemakers qu'on met en Belgique. Avant, on commençait de 50 à 75 et maintenant c'est de 50 à 85. Donc on a une marge de gens en plus. Ça entraîne des coûts. Et par exemple, opérer quelqu'un du cœur, ce n'est pas la même chose à 75 à 85. Les listes d'anesthésie sont différentes. C'est une plus grosse surveillance. Le retour à domicile se fait parfois aussi moins facilement. Il faut un accompagnement et tout ça. Donc le monde de la santé est confronté non à de nouvelles maladies mais à plus de maladies chez des personnes âgées.

A l'hôpital Brugmann, vous avez un service qui était le service de chirurgie avant qui est devenu le service de chirurgie gériatrique. Oui, ça s'est spécialisé. Ils ont dû inventer un service qui s'appelle chirurgie gériatrique parce qu'avant on n'opérait pas des gens si vieux, mais maintenant on opère aussi des gens très vieux dans tous les domaines, le cœur, les articulations, l'orthopédie, une nouvelle hanche, un nouveau genou, c'est des personnes âgées mais ça demande une expertise différente de la part des médecins, des infirmiers, etc. Donc les kinés et donc le système de santé doit bien sûr être impacté par le vieillissement de la population, en volume, en type de maladie, en coût, en tout, en expertise à développer, en tout.

-LDW : *J'imagine que c'est difficile à prévoir, mais comment est-ce que du coup on pourrait faire face à ça, trouver des alternatives pour subvenir à ces besoins-là, au niveau financier notamment?*

-ML : En fait, un économiste flamand plutôt à droite, et donc il a une vision parfois pas très sociale, mais il montre qu'il y a moyen d'adapter le système de santé au vieillissement et au coût augmentant, et qu'on pourrait maintenir notre financement à 12% du PIB, comme c'est le cas aujourd'hui. On est entre 10 et 12% du PIB, il y a moyen de le maintenir dans cette fourchette, malgré le vieillissement de la population. Il pense qu'on peut améliorer l'efficacité de notre système de santé en faisant des économies. Par exemple, le fait que n'importe quel patient peut aller voir un spécialiste en première intention, ça coûte très cher.

Si vous étiez obligé de voir votre généraliste avant d'aller chez un spécialiste, ça coûterait moins cher au système parce qu'en fait le généraliste trouverait votre problème. Il propose aussi d'arrêter de rembourser certaines interventions qu'on pourrait estimer quand même inutile, plutôt à la demande du patient, parce que ça consomme des ressources humaines et du budget aussi. Et alors troisièmement, il propose d'aller vers un système de payback, il cherche à chaque demande d'évolution technologique ou de remboursement d'un nouveau médicament, on va évaluer combien on va gagner d'années de vie par citoyen et on les met en balance et c'est celui qui fait gagner le plus de vie en bonne santé aux plus de citoyens possible qui va gagner, qui va emporter l'investissement. Et donc il compose un système similaire pour la Belgique et les trois combinés, il dit qu'on pourrait continuer pendant longtemps à maintenir notre système performant, accessible et à rester dans une fourchette de 10 à 12 % du PIB.

Voilà, mais il y a certaines propositions qui ne vont pas à une partie de la population, ou de l'électorat ou du politique. Mais il y a des gens qui réfléchissent à ça, et qui ont des propositions. Et pour moi, il faut les explorer toutes.

Par contre, il y a quelque chose qui a été pris en considération, qui est aussi une proposition dans ce bouquin, c'est de rationaliser les hôpitaux. Pour l'instant, en Belgique, on a une offre hospitalière démesurée, et on entretient ça. Ça nous coûte de l'argent d'entretenir tous ces lits hospitaliers, tout ça, même si avec le Covid, on a eu l'impression qu'on avait un peu juste en nombre de lits, c'est parce que c'était une situation exceptionnelle. Mais en dehors des situations exceptionnelles, on n'a pas besoin d'autant d'hôpitaux et de lits hospitaliers en Belgique. On a vraiment une offre très importante.

-LDW : *J'ai une petite question concernant la collaboration entre les différents acteurs de santé. Est-ce qu'en Belgique, on observe une grande collaboration entre des organisations, les hôpitaux, le gouvernement qui s'investit beaucoup et qui communique beaucoup ou est-ce que c'est un peu compliqué ? Et aussi la collaboration entre le secteur de la santé belge et les secteurs de la santé étrangers pour peut-être échanger des bonnes pratiques?*

-ML : Ça dépend de ce que vous voulez dire. Si vous voulez parler des acteurs de la santé, des professionnels de santé, etc. Sur le terrain, c'est variable. Il y a des endroits, des gens, ça dépend un peu des individus, qui ont appris à travailler ensemble. Dans certains secteurs, tous ces gens collaborent. Ils se donnent des coups de main. J'ai vu que mon patient, il a ça, je ne pourrais pas le revoir la semaine prochaine. Et ces gens collaborent. Et parfois de la maison de repos et de l'hôpital, ils contactent, etc. C'est très variable. Il y a des endroits où ça ne se passe pas, et des endroits où ça se passe.

Et ça dépend beaucoup des individus, en fait. Ce n'est pas organisé par l'État. Pas assez. Alors maintenant si on se met plutôt au niveau des institutions, il y a quelques obligations par exemple. Dans les normes des maisons de repos, il y a marqué qu'il est obligé de collaborer avec un service de gériatrie d'un hôpital. D'avoir une convention pour pouvoir faire appel à l'expertise du gériatre ou de l'équipe d'hygiène hospitalière quand on a des soucis d'infection dans sa maison de repos, etc. On a aussi dans les normes hospitalières des obligations de coopérer avec des structures extrahospitalières. On a vu pendant le Covid, en fait, que ces conventions et obligations étaient juste sur papier, mais pas effectives. Et ça a expliqué beaucoup de problèmes. Des problèmes, par exemple, d'hôpitaux qui ne voulaient pas prendre des patients qui venaient de maison de repos avec le Covid, des hôpitaux qui voulaient renvoyer plus vite les patients chez eux, il n'y avait personne en première ligne pour les accueillir.

On a vu tout ça avec le Covid, qu'en fait les quelques normes qui existent, qui obligent normalement la coopération entre institutions, elles sont rarement dans le monde réel en fait, elles sont sur papier. Pour répondre à la norme, les institutions, elles ont fait un contrat avec tel ou tel hôpital, sur papier ça existe, mais pas dans les faits. Donc ce qu'on a constaté, c'est que grâce au Covid, des institutions se sont rendu compte qu'en fait, la norme avait une certaine raison d'être et qu'il fallait le faire en vrai. Et là, on a vraiment l'impression que depuis le Covid, les institutions ont compris ça et sont en train d'améliorer leur communication, leur fonctionnement entre eux. Si on se place à un niveau encore spécial, au niveau politique, comme je l'ai dit tout à l'heure, la CIM Santé Publique se réunissait, de tous les ministres de la Santé, se réunissait avant le Covid deux fois par an, se réunit maintenant tous les deux mois, avec des groupes de travail intermédiaires, etc., qui se réunissent très régulièrement. Donc finalement, le politique aussi a compris qu'il y a quand même, au niveau de l'organisation du système de santé des concertations beaucoup plus régulières à avoir et des échanges d'infos.

Donc là aussi il y a quelque chose qui entraîne une nouvelle dynamique qui a lieu. Alors on va voir si ça va perdurer dans le temps. Parce que peut-être que l'être humain il est comme ça, il a une grosse crise, il ramasse sur la figure et puis il s'adapte un petit peu, mais après il faut tenir dans la longueur et la durée. Ce n'est pas toujours évident. Et surtout au niveau politique. Les instituts, les hôpitaux, les maisons de repos ils seront toujours là demain. Et en 2024, vous avez des élections. Alors si c'est d'autres gens qui sont élus, qui n'ont pas connu la crise, qui n'ont pas réussi à collaborer avec les autres niveaux politiques, etc., ben, ils vont peut-être pas le faire. Ça c'était pendant la période Covid, ça ne me concernait pas, quoi. Je fais ma petite politique de mon côté, c'est bon. Donc là, est-ce que ça va perdurer? Ça c'est une question.

Mais en tout cas, on a observé une amélioration. Un truc spécifique qu'on a fait à Bruxelles, c'est qu'on vient d'adopter ce qu'on appelle le plan social santé intégré, PSSI. Et ça, c'est une réforme pour les 10 ans à venir. Il va obliger les acteurs de première ligne à mieux travailler ensemble, de manière territorialisée. Donc on va créer et agréer des services par quartier, par groupement de quartier, etc. Des services socio-sanitaires intégrés. Donc ce seront des lieux où

la population pourra se rendre avec n'importe quel problème social santé, pour avoir une réponse à son problème sans devoir faire beaucoup de démarches compliquées. Mais c'est aussi un endroit où les acteurs vont pouvoir collaborer entre médecins, infirmiers, assistants sociaux, cliniques, psychologues, etc. Et donc il y aura un lieu de réponse pour la population en première ligne, proche de ses zones. Et on va obliger les hôpitaux à travailler aussi en collaboration avec ces lieux de première ligne pour que la collaboration se fasse beaucoup mieux et qu'on n'ait pas d'office à l'hôpital pour n'importe quel problème et que la commune puisse envoyer aussi plus facilement des gens à l'hôpital quand c'est vraiment nécessaire.

Donc ça c'est un truc spécifique sur Bruxelles. Donc on va prendre des textes normatifs qui vont obliger partout les gens à collaborer alors que pour l'instant ils ne collaborent que sur base volontaire. C'est le bon modèle, on va les obliger à collaborer et on va même amener de l'argent pour les aider à collaborer. Il faut faire que si vous dites juste aux gens que vous devez collaborer entre vous et que quand ils passent du temps en réunion, ils perdent de l'argent, ça ne va pas. Il faut que vous financiez la concertation, la coordination entre les gens. Parce qu'on est dans un système où chacun doit gagner sa vie aussi, il ne peut pas faire du bénévolat pour répondre aux besoins de la population.

-LDW : *Au niveau peut-être plus européen, mondial, est-ce qu'il y a des collaborations entre les différents secteurs de santé des différents pays ou juste simplement même déjà des échanges de bonne pratique?*

-ML : Je pense que oui mais moi je ne suis plus tellement impliqué au niveau international. Dans mon job précédent, j'avais des relations internationales importantes, mais ici à Bruxelles, ce n'est dur, évidemment. Donc par exemple, il a fallu acheter des vaccins. C'est impossible pour un pays d'acheter des vaccins à un prix raisonnable. On s'est mis tous les pays européens ensemble, on a commandé 500 millions de doses d'un coup, ça permettait de négocier un peu les tarifs et les délais. Si on avait dû commander que 10 millions pour la Belgique, les entreprises américaines, israéliennes et chinoises n'ont pas un bon marché public. Donc il y a des coopérations qui se font en termes de préparation aux prochaines crises et pour tenter de prévenir les crises. Donc je pense que depuis le Covid, en tout cas, moi je l'observe depuis ce moment-là, il y a eu une augmentation des échanges d'infos et de collaboration entre pays européens, voire avec l'OMS au niveau mondial, pour les préparations et la réponse à la crise et aux crises futures. Ça se voit, c'est indéniable.

On a par exemple aussi, très dernièrement, la Belgique a fait appel à l'OCDE pour faire une évaluation de comment on allait gérer la crise et comment on pourrait mieux gérer la suivante. Et l'OCDE a déjà fait cette évaluation au Luxembourg et dans d'autres pays européens. Et donc on va pouvoir se comparer avec d'autres collègues européens. Tiens, vous avez mis ça en place ou pas? On pourrait peut-être copier votre recette, comment vous avez fait, etc.

-LDW : *Du coup, j'aimerais, pour clôturer un petit peu cet appel, connaître votre point de vue, votre vision à vous, personnellement, sur l'avenir du secteur de la santé belge à l'horizon 2030. Est-ce que c'est plutôt une vision optimiste, positive, ou une vision, on se dit, OK, il y a quand même des gros challenges à prendre en main?*

-ML : Euh...2030, ce n'est pas loin. 2030 c'est assez proche. Vous me diriez 2050, moi je crois qu'on a une chance sur deux d'avoir un effondrement de notre système actuel. Pour moi, on est presque à une chance sur deux. Les ressources planétaires, si on continue à faire ce qu'on fait, elles ne suffiront plus. Le réchauffement climatique va nous faire écrouler la planète. En tout cas, on va faire des trucs énormes ici qu'on ne mesure pas encore. Mais 2030 c'est un peu plus proche, donc je suis moins catastrophique. 2030, je pense qu'on a des défis énormes, mais qu'on pourrait financer, peut-être faire un énorme effort pour enlever la pression sur les infirmières pour qu'on ait assez de soignants demain, pour continuer à soigner les gens, mais pas qu'à l'hôpital, dans les maisons de repos et à domicile. Le domicile va être le secteur qui va le plus

se développer. Les gens ne veulent plus aller à l'hôpital, ni en maison de repos, ils veulent rester chez eux.

Et il y a un défi financier, un défi de ressources humaines, un défi c'est d'arriver à faire ce qu'on appelle le virage ambulatoire. On se rend compte qu'on a mis trop de moyens sur l'hôpital et on envoie trop souvent les gens à l'hôpital. Et donc c'est en première ligne qu'il faut développer notre système. Plus d'infirmières domiciles, plus de médecins généralistes dans les quartiers, dans les villages. Et avec des prises en charge à domicile qu'on ne faisait pas avant. Par exemple, avant, quand vous aviez besoin d'un antibiotique intraveineux, on vous envoyait à l'hôpital. Aujourd'hui, il faut arrêter ça. Il faut faire venir une infirmière à domicile qui va vous mettre une perfusion à la maison, mettre votre antibiotique et puis venir vous le retirer deux heures après. Et vous n'aurez pas été hospitalisé vous n'aurez pas consommé de soins lourds et chers à l'hôpital. Parce que c'est cher pour vous aussi, pour la société, pour vous, ça consommera moins de ressources humaines globalement, voilà. Ce virage ambulatoire, et le fédéral y pense déjà parce que par exemple ils ont doublé la liste des interventions qui peuvent être facturées en ID chirurgical par exemple. Ils ont fait ça il y a quelques mois. Donc avant en ID chirurgical on pouvait faire une certaine nombre d'interventions, mais maintenant on peut faire le double. En fait, c'est pour ça que les hôpitaux ont opéré les gens en ID et à les renvoyer à la maison. Mais pour faire ça, après, il faut qu'à la maison, il y ait des professionnels qui viennent vous voir, des médecins, des infirmiers. Et ça, ils n'ont pas encore mis l'argent. Il va falloir mettre l'argent là aussi. Il ne faut pas tout miser sur l'hôpital. Il faut mettre l'argent dans l'autre secteur qui va recevoir la patate chaude.

Pour 2030, je vois trois grands défis. Réorganiser notre système, porter une attention aux ressources humaines soignantes et puis le financement. Il va falloir faire les bons choix, investir là où il faut. A mon avis, pas investir dans ce qu'on investit pour l'instant qui est plutôt pharma, des grosses technologies qui ne rapportent pas énormément en termes de santé.

-LDW : D'accord. Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé. J'ai eu quand même énormément de réponses.

2) Interview réalisée avec Mai Shafei et David Van der Ha de Health Care Without Harm

Mai Shafei = MS ; David Van der Ha = DV ; Loïc De Witte = LDW

-MS : In Europe, at least Health Care Without Harm Europe is, and our main goal I think is to be a network between hospitals working on sustainability. We do this on three topics, at least here in Brussels, well in Brussels office, so in Healthcare That Harms Europe. And so these topics are safer pharmaceuticals, looking at things from making, as it says in the title, pharmaceutical safer, whether that is through AMR or disposal. Then there is the circular healthcare team that David heads, which looks more at, say, circular healthcare waste, reducing plastics and single use within healthcare. And then there's the climate team in which I sit most of the time, which looks at mitigation of climate impacts, but also adaptation, so making sure that we're ready for the future impacts. And we do this across, like all this work happens at different levels. We have some policy work, depending on the teams, which aims at looking at European policies and advocacy. There is work on a project base, so we work with certain pilot hospitals in implementing solutions or baselining their emissions, for example. And then we also have projects that are a lot more related to innovation and procurements from one of our hospital projects in the circular healthcare team that looks more at the supply side and innovation.

-DV: It's maybe good for you to know, I don't know if you hear me in a good way because my connection is really bad for the moment. We exist now for 20 years, so we're the European arm of HealthcareWay, which actually started in the US, I think 25 years ago or something, a bit more. Healthcare was one of the sectors that didn't have to act on climate change and things like that, exempted from all the rules, you know, and safety goes before the climate. And only quite recently they realized, like, they all work together. So you can't just do one without the other. So we see there's a lot of push on both sides to really act on that. So there are also some risks on that, like yours, that really helps. Thank you.

-LDW: *So now that I know a bit more about your role in the organization, I would like to know a bit about the sustainability for the hospitals. My first question would be what are the main sustainability challenges for hospitals in Belgium, by your point of view, for the next 10 years and what practices could be implemented to try to address these challenges?*

-DV: I'll start because, and this call too, is because I just started working for Health Care Without Harm. Last year I did a project, I just sent you the link, which was a project from the federal government. They're actually presenting the results this week. And the thing is that the federal government realized that in Belgium we were hardly doing anything. Of course, some hospitals were taking action, like Mai, we'll talk about that later. That was all very ad hoc, just somebody who had an idea or realized we really have to do something, but to make sure that we don't lack anything. It's changing a bit. There's some pressure come to work on things. Our pillars are very important. Everything about the two, you know, chemicals, products and materials we are using. So for sure that is one. The second one really is climate. We decrease the emissions both free and direct from hospitals that have it. That with it, you know that 70% of emissions come from actually the heating of the system, but actually all the products passing by, that's for sure one we really have to tackle. From my point of view, the clarity, what we've seen in the last decades, is a huge shift. You ask me that question, for sure that is one of the on top of your list. Start thinking about how we are treating healthcare and which materials we are using. Because it has a huge impact both on the climate and the environment and the health. So that's for sure one. And then secondly, it's the footprints. But Mai can tell you a bit more about that maybe.

-MS: So yeah, in terms of, I guess, big focuses in the Belgian hospitals, at least the ones in Brussels that I can see, are energy and mobility, maybe because those are, especially for energy, easy ones to tackle, a little bit easier and more tangible than, for example, scope 3 emissions, so all the supply chain. And also a lot of work on, I'd say, plastics and waste, possibly circularity, but it depends on how they work on it. So we might be very strict on how we think about that. We're really looking to reduce the amount of things they're buying, reuse a lot rather than single use. So we have this quite strict way of looking at it where they're trying to do their little steps, which might not be perfectly circular, but reducing plastics, for example, one of the quickest things you see in hospitals is the plastics for cups and cutlery in the cafeterias. And then slowly they'll start tackling other things that are a lot easier. A lot of them are also working on recycling, which we don't really promote, but it's something that they're often forced to go towards just because they don't find any other solutions and there's a big industry pushing for more recycling. So that's the things that they're already working on. What they also plan to work on, in the coming years, so I know a lot of them have, at least in Brussels, in their 2024 strategy is sustainable food. So they're looking at how can they, for example, get the Brussels environment's good food label, but also go beyond that, because I have one hospital, for example, that already has the good food label, and they're not

convinced about how good of a label it is, because they get all these unseasoned, out of season vegetables in winter, and fruits, and then they have meat twice, two times in their menu every single day. And they're like, how did we get two fourchettes to a good food? So they're looking to improve that, and also just go beyond. So some of them have quite often one site that they're very much focused on, and then it's slower to roll out to the other sites, so sometimes it's a question of catching up to the other sites. So I think those are the big things that I see that are being worked on or planned. Yeah. But indeed, so there's a lot of issues with the... Well, because David said I could mention a little bit on the emissions aspect. Some of them have done baselines. So Saint-Luc and CHIHEC have baselined their emissions. Some of them are planning to do so, like the Nice de l'Europe. But it's slowly going to become part of an obligation. So Brussels, the Brussels regulatory body, I don't know which one, there's so many, but it's become law basically that every five years the Brussels hospitals will have to report their emissions, so they're slowly forced to think about at least calculating it, which takes a lot of time, which the hospital isn't necessarily very happy about, but it's slowly becoming part of the process and then that will make them hopefully look at what emissions they can tackle to reduce it.

-DV: Maybe two additions to that. First of all, I think in Belgium you have, look I don't know if you know these transition processes where you start with, you create a baseline, you look where you have to end up and then you kind of create a path like short-term projects, smaller ones, and then bigger ones are in the end. We're still in that first, we're actually, hospitals and regions, put into, like, okay, to start doing something. There are hardly any sustainability managers in hospitals. That only is starting right now. Also, creating that baseline, not only on the footprint, but on everything, and seeing where we, which direction we want, that is harder than a lot of hospitals, and is start all of the country and now, but ask what needs to be done, almost everything still needs to be done. We have some hospitals last year too and I started to look for information. Most hospitals deliver anything, and really what they're even buying, and there are only a few who actually try to start calculating So, yeah, that's something to keep in mind. One of the things that will help is, yesterday there was a call in Flanders, a Green Deal circular help. What they're trying to do is, these Flemish Green Deals, they try to connect hospitals, but not only hospitals, also the stories of procurement and things like that, they try to innovative. So this is a call for research projects, but they also, I think, three months ago, with quite some hospitals and other partners, you know, coming together, working on these stories for the coming years in any field. So that's, it's this kind of initiatives that helps to start up the motor. But if you ask me, one of the things that hospitals should do, somebody needs to be dedicated to sustainable care in each hospital. Like you have an environmental coordinator. In my opinion, every hospital, because it's a small town, you know, every home has the need to have a city manager or coordinator. It will never work to be fragmented, you know. Like May said, often they start with mobility because there is money, because you can get subsidies, but even without that, it costs a lot of money. You know, if you can create an environment where you need less space for cars or where the energy bill is low, the hospital will win. So that's the start of this process. All these changes often come later and that's what Mai also said about plastics and single use. Often, especially in Belgium because we're the kings and queens of recycling, we do it in little steps. So first thing we will start to do is we will start recycling and in a few years we will start to think like, wait a minute, do we actually need this materials? And one of the things that we try to help care without harm is try to go one step further already because we're losing a lot of time that we don't have taking all these mini steps. But to be able to do that, every hospital should create a mission and a vision, like any company with a plan. And based on that, you start with a transition plan, you map it out, what you want to go to and when. Because I hope this last year

it's a bit more complex in a hospital, because you need to bring together a lot of people. manager, safety officer, they're very because we get puzzles because but I'm scared of change and they're also again talking about circular health care about the reusables for example so you need to have these people from your team otherwise it won't work same with somebody from management that's what I meant with you need a mission and a vision. If you only are going to let bottom-up it's necessary, it's very useful but it's not. To have checks actually you need a framework. Top should also say like we want to engage yourself to become, you can choose yourself a mission hospital in 2050 or whatever, you need that. You think it is hopeful, that's a very important story that you need to create that framework and you need to have some people really working on it, not just volunteers.

-LDW: *Okay, perfect. Just about what you said, there is one little thing I couldn't hear properly is you said that 70% of the emissions come from I couldn't hear the end of the story.*

-DV: Yes, you have scope 1 and 2 that's more the direct emissions like heating and mobility and so on but you also have scope 3 that's the indirect emissions and in hospital that is often coming from materials coming in there's a huge amount of materials being used, also medicine, a very important one. There's a huge footprint on medicine. And it's hard to get a clear view on that. So often scope three emissions, they're tackled a bit later because it's a lot of behavior change. For example, Corona also didn't help. It's a lot of gloves and textile and so on. But of course that comes with a footprint. And we always say, like, yeah, that's China's footprint, but of course it's not. You know, it's us creating that. So you also need to tackle that. But often, these plans are made to firstly tackle the heating and the direct emissions, and later on, we'll start thinking about the tough topics.

-MS: mean, there's multiple reasons why hospitals do that. I mean, I think David's already touched on a lot of that. But one, tackling scope one and two emissions are easy. They're in-house as opposed to scope three. But also I've heard from hospitals is motivation. So if you can show directly, oh, we did this and it had this impact, it's in-house, you can calculate it, you can show your team, and it's a big high five and more people will be motivated. Scope 3 you can't really show it unless you're doing waste audits before and after and you can get like a nice picture of the amount of gloves you have less but that's also quite complex as well. But they're harder to show, not only are they harder to do but they're also harder to show and sometimes yeah also out of their direct impact and control.

DV: It's change management and that is really tough because it's psychology. I was not an engineer anymore, I was actually a psychologist all the time. For example, just one stupid little example, if you have all sterile materials, they are packaged in the same way. It's pure paper and pure plastic on top cover. So everybody recognizes immediately as this is sterile. So what happened is that in the operation theaters, everything was just burnt. In a lot of hospitals in Belgium, everything goes into one bag, which is hazardous waste, and it's just burnt. And it's very expensive for them to do that. So we came with a proposal instead of just, they have to open it for the doctor, the nurses, and then it goes into the waste bin next to the table. We just said just rip it a bit further. We placed two containers, one for paper, one for plastic PMD. It went in, and then it was, we had a deal only since last year from BOVAM, from the Blemish Waste, how do you call that, organization, the one checking if everything is fine in Flanders. They never wanted it because they hate risk. They didn't want to take a risk, so we got the green light for them to do it. So suddenly we have pure plastic, pure paper, tons and tons of waste that is not being burned anymore, but recycled. And even that, it took such an effort because the nurses in the operation theaters, they were already like, come on, what are we going to have to do and it's just one little thing extra and even that was tough. So that's

what we mean with it's easier to say that we are going to put double the whole glass and that we are going to give you money if you come with a bike that's way easier to take in as a staff member than that people are telling you from now on you have to change your procedures. People don't like that.

-LDW: Okay, thank you. So now I have a question a bit more general. Now that you talked about just the hospital, what do you think about the challenges for the healthcare sector more generally, the sustainable challenges to ensure the fact that the healthcare sector in Belgium can be sustainable in the coming years? What could be the main challenges we could face and how to address it?

-DV: First of all, if 5% of our emissions, the Belgian emissions, it will be about 5% comes from the health care sector. I was last week in Budapest, the WHO came together, the health ministers, and one of the... because we have these projects already with partner hospitals, for example to go to zero emission, and they were telling that... what was I going to say what is healthcare sector and what is social sector. Because we of course are looking to hospitals because that's the major part of it. But what do you do with healthcare, like mental care and so on? Is that still healthcare? Yes, but there are some of these healthcare centers that are a bit in the middle. So do you take that into account or not? It doesn't matter too much, but it was the Dutch team telling that they already suffered with defining what is health care center. Secondly, there were some stories about home nurses, you know, that's quite popular in Belgium, too. nurses going with a car to houses and then they give medical care and then they go to the next one. Also there, there is a huge footprint from the cars but also the materials used. And it's not as big as the hospital but it's quite impressive. So we're not really, that's not our main focus, right? I mean, that that exists. And I know that the Dutch government has worked on that, you know. For example, taking care of bikes, you know, give them a bike with like smart design that all the materials are in the bags, and then you create a route, and then they can do it like that to take out the cars, for example. But also the materials they use, like, oh, it's the same as in the hospital, can we do it with reusables, how should we do that and so on. But that's all kind of pilot actions. I don't think there is a lot of examples we have that I'm not completely sure in our database from our partners because we have a huge network mainly of hospitals looking into that. So, Mai, I don't know if you...

-MS: I think the... no, I'm not sure, not for that. No.

-DV: Because look, why do you ask that? Because you look at it from a more strategic point of view, I guess, right? Like, you look at the sector and not, like, at different hospitals and healthcare centers.

-LDW: Yeah, that's it. Of course, I have a huge interest in the hospitals, because it's a big part of the healthcare sector, when we talk about that. But for instance, I also wonder about how can the economical part of the health care sector be sustainable? How to make sure we can continue to give good health care to people without increasing the cost too much, for instance, or that kind of thing.

-DV: Again, maybe you should check a bit, it was high-level conference, the WHO, but it wasn't about that. It was one session about how should we adaptation. That's another one, very important one in this story, sadly enough. But also how to design cities and regions. There was one session specifically about that. So if you look for WHO health conference, you will find probably the presentations. But that's high level. You won't find a lot of detail. It's more

like, I don't like that kind of talks. But that's maybe my point of view, personal notes. It doesn't work like that. If you want to, I mean, if you want to change the whole, you will have to start with all the elements that make the total, I mean.

-MS: I guess some other points that I've heard from different hospitals about more of a high level because I got approached by Brussels environment to understand challenges to implement circular economy principles in health care So I asked the hospitals this question and some things that came back were if I try and remember them the I Think two main points. The first was lack of information, but I'd also say just the fact that it's also different. So Wallonia and Brussels and Flanders are so different, and there's no sharing as well. So it's great that the Flemish have their Green Deal for health. I was in Namur recently for the transformation of sustainable health. It was a long title, but it was a lot of Wallonia hospitals coming together, a few Brussels ones as well, to be like, okay, we need to do something. And a few of them do have some really great initiatives, but there's nothing bringing them together. There's a few projects, so there's a project that we have at Health Care Without Harm, which is subsidized by COCOM they're also working with another project, but it's all very separate, so nothing's being taken together to give a nice directive for all hospitals in Belgium. And that also affects then another point, is things are so separate, but also health care is so specific. And when it comes to subsidies, so Brussels region will be like, okay, we want to help restore buildings so that they're less energy, like they use less energy. We want to implement more strategies for better waste management. But all those regulations tend to be general and applicable to most industries. But healthcare has such specific needs. And the subsidies linked to those are also very specific. So a lot of hospitals complain that the government is willing to give subsidies, but the hospitals, they can't apply because it's for small to medium enterprises, or because they've already got subsidies for something unrelated for something else. So it's kind of bringing that together so that the healthcare sector is more included in those. So those are two points that came up a lot from the hospitals and I'm trying to think about something else but it will come to mind later.

-LDW: *I had a question that you already answered when you explained about the collaboration between different stakeholders in the Belgian health care sector. Are you involved in the collaboration of several stakeholders of this sector? You answered it already a bit, but what are the incentives taken by several hospitals or governments? Does it exist a real collaboration between, for instance, government hospitals to make sure the health care sector can be sustainable? It's just like for each hospital to try to be sustainable at their level without having a lot of cooperation Like in a general view in Belgium because as you said it's difficult between Flanders, Wallonia, Brussels, not even the same system.*

-MS: Yes, I can I can already start with a little bit on that. There is some small interaction in that you do have hospital federations that are public. You have GD East in Brussels, you have UNESA, Santea, those are a bit more private, especially UNESA, that kind of make a link between governments and hospital through those federations. And some of them are translating some of these regulations and making sure they reach the hospitals. I know hospitals on an individual level have contacts. So, for example, that regulation about the five years, they got them before they were published and they were able to give their opinion, not that they were listened to in that one case, but I mean, it's still a possibility, but that one tends to be very case-by-case. But beyond regulation that does aim to affect healthcare, I don't think there's that much interaction. I did see that David sends the link for Operation Zero is a project we have in Health Care Without Harm that works on creating... so you haven't read about it I guess, or have you?

-LDW: *I don't know about it.*

-MS: Okay, then I will explain it a bit. So we've worked so far with two countries in one region to work with national or regional governments to create a methodology or strategy to getting to net zero in the health care sector. And this year we're working with Belgium. And the people that made that happen, in a sense, at least So the National Environmental Health, one second, NEHAP, I always forget what it stands for. National Environmental Health Action Plan, there we go. And the NEHAP brings together the Flemish government, the Wallonian government, the Brussels government, COCOM, and a bunch of others together around the table to talk about the national strategies for health and environment so there is one organism, but they're very detached from the field.

-DV: It's two messages. I have one is about operation zero. I want it's also take home message don't try to Reinvent the warm water. Because also we've noticed at the WHO level, we want to benchmark at a certain moment. It doesn't make sense if everybody starts developing a tool to measure your emissions and your footprint and I don't know what else. Engineers and so on, they love it, you know, you can sell it, you know, it's perfect. But it's useless. I mean, there is already, we have so many good examples that we need to try to learn from each other and not try to be blind to it, you know. I mean, the most important is that things feel and that kind of measure how to do that. You shouldn't invest too much in coming with the regional filtering method or something like that. At the same time, what is happening in Belgium, that was my second point, I know a bit more from the, because of the federal project I was working on last year, what they did was, it was the Belgian government, because there is a lot of green people, it's the Ministry of Qatar from Nicolau, so she wanted actually to score with it. Because Belgium is now president of the European Union from January on. And their hope was that they would have this study. So, before the Belgium election, they could come with some more, not just a carrot, but also a bit of a stick. You know, really trying to say, from now on in Belgium, we're going to do it like this. So the buyer, because now everybody can just do what they want, they wanted to kind of, like they did with plastic cups and so on, start building on a plan so the most nasty things are going out. For example, gas used during... there are so many hospitals who do it with liquids or with gases that are way more for the climate, for the greenhouse gas. And still also in Belgium a lot of hospitals are using the wrong kind, you know, the really bad stuff. As a government, you should be the one saying from now on, we're not going to do it, we're going to phase it out. That's a bit tricky in Belgium, because we have the regions and it's in our mindset, we don't like to be told how to do things, that's an issue. So they try to go, you know, involve everyone, which takes way longer, but often the result is that way more people are involved. One of the things we had to do last year, both from the project I was working on, but also healthcare without harm. We spoke with the CEOs of the Belgian hospitals. French, I think, I'm not sure. No hospitals. We gave this presentation that was on materials circularity, because the Belgian government is mainly focusing on materials, not that much on footprints, if I'm correct, as far as I know. And the CEOs of these hospitals, they also told us afterwards, like, you know, it's not a priority. We have other issues to tackle, you know. There's no money. We have COVID. We don't have staff. But at the same time, they told us, they realized that sustainability is also something they will have to start tackling. So they will also need to come together with, you know, think about, because it's better that the government suddenly tells us what to do. They don't like that. It's like a company, it is a company. Companies don't like that, the flexibility. So that's a good thing, you know, because they can push like do it your, but at the same time it won't happen if they don't feel pressure from Europe, Belgium and the regions to actually start

doing something. That could work with money, so it could be by legislation. So I talked last week with the Belgian delegation on that, and they said it's not going to work before the elections, they're not ready yet to really come with new legislation. And they also know that the Green parties will be kicked out of the government. I mean, in Belgium they will draw big time. You know, it didn't go well. So they're trying to do their best before they go into election mode, which will be soon, to kind of do a little bit of implementations on legislation. And the same in Europe. Also the Parliament in Europe, they will be more right-winged after the elections. Everybody's quite sure of that, which means that the green deals that we see now about nature and so on will also be more tough. So also there, there is now a push to try to do as much as possible because they're all afraid that after the elections everything will slow down again. And the climate and nature can miss that like hell. So yeah, I took a bit of a turn but just to tell you that in Belgium things are happening but it's mainly bringing people together. Ideas, what works best is show good examples. That's also what we are doing all the time. You know, look at the Netherlands, always going a bit fast. UK has some very good example. And if we want to do that, often that means two things. Just try, you know, just try it. Because you always need to, you do copy paste, but you have to adapt it to the Belgian situation or the hospital situation. And two, sometimes you need to change laws in UK for example you can These sharp bits they are actually cleaned out and reused in Belgium There is a law that you are not allowed to do that as long as that law is not changed We cannot do the sustainable way It's on two levels all this.

-LDW: *Okay, thank you. I have one question about the COVID crisis, because one reason, one of the reasons I wanted to do my master's thesis on that topic is because during the COVID crisis, I asked myself some questions, and I could see that there were some challenges such as the fact that it was really difficult to have a good supply of masks, for instance. So what strategies do you think could be implemented in the future to better manage a new unexpected crisis? Like for being more prepared if such a crisis happens, how can we be more prepared in Belgium to face it?*

-DV: Yeah, first of all, there's a European story that is very important for this question. That is that we are trying to get the raw materials, to start picking them up and, you know, the recycling in a way better, in a better way. So we can actually start producing again the materials we need, strategical resources for strategical materials. Again, that's European level, which it's already there, but it will take time. I was in Sweden and they found huge amounts of very useful materials for the transition, but it takes time and it will never be enough. We just don't have the confidence to, you know, and then people hate it if we start digging holes. It's nasty business. So not in my backyard, even in the north of Europe. But that's it's an important one. Secondly, you can see that there are some initiatives to bring the production of some materials back to our countries, which is a bit tough. But that's an economical political point of view because of course it's way cheaper to do it there. So, So only when you start to create legislation where you say everything that comes into Europe needs to be according to our rules and That should be way more strict and checked But it's way easier to check a company a factory here in Belgium than in in China as we have seen in so many other sectors So that's one thing but there is a push, you know, there's all over Europe. That's what they would love to create again. But that means prices will go up. So that's my personal political point of view. Are people willing to pay more again to have more decent stuff? Secondly, we are really good in Europe in recycling, but also reprocessing maybe. I mean, again, from the circular healthcare point of view, all that single use, we think it's cheaper because for a hospital it's very easy, you know? You just write one line, I bought it for 1.2 euros and that's it. If you work with a system that you start to reprocess items and make them reusable, it's

way more complicated because the material is used a hundred times, but it's more stop costs, so you have to take that into calculation and that's where it often goes wrong. But I can tell you that not always, but often going back to reusables is not a step backwards, but a step forward. It will be cheaper if And only if you have the logistics to do that. And that's what we did. Not only in healthcare sector, we kicked everything out. Normally every hospital had a huge sterilization unit. But many of them were like, that's too expensive and too much responsibility, that's another thing. So they kicked it out. And the companies, they also did a really nasty trick. They did the Mac, the Apple trick. Instead of creating a really good product that you can keep on reusing, they didn't want that. So they started to use very expensive gums, cutters and so on during operations. It's more than 1,000 euros. They're used once and then they go into the waste bin and they're burned in academic hospitals. Can you imagine? And then I started to talk to these companies, Johnson & Johnson and so on, like, why did you do that? And then, like, yeah, but there's a chip inside. And because of that chip, we can't reuse them anymore. Yeah, they did it on purpose, of course. Of course Johnson & Johnson can make one that you can sterilize and reuse. And we told this like, yeah, but, uh, because they're more safe, you know, because every time you do sterilization stuff, there's a risk. Yeah, there's also a risk if you produce something in a Chinese factory, you know Nobody takes care of that and on top of that the day the bar that we have to follow It needs to be safe for the government. It's the government who says when something is safe not Johnson and Johnson so there is a huge push from the lobbies to go to single use and actually create a huge issue for The society it's always the same story.

-LDW: Okay, thank you. So I have one last question, like to sum up everything that you told me. If you had to give your own opinion about the Belgian health care sector within a 10-year perspective, how do you see the future? Bright or challenging?

-MS: Definitely challenging, but I think there's a lot of good things that are happening. It's going in the right direction. The right people are thinking about it. It will be challenging though, just because of the fact that everything is so separate, because there are big challenges coming up. Indeed, I think it'll be challenging, but there's already a lot of good conversations happening.

-DV: The thing is, there's still a lot of flow hanging through. I mean, it's easy to explain a lot of stuff because it's almost the only sector with transport by where done in all we already know there is an issue. We're still at the beginning of the process. So if we look 10 years further, especially on emissions, we will do way better. At the same time, I must say, if you look at materials, even in my still introducing more single use. So we're still on the curve. We're still not in the right direction. So we are not even at the turning point. So yeah, 10 years is a long time, but also it's a short time. It can go quick, you know, if you look at what Europe did on plastics, the bags and the cups and so on. It was a good decision, but it's better. It can go quick if the start, which will happen, Europe will definitely come with like this and with an important indicator. For now, there is not to do anything actually. At a certain moment, they will start to say like, Okay, you have to decrease your footprint to 20% or something. But there, but I expect that to happen, I don't know, who am I in between this and five years? There must be somebody working on the European level on that. And on materials, the same thing. From the moment, and that's where our job is also very important, I've noticed that politicians, they dare to act if they know that their head is not going to be... From the moment they see it's possible, it's feasible and you know, there are big names, hospitals, like the UK is taking a lot of actions. If they see it's possible, they will dare to say like, okay, we can do this too, so let's do it. So yeah, we can't do our job if we're not optimistic. So like Mai said, there

are a lot of challenges, but there's definitely, people are understanding something has to change on every level. People are willing to change it. The biggest issue is people will have, it's their behavior, something a bit different for sure. People don't like that. So that's always a tough thing. We'll have to do it. And in the end, we offer our humble as a society and as people to do that. So yeah, in 10 years it will look different and it will be better.

LDW: Thank you. Thank you a lot for your answers, it helps me. I have a lot of interesting stuff to add in my project, so thank you for the time, for your answers. It was really clear, so I would like to thank you also for that. I'm really happy to have these answers, it helps me a lot.

3) Interview de Claire Dufour, responsable public affairs aux Cliniques Universitaires St-Luc

LDW : Loic De Witte

CD : Claire Dufour

-LDW : *Bonjour. Pouvez-vous faire une présentation rapide ?*

-CD : Claire Dufour, moi je suis arrivée aux Cliniques St Luc il y a tout juste deux ans comme responsable des relations publiques.

Donc c'est une fonction qui a été créée, je pense que en tout cas au niveau bruxellois, je suis la seule à avoir une fonction comme celle-ci dans une institution hospitalière. Alors, on est plusieurs à s'occuper de la stratégie durable au sein des cliniques. Et déjà, c'est un enjeu qui préoccupe les cliniques car elles ont commencé en 2019 à réaliser un bilan carbone. Déjà pour avoir un point de départ et de savoir exactement de quoi on parlait et pouvoir quantifier un peu tout cela. Donc ça, c'était le point de départ en 2019 sur base des activités de l'hôpital on a commencé à élaborer une stratégie développement durable. Il y a évidemment le volet environnemental, mais ce n'est pas seulement environnemental, c'est aussi sociétal et économique.

Pour nous, notre priorité, notre ambition, c'est vraiment de se focaliser sur l'horizon 2030 avec des indicateurs, mais on a surtout identifié six thématiques prioritaires. Tout ça, vous pouvez le retrouver dans la rubrique Internet. Il y a le volet énergie avec la réduction des consommations énergétiques, il y a achat alimentation durable, il y a la gestion des déchets, rejet, contamination, il y a aussi les pratiques médicales et soignantes et je crois que je n'ai rien oublié. Et la mobilité, évidemment. Donc il y a toute une gouvernance qui a du coup été mise en place. Notre administrateur délégué préside un conseil stratégique développement durable. On réfléchit un peu à tout ce qui pourrait être implémenté au sein de l'hôpital. Donc là, c'est vraiment une approche top-down. Mais on a aussi un comité opérationnel qui regroupe les différents éléments de ces axes prioritaires. Là, on essaye vraiment d'avoir un mélange entre le top-down et le bottom-up.

Dans le secteur de santé, il y a énormément de pression de toutes parts. On a un personnel qui est fatigué, on a un personnel qui est en pénurie. On n'a pas envie de rajouter ça en plus. Par contre, c'est une responsabilité. On a envie que chacun s'y engage, mais on ne va pas demander à tout le monde de le faire. C'est à chacun, selon sa motivation, selon le temps qu'il peut consacrer à la démarche. Et donc, on essaye d'avancer comme ça petit à petit. Mais on se rend compte que c'est aussi un élément de rétention du personnel. Il y a la pénurie infirmière. On se rend compte qu'au moment même où il y a l'entretien d'embauche, ce sont ces personnes-là qui vont parler à tout le monde en disant « mais qu'est-ce que vous faites dans le développement durable? » Donc, on se rend compte que c'est un élément d'attractivité, mais aussi de rétention par rapport à notre personnel qui est déjà en place. Et puis tout simplement parce que ça fait

sens, c'est une responsabilité sociétale et c'est aussi notre rôle étant de donner le lien entre santé, environnement. Donc ça, c'est au niveau de la stratégie.

-LDW : *C'est intéressant pour comprendre du coup le cadre et votre vision en tout cas sur les points principaux que vous souhaitez traiter pour l'horizon 2030 vu que c'est justement la thématique de mon mémoire, ça m'intéresse de comprendre justement la vision globale. Après j'aurai des questions un peu plus précises mais du coup directement pour rebondir sur ce que vous venez de dire par rapport aux pénuries de personnel, est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu quelles sont les causes de ces pénuries et comment vous faites du coup pour gérer ça? Est-ce que c'est au quotidien une grosse problématique ou est-ce qu'il y a des plans qui sont mis en place pour essayer de traiter ces pénuries?*

-CD : C'est un enjeu qui est fondamental. Il est fondamental pour les cliniques, mais pour toute institution qui travaille dans les centres de santé. Ce n'est même pas uniquement à l'échelle belge mais on le remarque vraiment au niveau européen. Donc tous les hôpitaux sont soumis à cette même pénurie. On parle de la pénurie infirmière, parce qu'elle est là depuis longtemps, elle est connue depuis longtemps, mais il y a aussi d'autres métiers en pénurie, que sont par exemple les techniciens en laboratoire, les techniciens en imagerie médicale. On a des métiers en pénurie aussi, plus au niveau du support, par exemple les informaticiens. On se rend compte que la pharmacie hospitalière est aussi en manque. Et le reste, c'était une ligne de vocation, le lien entre les numéros INAMI et la pénurie. Les numéros INAMI, au fait, ne concernent que les médecins mais ça ne concerne pas le métier infirmier.

-LDW : *Au niveau des médecins, est-ce qu'il y a des pénuries?*

-CD : Ici, à notre échelle, on se rend compte qu'il y a une pénurie au niveau des anesthésistes. Maintenant, est-ce que c'est parce qu'il y a une moindre attractivité pour cette spécialité? Est-ce que c'est parce que c'est une suite très longue et vraiment difficile? C'est possible aussi. Les raisons de la pénurie sont multiples. La pénurie est là depuis longtemps. Il y a de manière générale un sentiment de manque de reconnaissance dans le travail que les infirmiers font, qui s'est d'ailleurs très illustré pendant la crise et après la crise.

Du fait du manque de considération, il y a eu la classification IFIC, je ne sais pas si ça vous parle ou pas du tout. La classification IFIC, c'était dire qu'on allait un peu harmoniser au niveau des fonctions. Aujourd'hui, on se retrouve avec des infirmières qui ont exactement le même métier sur le terrain, mais qui ont des rémunérations différentes. Il y a une espèce de concurrence et d'incompréhension par rapport à cette classification. Aujourd'hui, on a deux unités fermées par manque de personnel infirmier. Pourquoi on est obligé de fermer des unités et fermer des lits? Parce qu'on n'arrive pas à atteindre le niveau d'encadrement minimal pour assurer la qualité aux patients. Donc on préfère fermer. Voilà, alors dans ce qu'on a mis en œuvre, c'est une nouvelle organisation des unités de soins, avec un travail en binôme entre l'infirmière qui peut retrouver son travail auprès du patient et ne pas se charger de tout ce qui est administratif. Ça marche plutôt bien.

On a commencé ça il y a quelques mois. On se rend compte que ça descend le niveau d'absentéisme au niveau des unités. C'est très bénéfique. Qu'est-ce que je peux dire d'autre par rapport à la pénurie? Oui, une des actions, mais alors ça on sait que ce n'est pas tenable sur le long terme, c'est évidemment le recours à l'intérim. Néanmoins, le recours à l'intérim est beaucoup plus cher. Donc voilà, ce n'est pas tenable sur le long terme. Mais ce qu'on demande au niveau politique, c'est un réel plan d'attractivité pour faire en sorte que l'image négative que véhicule aujourd'hui autour de la profession soit changée. C'est un enjeu fondamental pour absolument toute institution.

-LDW : *Il y a une pénurie de personnel de soins de santé comme des infirmières mais est-ce que c'est vous pensez que c'est aussi dû au fait qu'il y a de moins en moins d'étudiants qui font ces études-là ? Ou est-ce que c'est parce qu'il y a des infirmières qui travaillent déjà dans ce*

milieu-là depuis de nombreuses années et qui estiment que, comme vous l'avez dit par exemple, avec le manque de reconnaissance elles préfèrent tout arrêter et changer de domaine ?

-CD : Est-ce que c'est des problèmes à la base ou c'est une fois qu'on est dans le milieu, qu'on se rend compte que c'est plus tenable, c'est plus que l'image que j'avais en étant plus jeune de ce métier ? Difficile à dire. « Aujourd'hui, je n'ai plus envie » : c'est ce qu'on entend de nos infirmières. Mais le plus difficile, c'est vraiment un manque de collègues. Quand une infirmière est absente, le travail qui doit être fait l'est par les collègues présentes. La charge de travail augmente.

Il faut vraiment agir sur l'absentéisme. Il faut faire en sorte de pouvoir les soutenir dans leurs demandes. Le problème, c'est typiquement la classification IFIC. On a très peu de marge de manœuvre par rapport à ça. On peut essayer d'être créatif et trouver avec eux des solutions. Mais la réponse, elle devrait venir du politique. Avec une mise sur la table de moyens financiers suffisants pour nous permettre de valoriser le salaire des infirmiers. Je pense qu'il y a aussi ce degré de latitude. Ces constats sont connus depuis longtemps. Il n'y a malheureusement pas d'amélioration. Donc oui, à un moment, je comprends que ces gens-là se disent « bon ben j'ai tout donné, je ne peux plus continuer, maintenant je pense à moi ».

-LDW : *Merci déjà pour l'éclaircissement sur ce point-là parce que je vous avoue que c'était assez complexe de comprendre et c'est justement pour ça aussi que je préfère faire des interviews parce que j'ai un point de vue que je n'aurais pas pu trouver ailleurs. Maintenant, j'ai une question au niveau de la durabilité environnementale. J'ai regardé ce que vous avez fait sur le site, les 6 points, les 6 axes principaux que vous avez cités aussi. C'est super bien expliqué franchement avec une petite vidéo d'explication aussi, c'est très clair. En 3 minutes déjà, la vidéo permet de comprendre beaucoup de choses. Et puis après, le fait que ce soit expliqué en termes de ce que vous faites déjà et ce que vous comptez faire, c'est vraiment bien parce que des fois, en durabilité, ça reste assez flou et c'est un peu du greenwashing des choses qu'on peut voir. Vous, vous allez plus loin ?*

-CD : Du coup, le fait de montrer des plans d'action, c'est encourageant. Ça aussi, par rapport à ça, on a mis longtemps à communiquer là-dessus parce qu'on n'avait pas envie de faire de grandes annonces et ensuite que ça retombe comme un soufflé parce qu'on se rend compte qu'on n'arrive pas à identifier des équipes motivées sur le terrain, on n'a pas d'argent à mettre sur la table pour mener ces actions. On avait vraiment envie de tout mettre en œuvre et d'ensuite communiquer en disant que notre volonté est là, mais on a aussi besoin de vous. C'est une communication qui ira un peu crescendo aussi en fonction des bonnes volontés qu'on arrivera à identifier sur le terrain. Une des prochaines actions que j'avais vraiment envie de mettre en œuvre, on a une rubrique « Intranet », on entend par mille canaux différents les différentes initiatives qui sont menées dans d'autres hôpitaux, que ce soit en Europe ou ailleurs. Je m'étais mise à la place d'une infirmière ou d'un médecin. J'ai fait une journée de 15 heures. Je n'ai pas forcément le temps d'aller m'informer, de participer à des workshops, d'aller rencontrer les acteurs du développement durable.

L'idée, c'était vraiment de collecter toutes ces bonnes pratiques et de les répartir selon le métier dans l'institution ou le département. Et si la personne est emballée ou est inspirée par cette initiative, qu'elle puisse revenir vers nous en disant que je trouve ça vraiment super intéressant, je pense que je peux prendre l'idée de l'implémenter dans mon service. Donc c'est une mise en relation des différentes personnes pour mener des projets. Ça participe aussi à l'approche bottom-up. On a vraiment envie que chacun s'y implique mais sans rien imposer parce qu'il y a eu la lassitude de la crise Covid, parce qu'il y a beaucoup de choses.

-LDW : *Ça c'est une bonne idée en tout cas. Vu que vous parlez de la crise Covid, j'ai une question un peu générale à ce sujet-là. Je voulais savoir comment pour vous, pas dans les détails, mais en général, comment vous avez géré ça, au niveau notamment des pénuries de personnel durant cette période-là ? Par rapport au nombre d'hospitalisations qui a augmenté,*

etc. ? Et quelles pratiques vous pourriez mettre en place peut-être pour l'avenir? Ou essayer de prévoir ce genre de crise, imprévisible évidemment, mais est-ce que vous avez pu en tirer peut-être des conclusions et se dire, tiens, pour les prochaines années, s'il y a un tel événement, réapparaît, est-ce qu'on pourrait être un peu mieux préparé? Ou c'est quelque chose qui est vraiment impossible à gérer?

-CD : Alors, au niveau des difficultés rencontrées pendant la crise Covid, je vais arriver avec une réponse que vous avez peut-être déjà souvent entendue, mais c'était vraiment un manque de matériel, un manque d'équipement de protection individuelle, c'était un manque de communication, de procédures vraiment claires de la part du politique. Parfois, le politique arrivait avec des circulaires qui se contredisaient soit entre différents niveaux de pouvoir, soit au sein d'un même niveau de pouvoir. Donc il y avait énormément d'administratifs derrière pour encoder. Et puis on n'avait que 24 heures pour encoder. Et le lendemain, on me disait « ah ben non, ce n'est pas ça qu'il fallait encoder, c'était autre chose ». Au niveau de la pénurie, le contexte était déjà marqué par une pénurie infirmière, donc c'était encore plus compliqué à gérer.

Par contre, on a vraiment pu compter sur la solidarité des médecins et des soignants. Les hôpitaux ont dû mettre à l'arrêt les activités, il y a eu juste le matin des activités urgentes. Donc il y a quantité de personnes qui se sont retrouvées en chômage technique, mais qui malgré tout se sont investies, ont voulu aider leurs collègues, et c'est vraiment dans un climat de solidarité. Par contre, il n'y a pas eu une seule vague Covid, ce n'est pas comme un attentat où on sait qu'on doit tout donner mais que 48 heures plus tard on pourra se reposer. Là, ça s'est vraiment marqué sur le long temps et donc c'était très difficile de remotiver les équipes alors que tout le monde était fatigué, alors que tout le monde avait besoin d'un break et qu'on ne savait pas quand la prochaine vague allait arriver. Donc ça, c'était encore une incertitude du coup. Maintenant, comment s'y préparer au mieux?

On a une collègue ici qui a fait un plan d'urgence hospitalier, qui s'appelle le PIU aussi. Ce PIU est censé donner des principes directeurs lorsque tel événement ou telle problème arrive. Par exemple, une attaque terroriste, des inondations, un plan de répartition entre les différents hôpitaux. Et donc, on a vraiment essayé d'adapter ce plan d'urgence hospitalier par rapport à tout événement qui pourrait se produire. On ne peut évidemment pas tout prévoir. On sait qu'il y a une quantité d'événements climatiques qui peuvent se produire. Il peut y avoir un attentat, mais on ne peut pas tout prévoir. Néanmoins, pour les cas Covid ou Ebola, on fait des exercices, des simulations sur place au niveau des urgences.

Ce sont des patients qui ne sont pas malades mais qui arrivent par exemple aux urgences avec des symptômes Covid et puis alors là on déclenche le PIU. Donc on essaye d'être résilients mais dans les limites de nos capacités humaines, budgétaires.

-LDW : *Vous m'avez dit que pendant cette crise-là c'était aussi difficile de comprendre parfois des communications, des politiques. Et c'est vrai que dans le secteur de la santé belge, en tout cas de mon point de vue, je trouve que c'est un peu complexe justement toutes ces différences au niveau fédéral, régional, des communautés, etc. Hier aussi, à l'entretien que j'ai eu, on me disait que c'est un secteur qui est multisectoriel avec une communication qui n'est pas toujours évidente.*

Et du coup, je me demandais comment est-ce que vous vous faites pour collaborer avec d'autres acteurs du secteur de la santé? Est-ce que la collaboration peut exister avec d'autres hôpitaux pour mettre en place des plans, comme vous dites, des plans d'urgence se fait assez facilement? Ou des collaborations, par exemple, au niveau des communications parfois des plans fédéraux etc. ? Comment ça se passe en fait pour gérer un peu toutes ces communications-là?

-CD : Alors, par où commencer? Je vais rebondir sur le contexte un peu global des soins de santé en dérive. C'est vrai que c'est un écosystème extrêmement complexe, on est arrivé à une

complexité qui est vraiment, qui a atteint son paroxysme, tant au niveau de l'organisation des pouvoirs et des compétences qu'entre les différents niveaux de pouvoir.

Je pense qu'il faut vraiment avoir travaillé en politique pour comprendre toute cette architecture, qui est d'ailleurs visible pour la plupart des acteurs en santé. Ça, c'est une première chose. Au niveau des collaborations, je ne sais pas si vous êtes au courant de la réforme qui est en cours au niveau fédéral, qui est portée par le ministre Van den Broeck. Lui a lancé une réforme du financement, une réforme de la nomenclature. Il poursuit de réaligner de la réforme qu'avait initiée Maggi Debloq sur le paysage hospitalier et la constitution des différents réseaux. Donc au niveau de ces réseaux, il y a une collaboration des hôpitaux au sein d'un même réseau. Ici, nous, on est dans le réseau HMI avec les cliniques de l'Europe, la clinique Saint-Jean, la clinique Saint-Pierre. Et donc, il y a des collaborations qui existent. L'idée, c'est vraiment d'arriver à une répartition de l'offre médicale qui soit la plus accessible et la plus cohérente possible pour le patient. On va vers ça, mais il n'y a aucun incitant politique pour nous dire comment faire. Les réseaux sont constitués, on essaye de collaborer comme on peut, mais on attend d'avoir un peu les directives du politique pour savoir comment faire. Pendant le Covid, ça j'aurais du mal à vous répondre parce que je n'étais pas encore là, mais généralement il y a quand même une bonne collaboration entre les différents hôpitaux académiques. Saint-Luc fait partie de la conférence des hôpitaux académiques de Belgique. Il y a un conseil d'administration, une fois par mois. On échange sur des enjeux communs, sur des questions communes. Donc ces collaborations existent, mais pendant la période Covid, je ne saurais pas trop vous dire comment ça s'est passé.

-LDW : *J'ai une petite question peut-être un peu plus axée sur les défis financiers. Quels sont les principaux enjeux financiers pour les prochaines années et à nouveau, comment faire face à ces défis-là et ces enjeux-là?*

-CD : Alors, c'est une question qui est vraiment compliquée. J'ai essayé de préparer vos questions et donc j'avais mis pas mal de points. Par où commencer? Donc je vous l'ai dit, le système de soins de santé, particulièrement au niveau des hôpitaux, est vraiment complexe mais aussi extrêmement concurrentiel. Je ne sais pas si vous connaissez le fonctionnement du BMF, ou même si vous avez une vague d'idées de la manière dont fonctionne le financement hospitalier.

Non. Non. Alors, financement hospitalier, il faut savoir que chaque hôpital bénéficie d'une partie du budget des moyens financiers, qui est une enveloppe fédérale, c'est une enveloppe fermée. Et donc on verse une partie du BNF à chaque hôpital en fonction de points qu'il a promérités et qui est basé sur l'activité, sur la durée de séjour. C'est extrêmement compliqué, mais on va dire que sur le gâteau, tous les hôpitaux vont devoir manger dans le même gâteau. A côté de ça, il y a une partie financière qui est financée par les communautés, les infrastructures, l'équipement lourd. La difficulté au niveau du BMF, c'est qu'il y a des révisions qui interviennent mais qui interviennent de manière différée dans le temps. Donc au niveau de la gestion financière d'un hôpital, c'est extrêmement compliqué d'avoir une vue précise sur sa trajectoire parce que ces révisions interviennent une décennie plus tard. On ne peut fonctionner que sur base de projections. Si par exemple on fait mieux qu'un autre hôpital en termes de durée de séjour, qui est un des critères pris en compte dans l'attribution du BNF, on va avoir plus de BNF, mais on sait que le fédéral va imposer aux hôpitaux. Il y a un hôpital qui a réussi à faire une prothèse de hanche en un jour et demi, on va dire que l'année suivante, le critère c'est deux jours. Et si notre patient reste plus de deux journées, on sera sanctionné entre guillemets. Donc c'est vraiment une difficulté de lecture dans la gestion du financement et qui est liée à la complexité de l'organisation des soins de santé. Une des difficultés depuis la crise Covid, c'est qu'il faut savoir que les hôpitaux, de manière générale, sauf quelques exceptions, n'ont toujours pas retrouvé leur niveau d'activité d'avant Covid.

En plus de ça, on en a parlé tout à l'heure, un recours beaucoup plus important à l'intérim pour faire face à la pénurie infirmière. Ça a des conséquences financières qui ne sont pas négligeables. Ensuite, en tant qu'hôpital académique, il faut savoir que la loi nous impose une composition de minimum 70% de médecins salariés. Ça veut dire que quand vous avez une indexation des honoraires, il faut suivre. Et donc, au fur et à mesure, vous avez vos charges salariales qui montent, qui montent, qui montent. À côté de ça, vous avez l'indexation des honoraires qui est indexée, mais de manière différente, donc il y a un effet de retard qui se cumule au fil des ans. Donc ça c'est aussi une particularité d'un hôpital académique par rapport à un hôpital général.

Et puis, il y a des rétrocessions qui sont effectuées auprès des médecins indépendants. En termes d'enjeux financiers dans les 10 années à venir, on est dans un contexte de reconstruction de l'hôpital, dans un contexte macroéconomique qui n'est franchement pas facile, avec des prix de construction qui augmentent considérablement avec une certaine... il faut que je trouve le mot, mais on sent que les banques sont de moins en moins... elles sont plus frileuses à traiter parce qu'il y a des pressions sur le secteur et on ne sait pas si à terme les hôpitaux vont tenir le coup. Et puis un sous-financement qui est vraiment structurel au niveau des hôpitaux et particulièrement au niveau des missions académiques d'un hôpital universitaire. Voilà, en très résumé.

-LDW : *Je vois plus clair déjà, mais c'était bien expliqué. Ça n'a rien à voir du coup avec l'enjeu financier : j'ai une question à propos des changements démographiques qui peuvent avoir lieu en Belgique. Je vois notamment qu'on parle d'un vieillissement de la population. Comment du coup est-ce qu'un hôpital peut se préparer à ça? Est-ce qu'il y a des choses à changer ou est-ce que le fonctionnement reste le même?*

-CD : La première réponse que j'aurais envie de vous donner, ce n'est pas le rôle d'un hôpital académique de faire dans la prévention. On sait qu'il y a des évolutions qui sont attendues par le vieillissement de la population, mais on sait qu'il va y avoir un développement de l'hospitalisation à domicile, on sait qu'il va y avoir un développement de structure intermédiaire entre l'hôpital et le domicile du patient, on parle aussi du développement de structure ambulatoire, mais tout ça se passe en dehors de l'hôpital. La difficulté aussi, c'est de s'adapter au changement démographique, mais particulièrement à Bruxelles, on sait qu'il y a une population qui est précarisée, une population de plus en plus vieillissante, et il n'y a pas vraiment de lien entre les acteurs de première ligne, deuxième ligne, troisième ligne, voire quatrième ligne.

Donc c'est toute cette architecture, et à nouveau, c'est le rôle du politique à donner des procédures claires, à nous donner des moyens de faire en sorte que ces différents acteurs collaborent entre eux. Mais voilà, ce n'est pas à nous, hôpital, à commencer à sortir de l'hôpital.

-LDW : *Je crois qu'il me reste encore une dernière question, ça va être par rapport aux investissements prévus pour l'innovation, les nouvelles technologies, etc. que vous pourrez implémenter pour peut-être faciliter du coup le travail de certains personnels de soins de santé ou juste simplement pour être plus performant aussi en tant qu'hôpital qui est amené à soigner de plus en plus de personnes. Quels sont les investissements prévus à ce niveau-là ou les points de recherche actuellement?*

-CD : Déjà, en préambule, peut-être vous dire que la recherche et l'innovation technologique, ça fait partie des missions académiques. On a la formation, on a l'enseignement. L'innovation technologique est vraiment dans l'ADN d'un hôpital académique. D'accord. Nos investissements sont vraiment importants. C'est une question compliquée parce que, est-ce que je dois répondre en disant, mais voilà, notre prochain investissement dans telle discipline d'explication médicale, ça va être ça, ou non plutôt dans la préparation du plan stratégique, les cliniques pour les dix prochaines années dans le volet médical, vont vraiment identifier dix thématiques médicales prioritaires. Et c'est à partir de ces thématiques médicales pensent devoir

mettre en place que vous allez derrière faire un plan d'investissement pour aider justement à mettre en place ces pratiques et on ne va pas chercher à peut-être investir dans des nouvelles technologies ou des nouvelles innovations sans considérer véritablement les besoins par rapport à votre hôpital?

La recherche et l'innovation se retrouvent vraiment dans chaque activité d'un hôpital académique. C'est notre ADN et ça le restera toujours. Maintenant, pour aider les équipes, en 2020, les cliniques ont implémenté un outil d'EPIC qui est le TPI carré, le trajet patient intégré informatisé, et ce qui a permis de rassembler en une seule application 400 logiciels différents. C'était vraiment une révolution copernicienne. Mais c'est dans la gestion du dossier patient informatisé. C'est une innovation qu'on peut retrouver à l'échelle de tout l'hôpital aujourd'hui. Maintenant, dans le futur, nos investissements participeront au positionnement médical des cliniques à l'échelle belge, voire européenne. L'idée c'est vraiment de se dire, ok, pour faire de Saint-Luc un pôle de référence pour telle et telle et telle pathologie ou spécialité, il va falloir faire des choix en matière d'investissement technologique et c'est plutôt vers ça qu'on s'oriente.

-LDW : *Et juste par rapport à ces investissements, etc., je présume qu'ils doivent être financés. Est-ce que vous avez un budget maximal alloué ou est-ce que vous adaptez le financement en fonction du projet ou de l'innovation ? Est-ce que vous pouvez refuser par exemple une innovation comme le projet que vous avez parlé, le TPI², c'est ça? Pour le mettre en place, est-ce que si c'est peut-être trop cher, vous vous dites on ne sait pas le mettre en place?*

-CD : C'est un choix stratégique au niveau de l'institution. Le TPI², oui c'est un investissement qui est énorme, mais ce qu'on vise, c'est la qualité et la sécurité au niveau du patient. C'est le bienfait que ça peut apporter au niveau de l'équipe, au niveau des équipes soignantes. Le fait de passer de 400 applications à une seule, c'est-à-dire qu'on n'avait plus qu'un seul encodage. Ça facilite la transmission d'informations entre différents prestataires.

Parce que généralement, c'est une approche qui est pluridisciplinaire, avec plusieurs métiers autour du patient. Donc oui, on ferait en sorte de moins investir dans un domaine pour maximiser sur notre choix stratégique. Mais ça aussi, la Fondation Saint-Luc nous permet quand même beaucoup, grâce à l'apport des médecins, de pouvoir investir assez massivement dans l'innovation technologique.

-LDW : *Donc c'est des choix stratégiques pour la durabilité de l'hôpital, même financière, et pour que ça continue à performer, comme vous dites, pour offrir la meilleure qualité de soins ensuite, ça passe par là aussi ?*

-CD : Oui, oui.

-LDW : *J'ai une petite question aussi environnementale, je viens de y repenser. J'ai vu sur le site, c'est vraiment très clair, notamment des petits détails comme la vaisselle qui n'est plus jetable. C'est un petit détail qui a un gros impact finalement. Et juste par rapport au matériel, est-ce que vous avez des matériaux, du matériel plutôt de soins jetables ou est-ce que vous mettez en place par exemple des scalpels, etc., qui peuvent être utilisés plusieurs fois ? En tout cas hier dans l'interview que j'ai eue, c'est vrai qu'on m'expliquait que des fois il y a des matériels à usage unique qui pourraient être remplacés par du matériel qui coûte plus cher évidemment mais réutilisable mais qui derrière impliquerait plus de travail en termes de nettoyage et de désinfection dudit matériel.*

-CD : Oui, alors au niveau du matériel, il y a un groupe de travail, je participe à un groupe de travail avec le quartier opératoire, parce que justement avec LK Without Harm, on avait identifié certain matériel qui pouvait être remplacé par du matériel réutilisable. Pareil avec les scalpels. C'est aussi un gain-coût-bénéfice. Et c'est avec la pratique du terrain où on va nous dire que tu peux éventuellement avoir un matériel à patient unique, par exemple pour les pannes. Tout cela est en cours de réflexion.

On aimerait bien pouvoir identifier des items médicaux pour les switcher de l'un à l'autre. On avait challengé avec eux le remplacement d'un matériel à usage unique par du matériel

réutilisable. Ça avait un coût colossal pour un petit secteur médical. Ça demande beaucoup de travail. Là, notre force, c'est qu'on a pu identifier plein de pratiques qui ont été menées ailleurs et donc on se dit que c'est possible. Maintenant, il faut que la direction médicale se mette autour de la table, notamment avec le PCI, donc le responsable de la prévention et du contrôle des infections, il y a pas mal de procédures à respecter.

Il y a aussi des normes de la FNPS qu'il faut respecter pour se dire qu'on a envie de faire ce changement. Mais je ne suis pas suffisamment dans le milieu médical, chirurgical pour vous répondre. Par contre, je sais qu'on a remplacé un gaz anesthésiant qui avait une durée de vie atmosphérique de 114 ans par un autre gaz anesthésiant qui est beaucoup moins polluant pour l'environnement. Tout ça, on le fait. Et la réflexion est toujours en cours dans d'autres domaines. C'est vraiment au niveau du quartier opératoire où il y a vraiment moyen de faire beaucoup. Mais toujours avec cette idée de coûts-bénéfices. Parler par exemple au service de maternité de réintroduire des couches lavables. Ok mais couches lavables ça a aussi un coût environnemental au niveau du lavage, au niveau de la pression sur les équipes, ça demande aussi toute une logistique, un espace qu'on n'a peut-être pas forcément. Et donc il y a d'autres actions qui seraient un petit peu plus pertinentes de mettre en place plutôt que de se ruer sur la solution a priori la plus simple.

C'est sûr que de toute façon on ne peut pas agir sur tous les aspects mais il y a déjà énormément de choses qui sont mises en place et les détails c'est vrai comme la vaisselle jetable je reviens là-dessus mais c'est vrai que supprimer ça c'est déjà une belle avancée et c'est quelque chose du coup peut-être en effet plus facile à pouvoir modifier que peut-être le matériel médical proprement dit. Mais c'est vrai que ce n'est pas évident. En fait c'est ça, vraiment au niveau médical il faut respecter les quantités de procédures et il faut être sûr de son choix. Mais en aucun cas, on ne fera un changement pareil s'il y a le moindre risque en termes de sécurité pour le patient. Il y avait des exemples d'opérations qui étaient menées et au Royaume-Uni sur les cataractes et on voyait qu'en Inde, ils utilisaient du matériel réutilisable et il y avait beaucoup moins d'infections nosocomiales.

-LDW : *Merci. Je crois que j'ai eu les réponses aux questions que je me posais pour mon mémoire. Peut-être juste finir par une dernière question vraiment globale. Comment est-ce que vous voyez l'avenir du secteur de la santé belge d'ici 2030? Est-ce que c'est compliqué ou est-ce qu'il y a des enjeux certes, mais ça s'annonce quand même plutôt bien?*

-CD : Euh... C'est compliqué, c'est vraiment compliqué parce qu'il y a tellement de réformes qui sont en cours, il va y avoir l'échéance électorale prochainement, si la réforme du ministre passe comme elle est indiquée, ça va être une révolution copernicienne. Ça va être une modification profonde dans le système de financement. Mais il y a la 7e réforme de l'état qui est annoncée, qui peut aussi grandement impacter ces personnes de santé. Je ne suis pas très optimiste.

Mais quand même, un des grands enjeux, et je terminerai quand même par une note un petit peu plus optimiste pour venir sur la durabilité, le secteur des soins de santé, c'est vraiment un secteur qui est hyper concurrentiel. Par contre, il y a bien un point où on se rend compte que les hôpitaux sont prêts à collaborer même si on ne fait pas partie du réseau, même si on est concurrent au quotidien. C'est vraiment en termes de durabilité. Il y a peu d'hôpitaux qui ont une fonction RSE à temps plein, un ETP à temps plein pour cette mission-là. Par contre, on s'échange les infos, on s'échange les bons plans parce qu'on n'a pas de financement pour ça. Donc c'est quand même relativement optimiste.

-LDW : *Merci beaucoup du coup pour cette petite note optimiste à la fin.*

4) Interview de Christel Menozzi, infirmière cheffe de service au CHU de Liège

LDW : Loïc De Witte

CM : Christel Menozzi

-LDW : *Comment expliquez-vous la pénurie d'infirmiers ?*

-CM : Alors c'est plus factoriel. Il y a d'abord eu le fait qu'en 2018, les études d'infirmier bachelier, en tout cas, ça passait à 4 ans d'études. Il y a deux types de formations pour devenir infirmier ou être diplômé en soins d'infirmier : le brevet (de type secondaire) ou le bachelier (de l'enseignement supérieur). Donc là c'est 3 ans et demi d'études qui ont été prolongés de 6 mois. Donc ça, c'est une première chose qui fait que la profession d'infirmière, est délaissée ou peut sembler apporter une perte de sens. C'est plutôt bizarre qu'il y ait deux filières de formation avec des niveaux d'exigence qui soient différents. Donc, c'est un peu une perte en termes d'attractivité.

-LDW : *Pourquoi ?*

-CM : Parce que quand on va sur les salons d'étudiants, par exemple, les parents disent qu'on ne va pas engager leur enfant après la formation brevetée parce que ça relève du secondaire. Et pourtant, concrètement sur le terrain elle peut faire la même chose. C'est vrai que dans les services de médecine et de chirurgie, il n'y a pas de différenciation entre ces options dans ce que chacune peut faire. Par contre, la filière brevetée, c'est une filière qui ne conduit pas aux spécialisations. Ça ferme les portes aux spécialisations. Cela veut dire que si, à la suite de vos études, vous découvrez une spécialisation qui vous plaît particulièrement, vous ne pouvez pas y accéder. Par exemple, devenir infirmier aux soins intensifs ou sage-femme. Du coup, ça vous bloque dans votre carrière et ça peut aussi vous bloquer dans votre motivation. Cela peut expliquer pourquoi certaines infirmières changent d'orientation après quelques années de carrière.

Donc il y a ce problème-là qui existe depuis très longtemps, et donc je pense qu'il y a une sorte de perte de sens aussi par rapport à ça et par rapport à la motivation dans la profession. Donc il y avait une volonté notamment d'associations professionnelles de revoir le fonctionnement, d'avoir qu'une seule filière de formation pour donner du sens. Mais par contre, revoir la formation du brevet mais donner une autre appellation. C'est ce qui se passe en France aujourd'hui. En France, la filière du brevet ne s'organisera plus pour être devenir responsable en soins généraux, mais agent de base. Il y a une différenciation de fonction. Par contre en Wallonie, comme les filières brevet avaient obtenu une reconnaissance et un accès égal à la profession, elles ne voient pas l'intérêt de transformer leur formation. Et donc on risque de se retrouver en Wallonie avec une filière d'infirmiers, une filière d'infirmiers brevetés et une filière d'infirmiers bacheliers responsable en soins généraux. C'est la réalité de notre Belgique.

La pénurie, elle existe depuis longtemps parce que ce n'est pas évident de trouver des jeunes qui veulent s'engager dans une profession qui nécessite beaucoup d'investissement personnel et mental mais qui n'a que très peu de reconnaissance. Les politiques ont tenté de mettre en place des plans d'attractivité et qui ont fait du bien à la profession en offrant une prime annuelle supplémentaire par exemple aux personnes qui se spécialisaient, qui faisaient une longue formation supplémentaire ou aux personnes qui faisaient une qualification, donc c'était une formation de 150 heures. Donc ça avait stimulé pas mal de personnes à continuer à avancer et à progresser et ça avait donné de l'attrait au niveau de la profession. Et puis Maggie Deblock est passée par là et je vous avoue qu'il y avait une réflexion qui était très médicale.

Et puis ici nous avons un ministre de la santé publique qui est très influencé par la réalité de la santé flamande et donc il prend des mesures de nouveau qui peuvent induire une perte de sens et, par exemple il est en train de faire passer une nouvelle profession qui relèvera un besoin de santé, qui s'appellera l'assistance de pratique. Et donc, par exemple, une personne qui sera amenée à faire des tâches administratives, quelque chose à faire, et des tâches de séries d'action,

et tout ça pour mettre en ordre les informations plus rapidement, pour que ce soit vite opérationnel, pour répondre à la réalité que l'on vit à l'heure actuelle. Donc, on voit que les différents ministres qui se succèdent essaient de marquer le secteur avec des idées ou des réformes mais c'est souvent très ponctuel et il manque d'une vision à long terme. On agit sur le moment. Parfois il y a des choses intéressantes qui sont mises en place qui permettent d'espérer à nouveau un peu plus de considération. Et puis est arrivé en 2019 le Covid.

Toutes les infirmières n'étaient pas formées à accompagner des patients à mourir. Les infirmières qui travaillent dans la plupart des services rencontrent rarement des décès et là, elles ont été confrontées à un nombre de décès inimaginable, en tout cas dans la première et la seconde vague, et donc ça a fait des dégâts psychologiques au niveau de ces professions infirmières. C'est une réalité à laquelle on a été confronté aussi. Autre chose aussi c'est que le métier de soignant se pratique essentiellement en milieu hospitalier. J'avoue que moi j'ai une casquette très "hospitalière", donc la réalité qu'on vit en milieu hospitalier c'est qu'on travaille en pauses, on fait des horaires coupés, il faut faire un week-end sur deux. Et qu'au niveau sociétal on est face à une génération, et ce n'est pas un stéréotype ni une critique, mais c'est un constat, on est face à une génération qui prône l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle et qui a envie d'avoir congé en même temps que tout le monde et donc qui n'a pas envie de se contraindre à faire un week-end sur deux, avec des pauses irrégulières, du travail de nuit, des coupés avec travail le matin puis reprise en fin d'après-midi.

Et donc les gens vont, en regard de la pénurie, davantage dans des structures où ce sont des horaires de jour, où la permanente week-end est plus rare ou n'existe pas, en tout cas où c'est moins lourd et moins intrusif dans la vie de famille qu'en milieu hospitalier. Ils vont aussi dans des maisons de repos privées, qui par exemple offrent un véhicule de société, donc la crise financière fait aussi que les gens regardent à travailler plus près de chez eux pour consommer moins d'essence possible. Si on leur offre un véhicule, ils vont réfléchir à deux fois avant d'aller à l'hôpital et vont se tourner vers ce qui est plus attractif. Donc il n'y a vraiment pas 1 seule raison mais plusieurs combinées qui fait qu'on est dans la situation dans laquelle on est aujourd'hui. Je pense que c'est vraiment plurifactoriel et ça va encore évoluer du temps.

-LDW : *OK, ça me permet d'avoir une vision que je n'avais pas. Donc c'est vraiment bien expliqué. Merci. J'ai une petite question du coup pour l'avenir. Comment est-ce que vous pourriez faire en sorte que ça redevienne un secteur attractif par rapport à ce manque actuel ?*

-CM : Une chose que j'ai oublié de vous signaler aussi, c'est qu'il y a un nouveau statut qui a été élaboré l'an dernier. Cela s'appelle l'IFIC et ça valorise les compétences. Le salaire n'est plus déterminé par le diplôme mais par le travail qui est effectivement effectué sur le terrain je ne sais pas si vous connaissez. En gros, l'idée est de se dire qu'à travail égal, salaire égal. Par exemple, pour les infirmières qui travaillent dans des secteurs plutôt techniques, comme les urgences, les toits palliatifs, le bloc opératoire, et donc quelque part ça valorise le travail technique, sauf qu'être infirmière n'est pas seulement poser des actes techniques, mais c'est pouvoir aussi réfléchir par rapport à une situation qu'on a rencontrée, et donc ça a créé aussi des tensions dans le milieu hospitalier. Ce nouveau système va créer des tensions parce qu'une infirmière brevetée qui entrait avec un barème A sera payée la même chose qu'une infirmière bachelière si elles exercent la même fonction. C'est dû à cette égalisation de l'IFIC.

En Flandre, ils ont beaucoup d'infirmières brevetées. Et donc s'ils les paient toutes au même salaire que les bachelières, c'est difficilement gérable au niveau financier. Du coup, ils ont créé un grade intermédiaire (le 14B) pour les payer un peu moins. Mais là, on en revient à la perte de sens puisque le concept de travail égal-salaire égal disparaît à nouveau. Et ça, ça a vraiment créé une grosse tension au sein des structures hospitalières, parce que des secteurs comme l'oncologie, par exemple, la pédiatrie ou la gériatrie, où on a besoin d'infirmières qui sont spécialisées dans le domaine, bien elles, elles font un IFIC 14, or elles ont fait 5 ans d'études. Par contre, l'infirmière qui travaille à domicile, elle est efficace, donc elle gagne davantage.

Dans les perspectives futures, quelque chose qu'on demande, c'est que toutes les infirmières puissent être enfin reconnues de la même manière et qu'on arrête ces différenciations en fonction du secteur dans lequel on travaille. Ce métier il est beau mais il est pénible, il a ses complexités particulières.

Donc ça, ça pourrait vraiment être quelque chose qui aurait du sens. On reste toujours avec l'idée qu'en créant une seule filière de formation, ça pourrait donner du sens à profession. Pour être infirmier, il faut à mon avis une formation réelle de 4 ans et pas une formation qui relève du secondaire. Il faudrait reprendre la formation de brevet mais pour une autre fonction, peut-être aide-soignant. En France, ils l'ont appelée « accès linéaire de base ». Le terme qui serait utilisé pour un citoyen comme un féminin, je pense que c'est quelque chose qui pourrait être une bonne chose aussi. Je pense aussi qu'il faut valoriser financièrement la pénibilité du travail. On a beaucoup d'infirmières qui aiment beaucoup faire les nuits, pourquoi ? Parce qu'elles gagnent davantage d'argent.

Je pense que si on valorise davantage les matins et les après-midis, le week-end par exemple, ça pourrait nouveau attirer du monde dans le secteur. Ça pourrait être encourageant. Donc il faut savoir que l'infirmière qui sort de l'école aujourd'hui, quand elle fait un baccalauréat, elle est à plus ou moins 2250 euros net. Je trouve qu'au sortir d'un baccalauréat, c'est un salaire qui reste correct. Maintenant, il y a des mesures qui pourraient être prises. Je pense qu'il faut une politique de santé qui soit cohérente. Et si la volonté de notre ministre Vandenberg est de fermer des lieux hospitaliers pour remettre en fait les soins de première ligne au centre, avec davantage de médecins généralistes et des équipes multidisciplinaires qui pourraient prendre en charge les gens à domicile.

C'est clair qu'il faut penser à se donner les moyens d'avoir du personnel soignant de qualité, efficace et motivé. Or, on ne donne pas les moyens et on ne communique pas clairement sur ces intentions. Donc, on laisse en fait la situation périliter. Les lits hospitaliers ferment par manque de personnel alors que ça pourrait être quelque chose qui est structuré, organisé, en se disant dans tel hôpital on ferme 30 lits, vous ne faites plus par exemple de chirurgie orthopédique dans cet hôpital-là, mais par contre vous gardez la cardiologie et le soin des sens davantage spécialisé. Voilà, c'est une vision très centrée hôpital. Si vous voulez avoir votre regard plutôt sur le domicile, plutôt maison de repos, je serais adressée à des personnes qui ont une expérience dans le domaine.

-LDW : *Mais là c'est quand même très intéressant ce que vous dites, c'est des points de vue que je n'avais pas du coup merci beaucoup pour ces petites informations là. Et j'ai une dernière question, vous qui êtes sur le terrain, est-ce qu'il y a des pratiques mises en place au niveau de durabilité environnementale dans les pratiques de soins infirmiers, par exemple, des usages de matériel à usage unique remplacés par du matériel réutilisable, etc. ?*

-CM : Alors, tout ce qui est matériel du bloc opératoire, il y a des dispositifs médicaux à usage unique, mais la plupart du matériel est très coûteux, donc celui-là est réutilisé. Mais pour le reste, il y a beaucoup de jetable qui ont un impact au niveau de la pollution. Donc voilà, c'est trouver le juste milieu.

Mais la politique qui anime maintenant les milieux hospitaliers, c'est de trouver le matériel qui coûte le moins cher aussi et donc de pouvoir hospitaliser parce que moins cher que d'acheter des dispositifs médicaux à usage unique. L'OMS a lancé un plan justement de développement durable. Et donc là, il y a une enquête, par exemple, concernant l'institution qui est en cours, avec quels items qui sont proposés, et une priorisation, de la gestion des déchets, ça c'est quelque chose qui est déjà bien en place dans la structure hospitalière, mais ça va au-delà, ça va dans la récupération des gaz médicaux, la gestion des déchets, diminuer le nombre de déchets.

Il y a une politique institutionnelle par exemple qui interdit d'utiliser des gobelets jetables donc on n'utilise que du lavable. Sinon au niveau des ateliers techniques et biotechniques, à mon avis, ils ont d'autres points qui les concernent davantage.

-LDW : *J'ai une toute dernière question de votre point de vue personnel. Quelle vision vous avez pour l'avenir du secteur de la santé belge d'ici 2030 ou à l'horizon à 10 ans ? Est-ce que c'est plutôt optimiste ?*

-CM : Oui. Je suis nature optimiste. Dans l'institution où je travaille, on a la chance d'avoir du personnel qualifié à 99%. Continuer comme ça, je pense que c'est utopique. Donc, il faut intégrer les nouvelles professions et intégrer les professions existantes notamment les aides-soignants et trouver un moyen d'organiser et d'intégrer tout cela. Je suis un peu moins optimiste concernant nos gouvernements qui ne mesurent pas l'impact de leurs décisions sur le terrain.

Ils ont une vision financière uniquement. Mais ce n'est pas en réduisant les budgets qu'on trouvera la bonne solution. Parce qu'en réduisant les budgets, on risqua aussi de réduire la qualité des soins que l'on fournit aux patients. S'ils font le test de se retrouver patients à l'hôpital, ils comprendront ce que je veux dire. Ils verront que les infirmières auraient besoin de passer plus de temps avec les patients. Et donc là je suis un peu moins optimiste parce que les gens qui prennent des décisions sont des gens qui n'ont pas connaissance de la vérité de terrain.

-LDW : *Merci beaucoup en tout cas pour le temps que vous m'avez accordé.*

5) Interview de Anne Swalue, Attachée Relations Internationales et Direction générale Soins de santé au SPF Santé Publique

LDW : Loïc De Witte

AS : Anne Swalue

-LDW : *Bonjour je fais un mémoire. La question exacte c'est comment assurer la durabilité du secteur de la santé en Belgique d'ici 2030. Je m'intéresse aussi bien à la durabilité environnementale que aux enjeux liés à tous les enjeux sociaux, par exemple le manque de personnel dans les hôpitaux, etc. Donc je cherche des informations de plusieurs points de vue, aussi bien d'un point de vue environnemental, sociétal, politique, et aussi bien d'avis extérieur des organisations, que des hôpitaux, que des acteurs politiques qui ont un impact sur le secteur de la santé.*

-AS : Ok d'accord. Ici, on peut parler de la durabilité environnementale en Belgique. Très bien. En ce qui concerne la durabilité environnementale des soins de santé, moi je travaille au Service Public Fédéral (SPF) santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Dans le même service public fédéral on regroupe les deux. Pour la santé aussi ce sont des compétences qui sont déjà fortement régionalisées, communautarisées, ça dépend un peu dans quel coin du pays.

Pour pouvoir aussi travailler au niveau national, au-delà de ce que fait le Service public fédéral, il y a aussi une coordination nationale qu'on appelle NEHAP, qui est la coordination nationale en matière d'environnement santé. Donc NEHAP, en fait, il y a une conférence interministérielle environnement santé qui est en place depuis 2003, qui se réunit environ une fois par mois, mais ça peut dépendre, et qui se coordonnent sur des projets qu'ils souhaitent mettre en place au niveau national. Donc c'est bien par rapport à des projets, ce n'est pas du tout une coordination

stratégique, ce sont des projets qui sont définis dans le cadre de plans d'action nationaux environnement santé National Environment and Health Action Plan, c'est NEHAP.

On est en cours d'élaboration du troisième plan NEHAP qui inclut une série de projets. Mais pour ce troisième plan avec un focus important sur les liens entre climat et santé au sens large. Il y a des projets par rapport aux vagues de chaleur, il y a des projets par rapport aux moustiques exotiques qui se développent suite au changement climatique. Donc il y a des projets ponctuels. Un de ces projets concerne la durabilité environnementale des systèmes de santé. Au niveau NEHAP, il y a cette conférence interministérielle où sont représentés tous les ministres. Il y a une cellule administrative qui assure le suivi. En gros, les ministres prennent des décisions et la cellule administrative s'occupe de la mise en œuvre de ces décisions. Dans cette cellule administrative, il y a des représentants de toutes les entités. Moi, je suis la représentante pour la santé fédérale. En gros, si tu veux, la fonctionnaire qui va essayer d'exécuter les décisions prises par le ministre dans cette conférence interministérielle. Pour essayer de mettre en œuvre la décision ministérielle de travailler à la durabilité du système de santé, la cellule NEHAP a en plus créé un groupe de travail qui reprend de nouveau aussi des responsables de toutes les administrations pour essayer de mettre les choses en place. Le plan NEHAP3 n'est pas encore tout à fait terminé.

Il a été adopté par la conférence interministérielle, mais il y a une consultation publique qui est en cours maintenant, qui va être lancée, donc où tout citoyen, citoyenne, toute association pourra donner son avis sur le plan. Suite à ça, il y aura encore une série de modifications qui pourront être faites sur le plan avant de rentrer vraiment dans l'opérationnalisation. Mais le groupe de travail a déjà été mis en place pour commencer à réfléchir sur la manière dont on va travailler.

Voilà, ça c'est pour l'organigramme, pour quelles sont les structures impliquées. Maintenant, plus au niveau du contenu, qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce qu'on ne fait pas? Ce groupe de travail qui vient d'être mis en place pour le nouveau plan, il est pionnier dans le sens où c'est la première fois qu'il y a quelque chose qui est mis en place au niveau national. Par contre, il y a toute une série d'initiatives qui sont en place, soit au niveau local, donc des hôpitaux eux-mêmes qui prennent des mesures pour essayer d'améliorer leur empreinte carbone, de diminuer leurs émissions, de réduire les plastiques. Une série de mesures prises par les hôpitaux eux-mêmes et après il y a une série d'actions notamment en matière de rénovation des bâtiments.

Bruxelles a développé aussi toute une série de choses notamment avec le soutien de l'ONG qui s'appelle Health Care Without Harm. C'est une ONG internationale basée à Bruxelles qui accompagne une série d'hôpitaux bruxellois pour améliorer leur durabilité. Au niveau de la Wallonie, c'est moins avancé au niveau politique. Il y a quand même des réflexions par rapport aux normes d'agrément, sur des questions de normes de bâtiment, etc. Et puis, des initiatives locales d'hôpitaux. Il y a eu quelques appels à projets aussi, notamment pour le développement durable, qui était ouvert à une série d'entreprises, aussi entreprises publiques, où certains hôpitaux ont pu participer aussi. Mais c'est moins comme en Flandre où il y a vraiment un plan Green Deal, ici on est plus dans des initiatives ponctuelles à part en ce qui concerne les normes d'agrément. Bruxelles est aussi en train de modifier ses normes d'agrément des services de soins. Et je pense que ça inclut même les maisons de repos. Ça c'est les politiques qui existent déjà.

-LDW : *Avec ce groupe de travail, qu'est-ce que vous ambitionnez de faire?*

-AS : Donc l'idée c'est de justement essayer de dépasser le caractère ponctuel et de pouvoir à un moment donné avoir une homogénéisation au niveau national ou en tout cas pouvoir s'inspirer l'un l'autre des bonnes pratiques et essayer de tirer tout le monde vers le haut. Donc pour ça on veut travailler en trois phases. L'idée c'est d'abord de pouvoir établir une base des émissions de gaz à effet de serre imputable au secteur de la santé.

Il y a eu pour le moment des premières estimations qui parlent de 7% des émetteurs. Donc il y a des choses à faire, mais l'idée c'est d'avoir une première base pour pouvoir avoir un niveau

zéro qui permettra de mesurer les progrès pour le futur. Ça c'est la première étape et on va travailler là-dessus avec justement Estia Weasel Farm dont je parlais tout à l'heure. Donc on est dans un projet pour le moment où on a un accompagnement de leur part. LCAW est aussi une société de consultants qui s'appelle ARUP, qui justement a développé une méthodologie pour aller vers une réduction totale des émissions vers la neutralité carbone pour le secteur de la santé. Donc première étape cette baseline, deuxième étape on veut faire vraiment un inventaire de ce qui se fait déjà au niveau local et régional. Donc je viens de vous donner quelques exemples, d'avoir un inventaire plus officiel des actions en place. Et pour aller vers la troisième étape qui sera de sélectionner une série de projets que l'on mettra en œuvre au niveau national. Donc, c'est pour ça qu'on a besoin de cet inventaire de la deuxième étape parce là où il y a des besoins, il y a des manques.

Par exemple, pour le moment, c'est plus de l'ordre de l'intuition, mais il semblerait que sur le traitement des déchets hospitaliers, on pourrait mieux faire. D'abord, voir ce qui se fait déjà, comment est-ce qu'on pourrait améliorer ça. Tout ça, il faut bien le comprendre comme étant très prospectif pour le moment le plan NEHAP3 n'est même pas adopté pour le moment il y a un groupe de travail qui réfléchit on est vraiment au niveau du brainstorming sur qu'est ce qui serait possible de faire. La seule chose officielle à ce stade c'est que NEHAP a signé un accord avec Health Care Without Arms pour être accompagné dans notre réflexion sur comment améliorer la durabilité des soins de santé. Pour le moment, on est juste là. Tout le reste, c'est que lors de la COP26, donc ce n'est pas la dernière qui est en Égypte, c'est celle avant qui était en Écosse, je pense.

Donc, durant la COP26 climat, la Belgique a pris un engagement pour la durabilité des soins de santé. Elle s'est engagée officiellement à réduire les émissions du secteur de la santé pour atteindre la neutralité carbone d'ici 2050. C'est un engagement politique, ce n'est pas contraignant, c'est plus un objectif à atteindre, toute une série de réflexions qui sont en cours à l'heure actuelle. Voilà, là ce sont les grandes lignes, je ne sais pas si tu as des questions plus particulières sur certaines choses. Je te dis, les deux choses officielles c'est cet engagement de la Belgique et pour mettre en œuvre cet engagement, un accord de partenariat avec LCAW pour essayer de réfléchir ensemble à un plan de route. On est associé à l'Irlande qui participe aussi au projet pour leur soin de santé à eux, mais c'est l'idée aussi de pouvoir faire de l'échange de bonnes pratiques ou autre.

La question de la durabilité des soins de santé est vraiment fort à l'agenda pour le moment. C'est quelque chose dont on parlait beaucoup moins avant. Il y a eu cette COP26 avec un gros engagement de l'OMS aussi. La prochaine COP sera la COP 28. Il y aura carrément une journée santé, aussi avec l'implication de l'OMS. L'OMS, ici par exemple, il y a une série de conférences prévues sur la résilience des systèmes de santé qui maintenant inclut de plus en plus la question de l'empreinte environnementale des soins de santé. Si tu veux, par exemple, il y aura une conférence à Tallinn en décembre, donc là une conférence de l'OMS mais zone euro, sur justement sur le futur des soins de santé. C'est les pénuries de personnel, c'est la durabilité, c'est la soutenabilité financière. C'est un critère parmi d'autres.

-LDW : *Merci déjà pour ces explications. Ça me permet de situer un petit peu les engagements et les politiques qui sont en train d'être mis en place. J'ai une question un peu plus concrète du coup. Selon vous, quels sont les principaux enjeux pour la durabilité environnementale du secteur de la santé belge? Des enjeux concrets pour assurer la durabilité dans les dix prochaines années?*

-AS : Tu veux dire des enjeux plus « qu'est-ce qu'on risque si on ne le fait pas ? » ou plutôt les domaines sur lesquels il y a plus à faire?

-LDW : *Plutôt les domaines sur lesquels vous cherchez des solutions justement et qui pourraient être à risque si jamais justement pas de solution n'était apportée dans les années à venir.*

-AS : Sur les enjeux, on le formule souvent comme ça, la santé va devoir assumer toute une série de conséquences liées au changement climatique. Les inondations qu'on a vécues en Wallonie par exemple, de nouvelles maladies, je parlais tout à l'heure des maladies vectorielles, comme les maladies amenées par des moustiques exotiques, les impacts sur la santé mentale aussi, il y a toute une série de conséquences directes des changements climatiques qui vont être assumées par le secteur de la santé.

Et donc, la durabilité des systèmes de santé, c'est aussi une manière de faire sa part et d'être en fait dans la prévention plutôt qu'uniquement dans le curatif. Maintenant, il y a des win-win qui peuvent être dégagés à ce niveau-là. Notamment si on parle des bâtiments hospitaliers, d'un côté, on va réduire l'empreinte carbone du secteur de la santé, mais ça va aussi lui permettre de fonctionner s'il y a des pénuries d'autres types d'avoir une énergie moins chère. Donc, on cherche aussi ces win-win là, où ce ne soit pas uniquement avec des préoccupations environnementales importantes mais aussi pour le bénéfice des systèmes de soins eux-mêmes.

-LDW : *Vous parliez justement de la vision de l'avenir, de problèmes aussi liés à la santé mentale, etc. Et du coup, comme vous dites, la durabilité c'est une manière de faire de la prévention maintenant. Et en termes de prévention vraiment concrète que les gens peuvent saisir, est-ce que vous mettez en place des politiques peut-être de prévention, des politiques de promotion de santé durable pour les citoyens mais aussi pour les acteurs de la santé directement dans les hôpitaux, etc. ?*

-AS : Alors là pour la répartition des compétences, la prévention c'est plutôt côté des régions et communautés. Communauté en Flandre, région en Wallonie. Mais ça participe quand même. On est quand même de manière plus générale dans cette idée-là. Donc on commence à travailler sur l'éco-anxiété. On commence à travailler aussi sur les conditions de travail du personnel de santé parce que par exemple oui des bâtiments mieux isolés seront aussi plus agréables pour le personnel de santé en cas de forte chaleur par exemple. Oui ça participe, l'idée c'est d'avoir aussi la santé mentale comprise de manière générale. Mais pour le moment, ici, le groupe de travail dont je parlais, ou les projets NEHAP, n'ont pas d'action spécifique de prévention par rapport à la population ou au personnel de santé. C'est plus le travail des régions et communautés.

-LDW : *Donc le projet NEHAP, c'est vraiment des initiatives au niveau national pour l'ensemble du secteur de la santé ?*

-AS : En fait, ce sont des initiatives qui doivent être des projets, donc ce ne sont pas des politiques structurelles, ce sont vraiment des projets qui ont une durée de vie limitée et qui concernent des thématiques pour lesquelles il faut nécessairement collaborer entre les différentes entités. Typiquement des thématiques qui sont à cheval sur plusieurs compétences. On ne peut pas faire l'un sans l'autre. Il y a vraiment un besoin de le faire au niveau national. Par exemple, typiquement les moustiques, ça n'a pas de sens d'essayer de faire des inventaires de moustiques-tigres en Wallonie plutôt qu'en Flandre alors que les moustiques bougent. Mais on doit aussi le faire entre santé et environnement parce que les autorités régionales qui vont aller essayer de faire des inventaires d'où sont les moustiques ne le font pas pour la beauté de la biodiversité, ils le font pour les risques sanitaires liés à ces moustiques-là. Donc voilà c'est typiquement ce type de projet qu'on doit faire tous ensemble. Maintenant après par exemple il y a aussi des collaborations sur l'éthique, mais la Flandre a d'autres politiques que ce que la Wallonie peut faire par exemple mais on essaie d'avoir une coordination et un partage d'informations parce que c'est un enjeu sanitaire national.

-LDW : *J'ai une petite question par rapport à la crise du Covid. Je voulais savoir quelles étaient les principales difficultés que vous avez eu à gérer pendant cette période-là et ensuite du coup quel enseignement vous avez pu en tirer ? Est-ce qu'il y a eu des choses qui ont été mises en place maintenant pour contrer peut-être une nouvelle crise inattendue de ce caractère-là ?*

-AS : Il y a eu énormément de choses qui ont été mises en place par exemple nous dans notre SPF maintenant il va y avoir une nouvelle élection générale pour les crises et les urgences sanitaires au début du Covid c'était une personne maintenant c'est une équipe complète. Donc voilà tous les enseignements ont fait l'objet d'évaluations. Il y a encore des évaluations en cours. L'idée, c'est vraiment de tirer les leçons parce qu'on estime que maintenant la gestion de crise va devenir la nouvelle norme et qu'il faut se préparer pour les prochaines crises, parce qu'il y en aura, et qu'elles seront liées à une pandémie ou liées aux effets des changements climatiques ou des catastrophes naturelles liées aux changements climatiques.

Voilà, depuis le Covid, il y a déjà eu la question de la guerre en Ukraine, de l'afflux des réfugiés, l'envoi de médicaments, etc. les inondations. Donc maintenant on enchaîne les crises. C'est ça la nouvelle norme. Et donc tout le système de santé maintenant est en train de s'organiser pour travailler dans un système où la crise est la norme. Ce qu'ils appellent au niveau de l'OMS le dual track. C'est vraiment avoir en permanence deux fronts, la santé normale, prévention, les traitements, etc. et la gestion des crises. Et qu'on puisse en parallèle à la fois gérer les crises, mais maintenir l'offre de soins, maintenir le traitement des maladies chroniques, etc.

Pendant le Covid, tout s'est arrêté pour se concentrer sur la crise. Maintenant, on essaie de tirer les leçons, de se dire la crise, c'est notre nouvelle norme et donc il faut qu'on puisse en parallèle maintenir l'offre de soins et gérer ces crises. D'où l'idée maintenant, par exemple, au sein de notre SPF, d'avoir une DG crise en parallèle de la DG soins de santé. Alors qu'avant, il y avait une petite cellule pour les crises sanitaires et les services d'urgence étaient dans la DG soins de santé, maintenant on va rassembler les services d'urgence et les services PHE, on appelle donc Public Health Emergency, en une nouvelle direction générale.

Mais il y a encore des évaluations en cours, c'est aussi cette idée de ne plus penser en silos et d'essayer d'avoir justement une vision « One world, one health », c'est le slogan du SPF, mais c'est vraiment cette idée que tout est en lien et qu'on doit ne pas être de manière distincte, mais bien avoir une approche holistique des questions environnementales et santé. Parce que, par exemple, le Covid, les études sur les origines ne sont pas encore claires. Donc, c'est environnement et santé, mais c'est aussi sécurité de la chaîne alimentaire, donc alimentation-faune-flore. C'est aussi la question de la détection de risques sanitaires liés à la nourriture.

-LDW : *Du coup, j'ai une dernière question. Je voulais savoir, de votre point de vue peut-être personnel, comment est-ce que vous voyez l'avenir du secteur de la santé belge à l'horizon 2030? Est-ce que c'est plutôt une vision optimiste ou est-ce qu'il y a des gros challenges qu'il faut encore contrer et auxquels il va falloir faire face?*

-AS : Clairement pour les professionnels de santé, ça c'est un gros point à l'agenda. Mais on parle de 20 ans pour pouvoir répondre à ça. Donc si c'est à l'horizon 2030, à mon avis ça va être encore un peu court. Il y a toute la question de l'intégration européenne, on parlait tout à l'heure des leçons du Covid, c'est aussi ça, c'est comment est-ce qu'on peut collaborer, être solidaire au niveau de l'Union Européenne ? Pour le moment, l'Union Européenne avait très peu de compétences en matière de santé, c'était vraiment la souveraineté nationale qui primait. Puis dans le Covid, il y a eu des grands élans de coopération, quelques reculs aussi par moments. Ça a été un peu dans un sens et dans l'autre.

Mais je pense quand même qu'on va de plus en plus vers ce qu'on appelle l'union de la santé, avec la mise en place d'une nouvelle agence au niveau de l'Union Européenne pour justement la prévention des crises, avec davantage de financement au niveau européen pour renforcer les systèmes de santé, avec cet accent aussi sur la résilience et sur comment on peut renforcer les systèmes de santé pour qu'ils soient capables d'encaisser les coups et d'encaisser les chocs.

-LDW : *Juste une toute dernière question qui m'est venue à l'esprit quand vous parliez des enseignements de la crise du Covid, etc. C'est peut-être une question toute bête, mais est-ce que par exemple il y a eu des initiatives qui ont été mises en place pour plutôt favoriser l'achat de produits ou d'ustensiles médicaux au niveau plus local?*

-AS : C'est arrivé, mais de manière assez ponctuelle. Mais c'est clairement aussi un enjeu plutôt lié à la production. Comment soutenir la production européenne des médicaments et des produits de santé? C'est un sujet sur lequel on veut mettre l'accent mais pour le moment il n'y a pas encore de politique structurelle. C'est plus des intentions, même chose pour la durabilité, c'est aussi l'idée. Ce serait l'objectif de pouvoir soutenir la production locale mais aussi plus durable. Il y a énormément de plastique dans le packaging de tout ce qui est médical. Il y a même les emballages de médicaments.

À part pour les hôpitaux, il y a très peu d'emballage en gros. C'est toujours vraiment sur-emballé pour tout. Mais on est aux prémices. Il n'y a pas encore de travail qui est fait à ce niveau-là.

-LDW : *Merci pour les réponses et pour les explications, c'était bien clair.*

6) Interview de Mélanie Lanssens, responsable RSE du Centre Hospitalier de Mouscron

LDW : Loïc DE WITTE

M.L : Mélanie Lanssens

-LDW : *Vous m'avez dit que vous êtes référente RSE depuis pas très longtemps. Ça fait combien de temps exactement?*

-M.L : J'ai un petit peu démarré en gérant le projet avec le SPW en 2022 et là en 2023, je suis officiellement en poste.

-LDW : *Et ça existait déjà avant ou c'est tout nouveau?*

-M.L : Maintenant, dans les fédérations UNESSA et SANTEA, qui sont les fédérations des hôpitaux, il y a des réunions régulièrement avec tous les référents RSE des hôpitaux. Donc, il fallait identifier quelqu'un qui puisse aussi participer à ces réunions. C'est vraiment tout nouveau et il n'y avait personne d'autre.

-LDW : *C'est une fonction à temps plein ou vous avez une autre casquette à côté?*

-M.L : Je suis responsable d'entretien ménager et en parallèle, je fais un TRE. En 2024, il va y avoir une réflexion, une réorganisation sur différentes parties à ce niveau-là.

-LDW : *Quels sont les principaux enjeux en durabilité pour les prochaines années et les solutions à mettre en place pour réussir à faire face à ces enjeux et ces défis ?*

-M.L : Alors, il y a pas mal de défis et d'enjeux. Donc pour l'instant, on a établi une feuille de route avec des projets jusqu'à les 10 prochaines années. Là, le projet principal sur lequel on travaille en 2023-2024, c'est la gestion des déchets. Ça, c'est vraiment le sujet sur lequel on travaille actuellement. Parce qu'il y a énormément de déchets et par rapport à la législation, par exemple, c'est vrai qu'on a des contraintes, mais en même temps il faut favoriser le recyclage, il faut trouver des solutions. Donc ça c'est un des gros projets sur lequel on travaille.

-LDW : *A ce niveau-là, au niveau des déchets hospitaliers à trier il y a vraiment une législation mise en place ou c'est votre propre initiative?*

-M.L : Non, il y a une législation par rapport à ça, mais la législation est en train d'évoluer. Par exemple, on ne va pas remettre en place le prix des déchets organiques, donc tout ce qui est alimentaire. Il y a aussi la réflexion avec la Covid qu'on a connue. On a les déchets B1, qui sont les déchets de soins sans risque, et les déchets B2 qui sont les déchets de soins à risque. Et l'OMS a défini que 85% des déchets hospitaliers sont des déchets sans risque. Il y a une grande partie de ces déchets qui part dans les B2. Donc voilà, le prix est totalement différent. On est à plus de 500 euros la tonne de déchets. Après, on utilise aussi beaucoup d'emballages. Et donc il y a aussi cette réflexion au niveau des achats, qu'est-ce qu'on peut améliorer, qu'est-ce qu'on peut changer. Avec le Covid, on a connu beaucoup de pénuries, donc au niveau du magasin, il y a aussi un gros travail qui a été fait pour revenir sur des choses un peu plus locales, pour éviter ce genre de soucis en cas d'épidémie.

Donc ça, voilà, c'est le travail qui a été fait l'année passée, avec les objectifs qu'on s'est fixé, on a donc monté un groupe de travail avec du personnel administratif, logistique et du nursing. Et on a identifié un petit peu les objectifs sur lesquels on pouvait agir. Par exemple, un travail qui va être fait c'est sur la nutrition, sur le gaspillage alimentaire. Là il y a un travail qui est en cours pour obtenir un label cantine durable avec le tri des déchets, faire une analyse des produits contenant des perturbateurs endocriniens et voir ce qu'on peut rassembler. Mais pour cela, on a mis un objectif à 2030 parce que le travail est conséquent. Campagne de sensibilisation aux accidents domestiques. Donc ça, c'est par rapport au nombre d'admissions, etc. de vaccination, des stages de diabète. Par rapport aux questions suicidaires, donc ça c'est pareil, il y a tout un travail qui doit être fait à ce niveau-là.

Par rapport aux formations, donc développer des partenariats et augmenter les formations, on a le projet LAC, où là les étudiants en dernière année d'infirmière prennent en charge un service seul avec l'appui du personnel soignant, mais c'est bien eux qui gèrent l'entièreté du service. Dans le cadre de la formation, on cherche à avoir une répartition 60-40 au niveau personnel féminin-masculin. On cherche aussi à augmenter le nombre de travailleurs handicapés car on a peu de travailleurs handicapés. Dans le cadre du projet Durable, avec la mise en place de tris supplémentaires, c'est peut-être une possibilité d'embaucher des travailleurs handicapés. Ce sont des actions pour l'autonomie de la population, même si on se rend compte qu'il y a de plus en plus de personnes qui ne savent ni lire ni écrire et que la communication avec le personnel soignant sera un petit peu compliquée.

Par rapport à l'eau, il y a un travail qui va être fait déjà pour installer des fontaines d'eau dans tous les services. Dans les projets futurs d'agrandissement de l'institution, il y a un projet de récupérer l'eau de pluie. Dans toutes les rénovations, on change par exemple les robinets par des robinets automatiques. On va par exemple changer les stérilisateurs avec un système de refroidissement, ce qui est éminent. On a plus de 1300 collaborateurs, et c'est vrai qu'il faut les sensibiliser à ça parce qu'on le fait beaucoup à la maison et on se rend compte que finalement, arrivé dans l'institution, on fait un peu moins attention.

On a réalisé un guide du travailleur éco-responsable. En début d'année, quand on a vraiment finalisé notre feuille de route, on a fait ça sous forme « d' Escape Game ». Donc on a fait un « Escape Game » Durabilité. Les personnes ont apprécié. Ça permettait de réunir la direction, des personnes du service technique, des infirmières. Voilà, c'était vraiment des groupes mélangés. Et on se rend compte que finalement, en donnant des chiffres, en expliquant la démarche, pourquoi faire cette démarche, ça interpelle le public.

-LDW : La communication est vraiment importante dans ce cadre ?

C'était justement une des questions que j'avais par rapport à la sensibilisation du personnel. Il est important que les gens qui travaillent ici soient conscients de ce qui se passe, de ce que vous mettez en place. Les travailleurs qui intègrent l'institution reçoivent une farde avec tous les documents, le règlement de travail, et également la fiche du travailleur et éco-responsable.

On a un programme de formation qui sera obligatoire pour tous les travailleurs en 2024, pour être sûr que tout le monde soit sensibilisé. Au niveau des projets, c'est investir dans des infrastructures plus durables. L'objectif, c'est 35% en plus d'énergie renouvelable en 2030 en intégrant des matériaux recyclés ou encore des peintures 100% neutres. On s'est fixé pour objectif d'ici 2028 de vraiment inclure une charte d'engagement durable pour les choix d'attribution de marchés publics. On a inclus les objectifs de développement durable dans notre plan stratégique institutionnel.

-LDW : Avez-vous mis en place un comité qualité sécurité durabilité ?

-ML : On a une charte d'engagement durable, c'est ce qui est diffusé sur notre site internet pour informer les patients de notre démarche. A la fin de cette année, début de l'année prochaine, on va faire un appel à projets en interne pour inciter les gens d'eux-mêmes à proposer des initiatives, et pas simplement se dire, ok, je prends ce qu'on me donne.

On a fait trois sessions de formation sur la durabilité, les personnes ont des idées en fait, mais il faut réussir à les impliquer, et généralement, ça fonctionne mieux quand les gens participent à la construction d'un projet dès le départ. On essaie aussi, avec ma collègue des achats, de travailler sur le périmètre fournisseurs. Travailler aussi sur des choses pour éviter par exemple les déchets. On a par exemple des matelas qui se gonflent avec une pompe. A chaque fois qu'on achète un nouveau matelas, on reçoit une pompe. Mais de ce fait, on possède trop de pompes. L'objectif est de voir avec le fournisseur par exemple pour ne pas avoir systématiquement une pompe avec le matelas.

En septembre, avec ma collègue RH, on va travailler sur tout ce qui est mobilité. Puisque c'est vrai que nous on a des travailleurs qui habitent dans la proximité de l'institution, on va essayer de changer la mentalité de la voiture. Ce sont des choses auxquelles il faut penser parce qu'en fin de compte, c'est aussi un gros impact à long terme si des gens prennent le vélo au lieu de la voiture. Il faut également penser à mettre en place une politique de bien-être au travail, une politique de bien-être bien établie, pour attirer de nouveaux talents, leur offrir des avantages dans le but de les garder au sein de notre institution. Mais c'est très difficile d'attirer des

médecins, des infirmières, des techniciens ou techniciennes. Pour tous les profils, c'est compliqué.

-LDW : *Et selon vous, pourquoi y a-t-il pénurie? Parce qu'il y a moins d'étudiants qui font ces études-là ?*

-M.L : Je pense que les personnes ne restent plus. Avant on faisait toute sa carrière au même endroit. Maintenant les personnes font davantage attention à leur vie personnelle, à leur vie privée, et adaptent le travail à la vie privée. Par conséquent, je pense que les gens changent plus facilement de métier. Ils ont moins peur de laisser un emploi s'il y a des conditions qui ne leur conviennent pas, ou si les horaires ne s'adaptent pas, alors qu'avant, on ne disait trop rien. Donc je ne pense pas que ce soit vraiment le manque d'étudiants. Mais il faut les inciter à venir, et surtout les inciter à rester.

-LDW : *C'est très important d'attirer des nouveaux talents, comme vous dites. Mais est-ce qu'il y a d'autres initiatives qui sont mises en place, peut-être un peu en dehors du cadre RSE ?*

-M.L : Il y a des Job Day's qui sont effectués. Au mois d'octobre, on fait une porte ouverte pour faire découvrir nos métiers : le personnel du laboratoire, le personnel du service technique, les études qu'il faut faire, comment se passe une journée de travail pour inciter les personnes à faire ce genre d'études. Il y a également des partenariats avec les écoles. Le service RH va régulièrement présenter l'institution dans les établissements scolaires.

-LDW : *Pour le moment, les pénuries, c'est encore possible à gérer. Mais comment voyez-vous l'avenir ? Est-ce que vous avez craignez qu'il manque vraiment beaucoup de personnel ?*

-M.L : Il y a une crainte, clairement. Malgré tout, l'effectif de l'institution a augmenté, mais il est vrai que c'est beaucoup plus difficile d'aller chercher les candidats et on a un petit peu peur que le phénomène ne s'accroisse. Je pense également que le Covid aussi n'a pas donné une bonne image du métier. Je pense que ça peut faire peur à certaines personnes parce que ce sont pas des métiers faciles.

-LDW : *Pour rebondir sur ce que vous venez de dire sur la crise du Covid, j'ai une petite question par rapport à cette période-là. Comment avez-vous géré cette période-là en termes d'effectifs, mais aussi en terme de gestion de la vie quotidienne durant un an et demi, deux ans ? Est-ce que le Covid a généré une entraide assez importante ?*

-M.L : Il y a vraiment eu une entraide. Moi, par exemple, au niveau de mon service, mais dans d'autres services aussi, forcément l'activité ayant chuté, il y a eu une période de chômage technique. Mais à côté de ça, les gens étaient volontaires. Mais ce qui était difficile c'était de gérer les changements puisque tout assez flou pour tout le monde, même pour les leaders. Un jour on recevait des recommandations, puis le lendemain c'était une autre, donc ça c'était compliqué. Ces décalages, psychologiquement ça a été dur pour le personnel. Je pense également qu'on a senti après une augmentation des absences. Je pense que les personnes ont tout donné pendant la période de Covid et puis après, on a eu des personnes qui étaient en difficulté psychologique.

-LDW : *J'imagine que cela a dû être très compliqué à gérer, pas uniquement en terme de travail, mais aussi en charge émotionnelle. Qu'avez-vous constaté à ce moment-là ?*

-M.L : Alors au niveau de la direction, ils ont mis en place des groupes de parole. Donc tout le monde s'est rendu à une réunion d'informations. Ils expliquaient clairement les choses, où on en était dans l'épidémie, les difficultés, ce qu'on pouvait ressentir, ce qui était normal ou pas, avec des solutions. Les psychologues de l'institution étaient vraiment à disposition du personnel. C'était une période où il fallait rassurer le personnel puisqu'on avait des personnes qui avaient très peur. Clairement, dans mon équipe, j'avais des personnes qui étaient terrorisées par la peur de ramener quelque chose à la maison, de transmettre quelque chose à leurs parents, etc.

-LDW : *Du coup, après cette crise, est-ce qu'il y a quelque chose qui a changé au niveau de la prise de décision, par exemple, pour avoir du matériel plus facilement? Est-ce qu'il y a des choses qui ont été mises en place pour se dire, si jamais il y a une nouvelle crise arrive dans les années à venir, on pourrait potentiellement être un peu moins surpris par la situation ?^[SEP]*

-M.L : Comme j'expliquais au niveau du magasin, on a passé quand même pas mal de choses sur du local. En se disant, voilà, en cas d'épidémie, on risque moins d'avoir des pénuries parce qu'on s'est retrouvé quand même des fois dans des situations où c'était un petit peu compliqué.

-LDW : *J'ai encore deux petites questions, un peu plus globales par rapport au secteur de santé belge. Je me demandais si vous avez eu des collaborations avec d'autres acteurs du secteur de la santé et aussi comment se passent les collaborations avec les décisions qui sont prises au niveau fédéral. Est-ce que c'est facile? Parce que j'ai eu 2-3 interviews, et à chaque fois j'avais l'impression que c'était parfois assez flou, au niveau des directives qui pouvaient arriver ou des réformes mises en place.*

-M.L : on se réunit une fois par trimestre, avec tous les RSE des différents hôpitaux. Et du coup, on a les responsables RSE des fédérations qui, eux, négocient certaines choses. Je sais que, par exemple, il y a eu une discussion avec les responsables de firmes pharmaceutiques. Parce que voilà, on peut nous imposer, à nous, de réduire nos déchets, mais il faut peut-être déjà interdire aux firmes pharmaceutiques de sur-emballer les choses. Pareil, au niveau des déchets, on nous imposera le tri alimentaire à partir du 1er janvier 2025, mais à ce jour, la législation ne nous l'autorise pas. Il faut que la législation nous aide. Et c'est là qu'il y a des problèmes encore. Et c'est là où c'est parfois un peu flou. Parce que la législation est sujette à interprétation. Encore une fois sur les déchets, tout ce qui est potentiellement infecté doit être traité comme un déchet à risque. Mais on entend quoi par potentiellement infecté? En fait tous les hôpitaux où on a fait la même interprétation, tout ce qui sort d'une chambre patient, c'est potentiellement infecté, ça part. Mais finalement il y a des choses qu'on peut recycler, dans le cas par exemple d'une dame qui vient d'accoucher. Ce n'est pas potentiellement infecté

Donc voilà, pourquoi ne pas pouvoir faire le triage volontaire, pourquoi ne pas pouvoir recycler certaines choses, il faut avoir cette réflexion : arrêtons de jeter tout ce qui sort d'une chambre patient. Mais la législation est floue. On peut considérer comme déchet dangereux tout ce qui peut être potentiellement infecté, si on part du principe que tout ce qui sort d'une chambre est potentiellement infecté. Ou dans le cas d'une chambre infectée et signalisée, il y a un isolement

qui peut être mis en place, et là dans ce cas tout part dans les déchets à risque. Voilà, c'est soumis quand même beaucoup à interprétation. Mais c'est vrai il faut qu'on fasse le lien entre toutes les législations. Ce qu'il faut également savoir, on est aussi dans une démarche qualité avec l'accréditation « Canada », accréditation internationale. On en est à notre troisième série d'accréditation. Et là, il y a des critères aussi. Donc, il faut savoir faire les liens.

-LDW : *Depuis combien de temps avez-vous cette accréditation?*

-M.L : Alors, on a démarré cette démarche en 2016, et cette année, on a repassé l'accréditation. On est le premier hôpital de Belgique à avoir obtenu le Diamant.

-LDW : *D'accord. Et ça se base sur quoi comme critères? J'imagine qu'il y en a beaucoup?*

-M.L : Ah oui, il y en a énormément. Ce sont vraiment tous les processus de l'institution qui sont analysés. Depuis la gouvernance au leadership, en passant par les soins d'oncologie, les services des urgences ou l'environnement. Tous les trois ans, on a une visite d'une semaine. Tout est analysé, passé en revue.

-LDW : *Mais est-ce que cette accréditation, ça vous procure aussi d'autres avantages, au-delà d'être un hôpital très performant ?*

-M.L : Pour les patients aussi, c'est peut-être un gage aussi de qualité, de sécurité. Au niveau financement, je pense que ça aide clairement à obtenir les financements. Et je pense qu'il y a une partie du BMF qui est financée sur base d'ici 2030. S'il y a quelque chose qui m'a toujours choquée, c'est le gaspillage, c'est la sur-consommation. Et là, on sent qu'il y a vraiment cette volonté, une prise de conscience. On a un rôle à jouer. Clairement, le monde ne va pas très bien. Je pense qu'il faut qu'on change beaucoup de choses. On est dans une société de consommation, mais ici, c'est l'hôpital, on soigne les gens, mais est-ce qu'on doit soigner les gens, finalement ? Je pense qu'il va y avoir vraiment un gouvernement par rapport à tout ça, par rapport aux achats, aux consommations, je pense que même les médecins, de ce que j'ai entendu dans les programmes de formation, vont avoir une sensibilisation aux soins plus durable.

Donc je pense qu'il y aura une évolution par rapport à ça. Je l'espère. D'accord le début, mais il faut un engouement pour changer tout ça. Je pense que c'est vraiment un changement de mentalité, un changement de façon de faire. Quand on a fait les formations, notamment les Escape Games, où ça a permis beaucoup d'échanges. Donc je pense qu'il y a une prise de conscience aussi du personnel petit à petit...Je suis quand même optimiste. Je pense qu'il faut prendre le temps d'aller sur le terrain, de parler avec les personnes. Avant on appliquait des directives, mais sans explication. Maintenant, il y a des échanges entre la réalité du terrain, l'organisation des services, et les choses à mettre en place. C'était un reproche qui était fait par le personnel, le manque de communication.

-LDW : *Merci beaucoup pour vos réponses. Ça me permet d'avoir un point de vue intéressant, de voir qu'il y a des pratiques qui sont mises en place. C'est extrêmement intéressant. Les axes sur lesquels vous êtes en train de travailler et voir qu'il y a vraiment une prise de conscience, c'est très encourageant. Parce que c'est la direction qu'il faut prendre si on veut que ça aille. Donc c'est super. Merci beaucoup !*

7) Étudiante en dernière année de médecine à l'UCLouvain

LDW : Loïc De Witte

EM : Etudiante en médecine

-LDW : *La première question que je pourrais te poser, je voudrais savoir si tu avais eu des cours de durabilité environnementale pendant tes cours à l'UCLouvain ? Est-ce que la durabilité est abordée dans les cours plus larges comme les cours de médecine générale, etc. ?*

-EM : Non. On n'a jamais abordé le sujet.

-LDW : *Et donc vous avez des cours de médecine, je présume uniquement orientés vers la pratique de la médecine ? Est-ce que vous avez aussi des cours qui vous forment à comprendre un petit peu le système de la santé belge au sens large, par exemple comprendre les interactions entre les différents acteurs, comprendre quelles institutions entrent en jeu ? Ou est-ce que c'est uniquement des cours qui vous forment à être des médecins qui pratiquent la médecine ?*

-EM : En Master 2, on a eu 6 heures ou 8 heures de cours, dont le cours de médecine générale qui abordait le système de santé du coup plus du point de vue des médecins généralistes pour tout ce qui est l'INAMI, les différences entre les indépendants, les salariés ou les fonctionnaires pour comprendre aussi le financement du milieu médical, la différence entre les médecins qui pouvaient être conventionnés, déconventionnés, comment étaient fixés les prix des actes techniques qu'on pouvait poser, etc. Et du coup, on a aussi pu aborder le sujet des mutuelles, des assurances, genre vraiment le système de santé, mais c'était très global et pas hyper approfondi, vu que c'était seulement six heures dans un cours.

Et on n'a pas vu le fonctionnement des hôpitaux tel quel, donc tout ce qui est financement, direction, etc. Et ça en général, il faut faire une formation supplémentaire en santé publique pour s'y connaître mieux, vu que nous, c'est quelque chose qu'on apprend sur le tas.

-LDW : *Donc il existe une pénurie de médecins généralistes aussi à l'heure actuelle en Belgique, notamment dû à une mauvaise couverture géographique. On a certaines zones considérées comme des déserts médicaux. Est-ce qu'on vous incite durant vos études à vous établir dans certaines zones en particulier, là où il y aurait un manque de médecins ou pas du tout ?*

-EM : En Belgique, je ne crois pas que ce soit quelque chose qui était abordé en tous cas, on n'en a pas parlé aux cours. Mais ici pour l'instant, je suis en stage en France, et j'ai pu discuter avec certains médecins généralistes et c'est préoccupant. En France, il y a une loi qui est en train de passer pour que, lors de la dernière année d'assistantat de médecine générale en France, ils soient obligés de s'installer pendant, je pense, juste une année histoire de pouvoir leur offrir une activité médicale. Mais eux ne sont pas du tout favorables à ça. Donc ils essayent de faire en sorte que la loi ne passe pas.

-LDW : *Et toujours concernant cette pénurie de médecins et les incitations, est-ce que vous avez des incitations à vous former plutôt vers la médecine générale qu'à entreprendre des spécialisations ? Ou est-ce que, par exemple, l'université n'intervient absolument pas là-dedans ?*

-EM : C'est un peu ambivalent, je crois. Parce que l'université essaie de nous orienter vers la médecine générale. Par exemple, là, je commence ma dernière année. Pour l'instant j'ai eu trois stages en médecine générale et deux stages de médecine spécialisation. Pour essayer un maximum de nous orienter vers ça, comme la plupart de nos cours sont des cours de spécialité donnés par des spécialistes, eux ont tendance à nous montrer l'aspect de la spécialisation comme quelque chose de pas supérieur mais plus intéressant, je crois. Du coup, c'est un peu

contradictoire parce qu'on a peu d'approche de la médecine générale vu que nos cours sont très "focus" sur les spécialisations.

-LDW : *Justement, pour rebondir sur le fait que vous avez évoqué que vous ayez eu des stages déjà, est-ce que toi, pendant les stages que tu as effectués, tu as remarqué certaines pratiques qui pourraient être améliorées en termes de durabilité environnementale ? Je prends l'exemple du matériel à usage unique, qui est très utilisé dans les hôpitaux et qui est une problématique à l'ordre du jour. Est-ce que tu as l'impression qu'il y a encore beaucoup de matériel à usage unique et qu'il y a une prise de conscience au niveau des médecins, du personnel infirmier, etc., qui l'utilise ? Ou est-ce que ce n'est pas vraiment dans les mœurs de s'inquiéter de ce genre de problèmes ?*

-EM : Il y a clairement un souci à ce niveau-là, c'est sûr, parce que ce n'est pas dans les mœurs. On a pris l'habitude de "consommer du jetable". Par exemple quand j'étais aux urgences, quand tu utilises les instruments pour suturer, il y a des ciseaux, des portes à huile, des pinces, etc. Le médecin n'utilise pas forcément tous les instruments qui sont à sa disposition, mais la pratique veut que l'on jette tout d'office. Alors que par exemple en chirurgie, c'est des objets qui peuvent être nettoyés et stérilisés, qui coûtent beaucoup plus cher, mais qui sont stérilisés dans les machines, qui sont réutilisables. Mais aux urgences, je faisais genre 4 sutures par jour, et que moi, en tant que stagiaire, j'en avais 2, et donc chaque jour, j'ai jeté 4 ciseaux, 4 peintres, 4 petits emballages en plastique qui emballent chaque élément pour le garder stérile, etc.

Et j'en ai parlé à certains de mes maîtres de stages en posant la question, parce que c'est clair que notre génération est peut-être plus sensibilisée à l'environnement, au réchauffement climatique et tout ça. Donc pour moi, c'est une question qui se pose. Et eux, de la génération précédente, s'en rendent compte quand on en parle, mais ils ont tellement d'autres préoccupations, d'autres trucs à penser qu'ils font avec, ils se rendent bien compte que niveau budget, c'est compliqué pour les hôpitaux, vu que le système de santé en général, c'est un problème de financement, et ils ne peuvent pas se permettre de se payer le matériel du bloc pour les urgences. Ici pour l'instant, je suis en gynéco, on utilise des instruments en plastique et du coup on en utilise 20 par jour mais ça pourrait être remplacé par 1 seul en métal.

-LDW : *Ok d'accord, je vois. J'aurais une dernière question. En Belgique on observe aussi une grande pénurie d'infirmières et d'infirmiers dans les hôpitaux. Comment cela peut s'expliquer ?*

-EM : Pour ce que j'en ai vu dans mes stages, je pense que les conditions de travail sont quand même difficiles. Pendant mes stages j'ai pu constater justement que c'était une problématique d'actualité et que vraiment on constatait dans les faits qu'il y avait une pénurie de personnel infirmier. Moi j'ai surtout remarqué une pénurie de personnel en général. Les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, etc. Il manquait de tout. Aux urgences on soignait les patients dans les couloirs, on leur faisait des examens cliniques dans les couloirs. Ici, en France, dans certains hôpitaux, ils font des touchers rectaux dans les couloirs. Ils doivent avoir des paravents pour simuler des nouveaux box d'urgence, parce que les urgences sont tellement débordées et le personnel est tellement débordé lui-même qu'il faut trouver des solutions qui ne sont pas les meilleures mais qui permettent quand même la prise en charge. Des fois, ici, l'hôpital où je travaille, il y a 6 heures d'attente pour les urgences. Il y a des gens qui dorment dans les couloirs et tout parce que le financement n'est pas bon, donc on n'a pas assez de boxes ou d'endroit pour recevoir et soigner les gens. Le financement n'est pas à la hauteur des vrais besoins de la population sur le terrain.

-LDW : *Merci, j'ai pu poser toutes les questions que je voulais te poser. Donc merci de m'avoir accordé un petit peu de temps pour ça et de me permettre d'y voir plus clair.*

8) Interview de Paul Ardennois, directeur logistique du Centre Hospitalier de Mouscron

LDW : Loïc De Witte

PA : Paul Ardennois

- **LDW** : *Ma première question, ce serait si vous pouviez vous présenter un peu, savoir quel rôle vous occupez, ce que vous faites au quotidien au sein de l'organisation pour avoir un peu d'informations à ce niveau-là déjà.*

- **PA** : Oui, donc moi, Ardennois Paul, je suis directeur logistique au centre hospitalier de Mouscron. Ça fait bientôt 20 ans que je travaille dans l'institution. J'ai d'abord démarré ma carrière comme ingénieur détaché aux techniques spéciales et au projet de construction d'un nouveau bâtiment qui était concrétisé en 2010. Et au fur et à mesure des années, j'ai aussi occupé et fait une formation en tant que conseiller en prévention. J'ai repris toute une série de fonctions liées au métier de logistique dans l'hôpital.

Donc, mon domaine de compétences qui était purement très technique, infrastructure, s'est immigré vers d'autres secteurs. Vous avez eu l'occasion de parler avec Mme Lansmane. Il y a la cuisine centrale, la préparation des aliments, des repas pour les patients, exclusivement pour les patients, tout ce qui est économat et logistique, donc les entrées des marchandises, des produits, la gestion des stocks, des approvisionnements dans les étages. Mais également aussi une autre partie, ça c'est un métier qui existait, mais qui était très mineur il y a plus de 15 ans, c'était des métiers liés à la sécurité dans les hôpitaux. Pour résumer, on était sur deux sites. On avait ce qu'on appelait, nous, un veilleur de nuit par site qui avait plutôt des fonctions de gérer les opérables, les entrées téléphoniques. Mais au fur et à mesure des années, on en parle beaucoup dans la presse depuis un certain temps, il y a toute une série de problèmes de sécurité qui sont venus : agressivité, que ce soit verbale mais aussi physique, et ça c'est un métier qui a pris beaucoup d'ampleur dans les hôpitaux ces dernières années.

C'est un service qui a été créé il y a une petite dizaine d'années, qui a mûri, qui a grandi, qui se professionnalise aussi depuis cette année, puisqu'on a maintenant le titre de société de gardiennage interne au CHM. Et alors un dernier service que j'ai repris il y a deux ans, c'est celui du département de physique, radiophysique, pour tout ce qui est métier des physiciens et en lien avec la radiothérapie. Ça sera où on brosse un petit peu le département logistique, l'infrastructure. C'est assez large.

-**LDW** : *C'est large, oui. Il faut s'entourer de personnes compétentes. J'imagine, oui. Du coup, moi, je réalise un mémoire qui porte sur la durabilité du secteur de la santé pour les dix prochaines années. Je voudrais savoir, de votre point de vue, j'ai déjà eu le point de vue RSE, mais du coup, de votre point de vue, quels sont les principaux défis les principaux enjeux auxquels vous pourriez faire face dans les dix prochaines années et ce que vous mettriez en place ou ce que vous mettez déjà en place à l'heure actuelle pour y faire face ?*

-**PA** : Alors il y a un premier point, dont Mélanie a certainement parlé, c'est l'aspect personnel. On est un hôpital qui est très intégré dans le centre-ville ici à Mouscron, avec une certaine proportion de personnes qui habitent de manière très proche de l'hôpital limitant les impacts environnementaux en termes de mobilité des déplacements. C'est important, mais on se rend compte que pour garder une croissance, un recrutement, bien entendu on doit les recruter plus loin. Mais on se rend bien compte qu'à un moment donné, vont se poser des problèmes de mobilité. Déjà ainsi sur Mouscron, si je fais une rétrospective d'il y a 20 ans quand j'ai commencé et maintenant par rapport aux problèmes de mobilité, ça s'est fâcheusement dégradé. Donc on sait qu'en recrutant des gens en externe, plus loin que Mouscron, ils devront d'office venir avec des moyens de locomotion qui ne sont pas forcément aussi vert à pied ou qu'à vélo. On a déjà en tout cas des défis par rapport à ça et il y aura certainement des réflexions, des aides, de l'attractivité peut-être en proposant des solutions de mobilité douce ou autre. Ça en

tout cas c'est un premier défi qui est lié vraiment au personnel. Autre chose, et ça c'est parfois plus inquiétant, c'est que dans la région de Mouscron, on n'a pas d'université, on n'a pas de haute école.

Et ça c'est clair que ça manque. C'est difficile d'attirer des étudiants qui ont fait des formations peut-être plus particulières dans des grandes villes, telles que Mons, Charleroi, Bruxelles, Louvain, Liège. C'est parfois difficile de les attirer chez nous. C'est aussi une certaine forme de défi dans la mobilité des personnes, de donner, de trouver de l'attractivité. Peut-être que d'avoir des labels verts ou autre, ou en tout cas montrer qu'on limite, qu'on travaille fortement sur l'impact environnemental, ça peut être un plus. On sait aussi que les nouvelles générations ont une oreille beaucoup plus attentive en tout cas à ce défi-là. Donc on a peut-être des cartes à jouer à ce niveau-là pour allier à la fois notre impact environnemental mais aussi améliorer et performer en tout cas notre activité pour les futures générations. Ça c'était du point de vue du personnel, de la RH et du développement. Dans un hôpital, il y a aussi l'aspect logistique et les achats.

Parce que clairement on est de très gros consommateurs et malheureusement on n'est pas forcément de bons exemple puisqu'on a quand même de l'usage unique qui est utilisé à forte dose. Et on est arrivé à un point à l'heure actuelle où finalement par rapport à toute une série de prescriptions, de recommandations en termes d'hygiène, la solution ces 10-15 dernières années ça a été à un moment donné le recours pour toute une série de choses à l'usage unique. Et là, il y a vraiment un problème et ça va être un très gros travail de faire marche arrière parce qu'il est clair qu'on ne pourra pas continuer ainsi. On a un impact qui est significativement négatif parce que, en plus d'être à usage unique, ce sont souvent des produits plastiques, synthétiques, donc liés à l'industrie de la chimie, de la pétrochimie. Donc notre impact en tout cas est très négatif à l'heure actuelle et c'est un très gros défi de trouver comment on peut soit à nouveau stériliser en interne ou réduire peut-être les consommations. Parce que quand on dit d'usage unique, on parle aussi de société de consommation. La mentalité c'est de se dire « J'ai ça, ça va plus, je jette, je prends un autre. » Et là, il y a de l'accompagnement, il y a de la démarche aussi à avoir. Et ça va être très compliqué pour les hôpitaux parce que le jetable c'est vraiment ancré. On nous a tellement baigné avec l'hygiène. Le Covid a malheureusement rajouté une couche sur cet impact de l'usage unique par rapport à du réutilisable ou du matériel qui puisse être désinfecté. Mais ça a vraiment formaté encore plus toute une série de professionnels de santé à cette mauvaise attitude en tout cas. Il est temps d'avoir cette réflexion de changer notre façon d'acheter. Le plan Wallon des déchets, avec le cahier des charges qui concerne les hôpitaux nous demande de réfléchir finalement à repartir sur des choses réutilisables. Il faut arriver à sensibiliser le personnel sur la possibilité de combiner l'hygiène et le réutilisable si les pratiques sont bonnes.

Le deuxième pilier qui pourra, à mon avis, nous aider toujours dans la notion d'achat, de consommation de biens, c'est l'introduction des critères de sélection de durabilité auprès de nos fournisseurs. Soit dans la chaîne de transport, soit dans la chaîne de fabrication du produit. Par exemple, un produit fabriqué à tel endroit, mais les différents composants viennent de tel et tel endroit. Ça c'est aussi quelque chose qui n'en est vraiment qu'au balbutiements. Il n'y a pas que les hôpitaux qui seront concernés, mais ça c'est aussi je pense un élément qui va à mon avis favoriser la suppression de l'usage unique. Il faut essayer de trouver d'autres fabricants, d'autres fournisseurs, limiter les emballages. Parce que à l'heure actuelle on est la poubelle des fournisseurs. Car eux, ils emballent, c'est super bien emballé, protégé, il n'y a pas de vis, mais nous on accumule des quantités de plastique de protection et autres qui sont quand même significatifs.

Donc ça, c'est un deuxième défi, c'est tout ce qui est lié aux achats et notre impact sur les biens que l'on achète, usage unique ou pas. Et alors dans un deuxième élément, la sélection fournisseur et les produits avec un impact CO2 moins important en fait.

Alors d'autres défis bien entendu sont liés à notre infrastructure. On a un hôpital qui n'est pas si vieux que ça puisqu'il a été mis en service en 2010. Et on a dans les cartons de beaux projets futurs, de nouvelles constructions, mais aussi de renouvellement de toute une série de technologies, notamment dans tout ce qui est système de refroidissement, de refroidissement de la climatisation. C'est un point qui est apparu ces dernières années, avec les canicules à répétitions. On a dû céder en termes d'équilibre de confort, travail et autres à devoir rajouter de la climatisation. Et ça, c'est un impact qui est quand même significatif, aussi bien financier pour nous, vu le prix, l'augmentation de l'énergie, mais aussi sur l'environnement puisqu'on vient rajouter des équipements consommateurs d'électricité.

Et là on sait qu'on aura un challenge dans le futur de revoir un petit peu notre stratégie. Est-ce que la climatisation à 24 degrés ne va pas devoir peut-être passer une consigne de 25 ou 26? On a entendu récemment, en tout cas en France, qu'ils y songeaient fortement, dans les entreprises. Je pense qu'à un moment donné, il faudra savoir ce qu'on veut. Si on veut tous être acteurs et limiter l'augmentation de la température moyenne du globe, il faudra peut-être accepter de travailler avec une température ambiante qui soit d'un degré ou deux degrés plus ou moins. Et alors à cause de ça, on a des projets de nouveaux bâtiments où là, on va vraiment intégrer les toutes dernières technologies en termes de production de froid, de récupération d'énergie pour vraiment arriver à s'améliorer. Il ne faut pas se leurrer. On ne sera jamais à un bâtiment passif de l'hôpital. Mais en tout cas, avec des niveaux de consommation énergétique au rapport du nombre de mètres qu'elle va occuper, ça, je pense que là, on a moyen de travailler et d'atteindre certains objectifs.

Un point important, c'est l'éducation au personnel. Il y a un gros rôle dans tous les sujets qu'on aborde, c'est l'éducation au changement. On se rend compte que les gens le font chez eux, mais quand on est sur le lieu de travail, on n'a pas la même docilité à avoir les mêmes réflexes en termes de tri, de respect des biens, on le voit bien, on l'a appris, le restaurant du personnel avait mis un système de tri, mais c'est vraiment, c'est loupé, quoi, c'est loupé. Et je dis bon Dieu, pourtant, tout le monde chez soi a quand même sa poubelle du PMC, papier, carton. Donc il y a un décalage. Et là, on voit qu'on doit travailler parce que les gens sont moins enclins à le faire sur le travail que chez eux.

-LDW : *D'accord, je vois. J'aurais une question, ça n'a rien à voir avec toutes les notions environnementales etc. mais c'est plus lié au fonctionnement du financement des hôpitaux et en particulier en lien avec le BMF. Est-ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu brièvement comment ça fonctionne?*

-PA : En gros... Je ne suis pas un spécialiste. Je vais vous donner dans les grandes lignes. Si par exemple, à un moment donné, vous voulez plus d'informations, je peux toujours vous donner les coordonnées de notre directeur administratif, mon collègue, qui serait venu vous donner de plus en plus d'informations. Pour vous expliquer un petit peu comment ça fonctionne, le financement, les hôpitaux, comment sont financés? Il y a une partie du financement, et vous l'avez dit juste avant, c'est le BMF, donc les budgets moyens financiers.

Donc ça c'est un financement qui est octroyé par le nombre de journées d'hospitalisation justifiées. Si par exemple on fait 100 000 journées d'hospitalisation pour le centre hospitalier de Mouscron, on a droit à X euros par journée d'hospitalisation. Et en fait c'est un mécanisme sur base de notre activité justifiée qui, le Fédéral, nous finance en tout cas le fonctionnement d'une partie en tout cas de nos frais de fonctionnement de l'hôpital. Alors ça c'est un pilier. Grosso modo chez nous on est autour je pense que ça doit correspondre à 35% du financement. Alors à côté de ça on a un autre gros pilier de financement qui est lié au zone horaire des médecins. Donc là, les médecins, et là il y a aussi des statuts différents en Belgique, soit les médecins sont indépendants, soit les médecins sont salariés. Chez nous, les médecins sont en statut d'indépendants. C'est un peu plus éparés.

Donc ce qui se passe c'est qu'un médecin chez nous a une consultation, fait un acte chirurgical, il va pouvoir tarifier des actes. Donc il y a des codes in amis, par exemple une prothèse de hanche, c'est un code INAMI qu'il peut tarifier. Donc là en fait il va générer des honoraires et les médecins étant indépendants chez nous, pour que nous, nous puissions financer le personnel, financer le matériel, financer les investissements nécessaires à sa bonne pratique de la médecine, les médecins nous rétrocèdent une partie des honoraires qu'ils touchent. C'est le premier pilier de rémunération et de financement de nos frais de fonctionnement. Alors il y a aussi d'autres sources de financement.

Là on a par exemple, c'est dans les médicaments et dans certains dispositifs médicaux, certaines prothèses ou autres. On a pour toute une série d'activités médicales, il y a des produits médico-pharmaceutiques qui sont entre guillemets compris dans le prix de la journée d'hospitalisation, dans le forfait d'hospitalisation. Et là, ça veut dire qu'on ne peut pas le facturer aux patients. On doit se débrouiller. Si le patient passe trois jours chez nous pour une pathologie, imaginons, je pense qu'on est à le forfait médicament chez nous, on est à 72-75 euros, on doit se débrouiller avec ces 72-75 euros pour la bonne administration des médicaments. Ça, ça fait partie du prix du jour. Mais il y a toute une série de médicaments, par exemple des crèmes qui peuvent être facturées aux patients. Et on a aussi toute une série de dispositifs médicaux qui peuvent être facturés aux patients. Ça, en fait, si vous voulez, à la facturation de ces produits, ça nous permet de générer un certain bénéfice pour nos frais de fonctionnement liés à la vente, à la manipulation, à la gestion de stock de ces produits-là. Après il y a d'autres ressources, mais ça vous donne déjà dans les grandes lignes comment on est financé.

-LDW : *Oui, c'est top. Comme ça j'ai déjà une vue d'ensemble parce que c'est vrai que c'est assez complexe. En tout cas de mon point de vue c'est assez complexe. Donc là ça permet d'avoir une bonne vision.*

Autre question : puisque, apparemment, en Belgique on tend vers un vieillissement de la population dans les années à venir, est-ce que au CHM il y a des mesures mises en place justement pour faire face au vieillissement de la population, est-ce que c'est quelque chose d'important en lien aussi peut-être avec les pénuries de personnel qu'on peut retrouver ? Est-ce que tout ça constitue un enjeu majeur ou est-ce qu'on ne se soucie pas du tout encore à ce niveau-là pour le moment ?

-PA : Si, ça reste un point important chez nous pour lequel on est déjà en tension en termes de capacité d'hospitalisation chez nous. Clairement, on manque en tout cas nous alors actuellement de lits agréés, ce sont des lits de revalidation. Ce sont des lits de long séjour, ce ne sont pas des lits de gériatrie, mais ce sont des patients qui ont peut-être par exemple eu un accident de la route, il y a eu de l'orthopédie, de la traumatologie, mais après il y a un long cheminement de revalidation. Ce sont des gens qui ont par exemple fait des AVC, qui peuvent avoir des conséquences lourdes et une lourde réduction et ça nous clairement en tout cas en termes de revalidation on a un déficit en termes de capacité de lié agréé et ça c'est en tout cas un des piliers importants de développement pour les années futures et les projets de construction de nouveaux bâtiments dont vous parlez tantôt on a notamment un projet de deux unités de revalidation vraiment du long séjour, parce que c'est un défi majeur et aussi parce que la démographie de Mouscron est très importante, donc le mieux pour nous, parce que ça veut dire qu'on a normalement de l'activité, une pérennisation de l'activité ici, mais ça veut dire qu'à un moment donné on aura aussi des effets de vieillissement de population et on a déjà une population assez âgée en gros puisqu'on a une présence de nombreux hauts mais maisons de repos et de soins dans la région. Donc on est très vite impacté notamment quand on a eu la crise Covid, la première phase on était très vite impacté. Donc on sait qu'il y a du besoin. C'est clairement en tout cas un challenge à relever avec aussi il va y avoir des solutions intermédiaires c'est que l'Etat belge va aussi pousser au retour à domicile le plus vite possible pour limiter en tout cas les frais liés à une prise en charge au sein d'un hôpital. Donc là on va aussi avoir certainement

un rôle à jouer dans une forme d'unité de soins, transition entre l'hospitalisation et un retour à domicile où des patients pourraient déjà reprendre une certaine autonomie, mais où il faudra peut-être quand même avoir une surveillance rapprochée, où il y aura peut-être encore certains médicaments ou médicaments, où pendant la journée il y aura encore la nécessité d'avoir des séances fréquentes en ergothérapie ou en kiné.

Donc il faudra avoir un plateau médicotechnique important pour des gens qui sont quand même capables de vivre dans une forme de petit appartement, mais qui pour leur réhabilitation complète doivent garder un lien très proche avec l'hôpital. Donc ça c'est aussi dans les projets futurs, et ça c'est quelque chose vers lequel on tend. Et alors il y a aussi tout le défi des hospitalisations à domicile, et notamment ici depuis le 1er juillet, ça doit seulement se mettre en place, mais dans tout ce qui est l'administration de chimiothérapie à domicile, ça c'est quelque chose qui va prendre de l'emploi dans les prochaines années. Et là on va aussi être des acteurs puisque tout ce qui est chimio est préparé dans les pharmacies hospitalières et pas dans les officines de ville. Donc il y aura tout un système de mise à disposition, il y aura le transport, les infirmières, les déchets.

Parce que là, ça veut dire qu'à l'heure actuelle, tout ce qui est résidu de poche avec les chimios, c'est considéré comme un déchet dangereux. C'est-à-dire qu'on va les ramener, on va générer les déchets dangereux auprès des patients chez eux. Donc, il y aura une filière, tout doit se mettre en place, il n'y a encore rien de déterminé, mais il y aura du challenge et à mon avis on aura tout nouveau un rôle à jouer là-dedans. Mais c'est clair que l'hospitalisation au domicile, ils y poussent de plus en plus. C'est la réduction des durées de séjour. Ça se réglera en chirurgie, on le voit fortement. Ils ont revu ici en janvier 2023, il y avait je ne sais plus combien d'opérations qui hospitalisation avec nuit vers de l'hospitalisation de jour. Donc vraiment pour pousser toute une série d'actes chirurgicaux à le faire en journée. Et d'ailleurs ici on termine des travaux d'extension d'un hôpital chirurgical de jour pour justement faire face à ces nouveaux défis parce qu'il y a certaines semaines, certaines journées de semaines où en fait on est trop juste en lits disponibles en chirurgie de jour. Il y a vraiment une conversion de la chirurgie avec nuit vers de la chirurgie de jour. Ça c'est aussi un défi du futur.

-LDW : *Ok, intéressant. Et juste pour rebondir, quand vous dites qu'il manque déjà actuellement des lits de long séjour, c'est dû à quoi ? C'est à la capacité de l'hôpital ou parce qu'il n'y a pas assez de personnel pour s'en occuper?*

-PA : C'est un peu de tout. Initialement, le premier problème c'est qu'on a un agrément de lits qui n'est pas suffisamment élevé par rapport à la population que l'on soigne, à notre bassin de soins. À l'heure actuelle, on a 20 agréments de 20 lits de validation, 25 lits de revalidation, mais ce n'est pas suffisant. Par rapport aux pathologies que l'on rencontre dans les alentours, c'est quand même plus de 60 000 habitants, donc ce n'est quand même pas rien. Donc ça, c'est le premier problème. Après il est clair qu'il faut trouver du personnel soignant, ça c'est sûr que ça reste un problème à l'heure actuelle.

Et il faut des locaux. Donc c'est pour ça qu'on a des projets de demande de subsides pour de nouveaux bâtiments, pour de l'usage de la technologie dans le futur.

-LDW : *Vous avez parlé notamment du fait de réduire la consommation par exemple d'air conditionné dans les locaux, etc. Est-ce qu'il y a une grande partie de votre réflexion au niveau de la gestion budgétaire qui est liée aux investissements technologiques, que ce soit de la technologie, par exemple, pour, comme vous avez expliqué, directement la gestion quotidienne des locaux, ou aussi la technologie plus médicale dans de la recherche?*

-PA : Alors sur l'infrastructure pure, quand on fait des choix technologiques, il y a toujours ce qu'on appelle le temps de retour sur investissement. On vérifie que la technologie est efficiente énergétiquement mais aussi qu'elle n'est pas trop coûteuse à la base et sur quel délai on va savoir entre guillemets l'amortir. Il ne faut pas non plus qu'on investisse sur un produit qui est très peu énergisant, qui va mettre 8 ans à être amorti et on sait que ça a duré 10 ans. C'est un peu juste.

Et là c'est sûr qu'il y a toujours un calcul financier sur la partie infrastructure, équipement infrastructure de climatisation. Il y a toujours ce calcul qui est fait. Sur la partie équipement médical, ce qu'on se rend compte, c'est qu'on a certaines technologies qui auraient tendance à consommer moins d'énergie, mais pour une série d'autres techniques médicales, on a plus de demande d'énergie qu'avant. Parce que les machines sont plus performantes, il y a beaucoup plus d'informatique, d'électronique, donc il y a nécessité de refroidissement complémentaire. Donc qui dit évolution technologie des équipements médicaux ne veut pas toujours dire aussi amélioration de l'efficacité énergétique. Dans certains cas de figure, il y en a. Dans d'autres cas de figure, on constate que les besoins sont en augmentation. Et ça, c'est pourquoi intrinsèquement lié à l'évolution technologique des équipements.

On n'a pas le choix. Si on a des équipements qui sont performants en termes de diagnostic ou de traitement, on est obligé. Mais ce n'est pas le cas de tout. Par exemple, la nouvelle stérilisation qu'on a mise en service en 2022, on voit qu'elle est beaucoup moins énergivore en électricité et on consomme moins d'oxygène au cycle. Donc on voit qu'on a fait un investissement conséquent mais qui porte ses fruits.

-LDW : *Durant la crise du Covid, j'imagine qu'il y avait plein de problèmes à gérer ? De votre point de vue, quels étaient les principaux challenges durant cette période-là et les enseignements que vous avez pu en tirer pour l'avenir par exemple pour faire face à une nouvelle crise imprévue dans les années à venir ?*

-PA : En termes des métiers logistiques, il faut voir les différentes phases de la crise. Clairement nous les métiers logistiques on était fortement déstabilisés pendant la première phase, la première vague, donc en mars, avril, 2020. Parce que là, on était très déstabilisés, parce qu'on n'ait plus nos repères en termes de ratio de consommation de biens. On a été impacté très rapidement par des pénuries, des ruptures de stock. Donc là, il a vraiment fallu se démener, trouver des solutions alternatives, des masques en tissu, des gants en tissu. Donc ça, c'était quand même la première vague et ça a quand même été très violent pour les métiers de logistique, les achats en premier lieu et alors après les métiers de support.

-LDW : *Métiers de support pourquoi ?*

-PA : Par exemple en cuisine, on a réduit drastiquement le nombre de patients hospitalisés puisqu'il n'y avait plus de chirurgie, il n'y avait que les soins covid qui étaient effectués. Donc pour la gestion des stocks, ça n'a pas été évident. Pour l'entretien ménager, on s'est retrouvé à avoir des nombres de lits à critères élevés en termes d'hygiène qui ont explosé. Ça veut dire que ça a créé une charge de travail bien plus importante sur les services, sur les procédures, parce que le Covid c'était quelque chose qui était neuf. Les recommandations n'étaient pas stables. C'était le flou pour tout le monde. Donc les métiers logistiques ont subi, en tout cas la première phase a été très violente pour les métiers logistiques. Les phases suivantes, je dirais c'est plutôt un entretien ménager où vous avez continué à subir des évolutions, comme tu dis à juste titre, les recommandations, soit il y avait des allègements parce que la médecine commençait à mieux comprendre le principe de transmission, de résistance ou pas. Au fur et à mesure, allez je veux dire 2020, pour les approvisionnements, c'est resté compliqué. Mais à partir de 2021, il y a quand même eu toute une série de filières nouvelles en termes de masques.

On a retrouvé un flux de disponibilité de produits un peu meilleurs. Les prix n'étaient pas meilleurs, ça c'est sûr, parce que ça a un impact financier fort important, mais les filières se sont mises en place progressivement. Parfois avec des délais qui restaient longs, mais on arrivait quand même à se réapprovisionner. Je pense qu'en tout cas, de mars à avril, jusqu'à fin 2020, c'était excessivement compliqué. Je ne sais pas si ça répond un peu à votre question.

-LDW : *Si, si, tout à fait. Et du coup, à partir de là vous avez pu vous dire, tiens, est-ce qu'on peut mettre des choses en place pour essayer de contrer une potentielle nouvelle crise, comme vous parlez justement de difficulté de trouver des masques ou des blouses à usage unique ? Il*

me semble que lorsque j'ai eu l'entretien, déjà la dernière fois, vous m'avez parlé de peut-être relocaliser certains achats en Belgique ou en Europe en tout cas ?

-PA : Oui, selon mes réflexions, je ne vais pas vous cacher, on a peut-être déjà oublié qu'on a connu des pénuries. Maintenant, je pense aussi qu'on va être quand même beaucoup plus attentif sur certains produits. Si on sent que tout d'un coup, on va revenir dans une période épidémiologique, je pense qu'on va anticiper plus vite à refaire du stock que ce qu'on aurait fait avant. Ça, je pense qu'il y a des réflexes de protection à la disponibilité, au ré-achalandage de nos stocks, ça je pense qu'on va les avoir. Maintenant, la relocalisation de production, ben oui il y a des choses qui se sont relocalisées, mais on a aujourd'hui aussi entendu qu'il y a des usines qui ont fermé. C'est reparti de nouveau dans d'autres pays, c'est malheureux à dire, mais c'est comme ça. Mais je pense oui, il y a des réflexes qui sont là et on va les garder. Il y a des leçons qui ont été prises et on ne se laissera pas piéger deux fois.

-LDW : *La communication aussi avec le personnel : vous avez davantage communiqué ?*

-PA : Oui, c'est juste. Et je pense qu'en cas d'épidémie, on va communiquer peut-être plus rapidement et tenir informé personnellement.

-LDW : *J'ai une dernière question, une question beaucoup plus générale. Comment est-ce que vous voyez l'avenir du secteur de la santé belge dans les dix prochaines années? Est-ce que vous êtes optimiste ou pas trop?*

-PA : Moi je pense que pas forcément optimiste, parce qu'on le sent bien qu'il y a une pression en tout cas des autorités à réduire les frais de fonctionnement et les coûts de fonctionnement. Donc, on va avoir une pression économique des autorités sur les hôpitaux qui ne va aller qu'en s'accéléralant. Et ça, à un moment donné, il va y avoir un point d'équilibre et il faudra avoir ce point d'équilibre ne se transforme pas en point de rupture. Parce qu'on nous demande d'être de plus en plus performants, de rétablir les gens de plus en plus vite, ce qui impose une certaine manière de désinvestissement parfois. Mais à contrario, on nous réduit les financements. Donc c'est un peu paradoxal.

On demande d'être plus performant, mais d'un autre côté, on ne maintient pas dans toute série de secteurs le niveau de financement qui nous permet justement de renouveler nos infrastructures. Maintenant il faudra voir l'évolution des réseaux hospitaliers. À l'heure actuelle on reste quand même fortement sur des institutions de soins qui gardent un rôle prépondérant dans la gestion sur site. Mais en tout cas le politique, depuis un certain nombre d'années, sauf si maintenant avec les prochaines élections, il y a changement d'avis ou pas, mais en tout cas tel que c'est lancé maintenant, ça c'est un changement où on va devoir accepter de perdre peut-être de l'autonomie sur ce qu'on gère à l'heure actuelle dans nos hôpitaux. Est-ce que c'est un bien, c'est un mal? L'avenir nous le dira. Mais c'est une incertitude en tout cas. C'est une forme de crainte. Il y aura un gros défi, là je ne vois pas comment on va le faire, enfin on n'a pas de pistes, avec justement des évolutions dans la fin de l'usage unique et autres, est-ce qu'il va y avoir des reculs qui seront acceptés, tolérés? C'est une grosse question parce que sans certaines adaptations de certaines règles, ça va quand même être compliqué de faire des évolutions dans un secteur positif.

-LDW : *Et juste pour rebondir là-dessus, une dernière petite question. Est-ce que vous pensez que justement le fait d'être plus vert, de mettre en place de plus en plus de pratiques durables, ça pourrait avoir peut-être un impact positif, du point de vue fédéral dans le BMF, favoriser les hôpitaux qui sont de plus en plus verts en leur donnant plus de subsides?*

-PA : À l'avenir, ils parlent de ça. Il n'y a rien de déterminé, c'est le problème. Il n'y a pas d'indicateur mis en place sur lequel ils vont se baser. En somme, ce n'est rien du tout. On va devoir réaliser un premier rapport durable. Ça, c'est une obligation légale qui arrive en 2026 de réaliser tous les ans un rapport durable avec un bilan carbone.

Et, comme on disait, là, ils vont savoir faire un état des lieux, de l'impact des hôpitaux et mettre les mesures. Et seulement après ça, je pense qu'ils vont fixer des objectifs. Mais tant qu'ils n'ont

pas mesuré, ils ne savent pas se positionner. Quand ils auront mesuré, ils vont fixer un seuil en disant, ben voilà, vous avez 5-10 ans pour que votre mode de fonctionnement ait un impact mineur sur l'environnement. Voilà ce que je peux dire à mon niveau.

-LDW : Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé, pour vos réponses. Je vois déjà beaucoup plus clair, c'est gentil, pour votre disponibilité, vos réponses bien claires. Je vous remercie.

9) Interview de Erwin Daenen, projet Green Deal Duurzame Zorg. Gouvernement flamand.

LDW: Loïc De Witte

ED: Erwin Daenen

-ED: Goed, aangename kennismaking. Wat studeer jij, als ik vragen mag?

-LDW: Ja, ik ben student in management in UCLouvain. Het is mijn laatste jaar. Ik moet nu mijn masterthesis in schrijven. Ik doe het over de duurzaamheid van de zorgsector in België. En daarom heb ik al een paar interviews gedaan met alles in Frans of Engels, maar ik zou graag een advies van mensen in Vlaanderen kunnen horen, omdat ik vind het allemaal belangrijk om niet alleen maar Vlaamse mensen te ontmoeten. Het is toch over België, dus ik moet meerdere mensen ontmoeten. Daarom heb ik je een klein mail gestuurd. Ik heb met iemand van Health Care Without Harm al gesproken. En ze heeft me een contact van de organisatie gegeven. En daarna ben ik hier.

-ED: Ok dat is goed. Spreek je ook met mensen van de federale overheid dan? Omdat ik heb gemerkt dat jouw vragen heel sterk gaan over het gezondheidszorgsysteem in België.

-LDW: Ja, ja. Ik heb al 10 itv met verschillende mensen uit verschillende sectoren. En nu, is het mogelijk jij presenteren?

-ED: Ja, ik werk voor de Vlaamse overheid, dus dat is natuurlijk maar een segment van onze samenleving. Bedankt om jouw vragen door te geven. Dat helpt wel, want anders moet ik op het moment zelf allemaal de antwoorden verzinnen. Dus nu heb ik een klein beetje kunnen nadenken daarover. Dus dat is wel makkelijker. Hoe wil jij het aanpakken? Gewoon chronologisch, de vragen overlopen?

-LDW: Ja, voor mij is het goed als het past voor u.

-ED: Ja, ja, ja, zeker. Prima. Dus ja, de rol van de organisatie waarvoor ik werk, of aan wat mijn rol daarin is, ik werk voor de Vlaamse overheid. En als het gaat over duurzaamheid, want ik ga proberen de twee soms wat uit elkaar te halen. De organisatie van de gezondheidszorg in België en Vlaanderen is toch nog iets anders dan de focus op duurzaamheid. De sustainability, dat is toch wel een, maar daar komen we straks wel op, een iets recentere evolutie.

Zeker op het Vlaamse overheid is gestart in 2015, 2016 met Green Deals. En een van de recentere Green Deals is dus de Green Deal duurzame zorg. De andere Green Deals kan je terugvinden op de website "www.greendeals.be". Daar zie je ze allemaal staan. En dat is heel divers. Ik ga dan focussen op de Green Deal duurzame zorg. Ik werk zelf binnen de Vlaamse overheid voor het departement zorg, care and cure. Healthcare departement zorg is dat. En wij faciliteren deze Green Deal.

Eigenlijk is een Green Deal iets dat we vragen om zelf te organiseren. Dus alle organisaties, ook andere overheden die mee willen instappen in die Green Deal, het is de bedoeling dat zij zelf aan hun doelstellingen werken. En wij vanuit de overheid bieden ondersteuning, dus we faciliteren. We brengen de partners samen, we gaan samen kijken welke doelstellingen zij willen nastreven, hoe dat zij dat willen doen, hoe dat ze dat willen meten. We gaan op zoek

naar subsidies binnen de eigen overheid op Europees niveau. Dus we organiseren mee de Green Deal, maar we zijn uiteindelijk niet de eindverantwoordelijken, want we beschouwen onszelf als overheid eigenlijk maar ook als één partner binnen zo'n Green Deal. Wij subsidiëren, we financieren heel wat sectoren, maar we beheren zelf weinig instellingen.

Weinig voorzieningen zijn in ons eigen beheer. Dus onze sector is heel particulier. Het zijn private organisaties, VZW's. Dus ook het bestuur, het beheer, het management ligt in de handen van de samenleving, van het middenveld. Dus raden van bestuur en zo voort. En dat geldt voor ziekenhuizen, voor rustvoorzieningen, nu kom ik zelfs niet, woonzorgcentra noemen wij dat, jeugdhulpinstellingen, verenigingen waar armen het woord nemen, ik zeg maar wat. Dus dat zijn allemaal particuliere organisaties. Wij stimuleren hen om deel te nemen om te werken aan duurzaamheid. Dat is onze rol. Dus stimuleren, faciliteren, samenbrengen. En op dit moment is dat een van mijn opdrachten in mijn takenpakket. Dus om de Green Deal, duurzame zorg, mogelijk te maken, te faciliteren, te ondersteunen, zorgen voor de communicatie, dat soort zaken.

-LDW: *Ok dank je. Het is eigenlijk precies voor het moment perfect. Dan komen we op een ander stukje een beetje. De tweede vraag: de belangrijkste uitdagingen voor de Belgische gezondheidszorgsector.*

-ED: Dat gaat veel breder dan enkel duurzaamheid. Duurzaamheid is daar een heel belangrijk aspect in. Maar als we kijken naar andere uitdagingen, dan denk ik aan betaalbaarheid. Voor de gebruiker van de zorg, de patiënt of de cliënt moet betaalbaar blijven, ook toegankelijk. Er zijn heel veel specialisaties in onze gezondheidszorg. Zijn die voor iedereen even beschikbaar op alle plaatsen? Ons land is maar klein, maar toch is de zorg ook niet overal in elke mate of in dezelfde mate aanwezig. Dus ook toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg is ook belangrijk.

Zeker als we nu zien, ja, er is een artsentekort, er zijn te weinig tandartsen, je moet heel lang wachten voor het dermatologische onderzoek en dergelijke. Dus we zitten, en dat is ook een van jouw volgende puntjes, personeel te kort. We staan voor de uitdaging van, gaat er nog voldoende zorg zijn voor iedereen die nodig heeft? Dus ook dat is een, denk ik, een heel belangrijke uitdaging. Een ander punt is samenwerking tussen welzijn en gezondheid. We hebben van nature een opdeling, zeker in Vlaanderen, tussen welzijn en gezondheidszorg. En die werken nog niet altijd, of nog veel te weinig samen. We gaan naar, dat is toch onze bedoeling op Vlaams niveau, naar geïntegreerde zorg. Dat je gaat kijken van wat is de doelstelling van iemand, kwaliteit van leven bijvoorbeeld.

Dan gaat dat niet alleen over lichamelijke gezondheid. Dan gaat dat ook over welbevinden, over relaties, over psychische aangelegenheden. En die twee moeten eigenlijk veel meer met elkaar gaan samenwerken. Dus dat is zeker ook een uitdaging. Een andere waar dat kan starten, een aanvang nemen, is op wat wij noemen de eerste lijn. Dus de meest toegankelijke zorg. Wat het OCMW doet bijvoorbeeld, of de huisarts, of een wijkgezondheidscentrum. Dat zijn multidisciplinaire praktijken waar ook een maatschappelijk werker aanwezig is, een psycholoog aanwezig is. Dus dat multidisciplinair werken, de samenwerking tussen zorg, dus de care kant, en de well-being, de welzijnskant, is enorm belangrijk.

Ook om te kijken naar hoe is de woonsituatie van iemand. Is die veilig, is die gezond? Is het inkomen voldoende? Of zijn er ondersteuningsmaatregelen nodig. De manier waarop mensen samenleven, dat bepaalt ook heel sterk jouw gezondheid. De mate van arbeid is toch wel doel de werkstelling. Heeft ook weer met inkomen en zo dan te maken. Dus je moet dat multidisciplinair bekijken, geïntegreerd en je moet kijken naar de persoon zelf, niet alleen naar de ziekte of de afwijking. Dat is toch wel een grote uitdaging op vlak van gezondheidszorg in het algemeen. En een laatste dat ik daaraan wil toevoegen is preventie. We zijn toch wel een land dat traditioneel heel sterk georganiseerd is op cure, op zorg.

Pas eigenlijk als een probleem er effectief is, dan gaan we ingrijpen. We zijn daar sterk in, we zijn daar goed in. Maar we merken wel dat dat eigenlijk veel te duur wordt. Want care vraagt intensieve behandeling vaak. En opname, residentiële opname. En dat kost veel meer dan eigenlijk het voorkomen van. Maar daar moeten we nog een evolutie in gaan, om veel meer te gaan kijken van waar ontstaan moeilijkheden en hoe kunnen we die vroegtijdig eigenlijk gaan voorkomen. We wachten vaak te laat en dan gaan we kijken naar oké, nu moeten we heel snel en heel intensief gaan ingrijpen, maar dat zorgt voor een veel duurere gezondheidszorg. Dus dat zijn denk ik een aantal uitdagingen waar we zeker de komende tien... We zijn daar al aan het werken, dat is niet dat dat nog moet gebeuren, maar we moeten daar verder aan werken. Dus dat zijn denk ik een aantal van die grote lijnen waar we absoluut op moeten gaan inzetten.

-LDW: *En, wanneer je spreekt over de preventie, je zei dat de kosten nu al zeer duur zijn, maar ik heb het ge- euhm, understood. Maar... (Ja, als het niet lukt zeg het maar, probeer maar in Engels, als het niet lukt. Ah, ik heb het begrepen, sorry). Maar, moeten we meer preventie doen voor de mensen of meer preventie in zelfs de zorgsector? Tot welke mensen moeten we meer preventie doen?*

-ED: Ja, ik denk uiteindelijk gaat het om de bevolking. Ja, om als we bijvoorbeeld, eens even denken, ja, we zijn nu aan het werken aan population health management. We hebben heel veel data, maar we integreren die nog niet. Zo zouden we kunnen zien, in bepaalde gebieden waar meer jonge mensen wonen, moeten we sneller gaan inzetten op kinderopvang of preventieve ondersteuning voor kinderen en jongeren. Het ontdekken van ziektes, zorgen voor de juiste vaccinaties. En dan moeten we zien dat die zorg daar voldoende aanwezig is.

Als we zien in andere gebieden dat er een veel oudere bevolking is, dan hebben we daar andere zorgvormen nodig. En dat is een beetje zo meer proberen vooruit te lopen. Dus preventief kijken naar wat kan er op ons afkomen in bepaalde regio's en daar onze zorg op gaan organiseren. Dus dat is denk ik wel een belangrijke uitdaging om in te zetten op het preventieve. Dat gaat ook over voeding, dat gaat over leefmilieu. We zijn nu bezig met milieugezondheidszorg, dus alles wat met klimaatverandering te maken heeft. En dan kom ik terug op die duurzaamheid.

Maar dat is ook nog heel recent. We zijn ons bewust van, klimaatverandering brengt langere periodes van hitte of van regen met zich mee. Of kijk naar de overstromingen die Wallonië gehad heeft. Ja, dat is verschrikkelijk. Hadden wij eigenlijk al 20 jaar geleden, we wisten dat al, maar hadden we daar toen ons beleid op gebouwd, dan hadden we toen al gewerkt aan versteviging van de structuren van het land bijvoorbeeld, op geografisch vlak. En dan was dit niet gebeurd. Want nu hebben we een gigantische kost aan het opvangen van de gevolgen. Maar hadden we vooruit gekeken, dat klinkt gemakkelijker dan het is, dan hadden we dat kunnen voorkomen.

Dus dat is wat ik bedoel met preventie. We moeten daar meer op werken. Bijvoorbeeld proberen mensen gezonder te doen eten. Maar dan moeten we ook de industrie mee hebben. Minder alcohol, tabak en drugsgebruik. Maar dan moeten we ook weer daar industrie en politiek mee hebben. Dus heel veel hangt samen. Maar als we het puur bekijken vanuit een gezondheidsbril, dan kan inzetten op preventie, op langere termijn, ons veel benefits geven. Op vlak van de gezondheid van de bevolking, ook op vlak van de betaalbaarheid en de kosten. Dus dat is een beetje eenvoudig, die denkrichting, dat paradigma, vandaar meer preventie. Dat wordt al heel lang gezegd, maar het is niet gemakkelijk om die omschakeling te gaan maken. Want we leven ook bijvoorbeeld in een land, wij rijden heel veel kilometers, omdat we heel veel wegen hebben. Dat zorgt voor heel veel uitstoot. Mensen wonen soms op heel afgelegen gebieden, terwijl als je kijkt bijvoorbeeld naar Nederland, is het wonen veel meer geconcentreerd, dan heb je veel meer open ruimte. In België is het toegelaten om bijna overal te bouwen.

Dus we zijn onze oppervlakte aan het dichtbouwen. Dat zorgt dat we misschien tekort aan water gaan krijgen. Het is een beetje zo dat bewustzijn er nu wel is. Maar we moeten dealen met de situatie zoals die is nu. En het vraagt wel wat meer inspanning. Ja, oké. Dus we hebben de

uitdagingen, dat zijn beperkt met tot grote lijnen. Dus die betaalbaarheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid enzovoort. Samenwerking, sterkere eerste lijn, geïntegreerde zorg. Ik denk, om dat aan te pakken, we moeten minder medisch gaan denken.

Meer de mens als geheel, holistisch beleid. Dat is eigenlijk een klassieker, maar dat bewustzijn begint er wel te komen. Maar daar naartoe werken, dat is natuurlijk nog wat moeilijker. Maar ik denk dat we dat wel kunnen door bijvoorbeeld meer te investeren in de, wat we noemen de eerste lijn. Dus mensen die meer zelf voor elkaar zorgen. En de eerste lijn, dus toegankelijkheid, multidisciplinaire praktijken, goede artspraktijken, goed welzijnswerk. Of ook de OCMW, de openbare centra van de lokale besturen. Waarom? Omdat die staan heel dicht bij iedereen. Een huisarts is makkelijk toegankelijk. Een OCMW, elke gemeente heeft een OCMW. In elke gemeente is er ook wel meestal een contactpunt voor algemeen welzijnswerk. Dus als we die kunnen versterken, dan kunnen we sneller interveniëren. En zo kunnen we ook preventiever werken. Dus als mensen makkelijker terecht kunnen, dicht bij huis, dan gaan we sneller detecteren waar moeilijkheden zitten. In een gezin, fysiek of medisch, op vlak van psychische problemen, dan gaan mensen minder lang wachten om zorg te zoeken. Dus als we een sterke nulde en eerste lijn hebben, dan gaan we minder snel naar de gespecialiseerde zorg moeten gaan die heel duur is. Dus dat is ook een oplossing, denk ik, of een richting waar we moeten naar toe gaan.

Ja, zeker en vast. Dat maakt eigenlijk dat we ook, als ik zeg, medisch model verlaten. Dan moeten we eigenlijk op dit moment, en dat is een federale materie is de gezondheidszorg een prestatiegeneeskunde. Per prestatie krijgt een arts een betaling. Dus die gaat alleen kijken van oké, iemand heeft een gebroken been, ik ga die doorverwijzen naar het ziekenhuis, dat is een kwartier of een half uur werk, ik word betaald voor dat half uur. Maar die gaat niet verder kijken. Waarom is die gevallen, in welke omstandigheden woont die, is die mens, is er nog een ander probleem? Dus je gaat alleen kijken van wat wordt er van mij gevraagd op medisch vlak. Dat gaat behandeld worden, dat gaat betaal-gefinancierd worden. En de rest, dus dat holistische kijk, ja, hoe moet ik dat zeggen, sneeuwt onder. Het krijgt geen aandacht. Omdat dat niet gefinancierd wordt. Een arts wordt niet gefinancierd voor de tijd die die steekt in het vragen van hoe gaat het met jou? Bij wijze van spreken. Of heb je nog anderen die zal het misschien wel even vragen, maar uiteindelijk wordt die betaald voor die medische prestatie. En dat geldt op alle niveaus. Dus en als we willen holistisch werken, dus samenwerken tussen psychiaters, psychologen, welzijnswerkers, maatschappelijk werkers, artsen, ja dan gaan we een andere financiering eigenlijk moeten uitwerken.

Dus dat is zeker een van de mogelijkheden, de oplossingen, maar ook een moeilijkheid. Want ja, we hebben zo dadelijk een groot systeem met RISIF. Ik heb bezoek. Mijn kat. Die komt altijd kijken als ik iets aan de overleg heb. Die is altijd daar. Dus daar kunnen we echt wel werk van maken. We noemen dat eigenlijk de Zorg Integrated Care Group maken. Dus dat betekent dat we minder op prestaties gaan financieren, maar meer van naar trajecten. Wat heeft een persoon nodig op alle vlakken? Wat is dan gaan we vragen? Wat is de doelstelling van iemand? Ik wil gelukkig leven. Dus ik wil niet alleen bijvoorbeeld dat mijn lichamelijke toestand in orde is, maar ik wil ook mijn relatie met mijn gezin, mijn familie, mijn buurt, mijn werk. Ik wil mij goed voelen, dat vraagt niet alleen medische prestaties, maar ook andere.

En die samenwerking gaan financieren, dat is iets waar we nog niet mee bezig zijn, maar daar moeten we wel naar toe gaan. Anders hebben we geen geïntegreerde zorg. Ik denk dat dat wel een aantal belangrijke dingen zijn. Ja, daarnaast ook denk ik toch wel wat op digitalisering, dat zijn ook hulpmiddelen. Een patiëntendossier. Nu heb je bijvoorbeeld nog wel verschillende systemen. Groepen van ziekenhuizen hanteren een bepaald patiëntendossiersysteem. Artsen hebben dan weer een ander systeem. Tansartsen nog een ander systeem. Dus we moeten eigenlijk gaan naar een platform dat meer ook weer daar die integratie mogelijk maakt. Dat is een heel moeilijk iets, want je hebt ook te maken met privacy. Wie mag wat zien? De patiënt

mag een heel aantal dingen zien. Ik weet niet of je dat woord kent, de mantelzorger. De persoon die rond iemand staat en die mee zorg verleent, maar eigenlijk behoort tot familie of vrienden. Wat mag die zien in zo'n dossier? Terwijl dat wel een belangrijke figuur kan zijn in de zorg voor iemand. Dus daar zijn we allemaal wel mee bezig en over aan het nadenken.

Maar het is niet gemakkelijk om al die systemen met elkaar te communiceren. Maar daar moeten we dus nog verder in investeren. Ik kan het wegdoen. Ja, he? Wat we ook doen, is werken met ondersteuningsplannen. Dus we gaan vragen aan mensen, oké, waar ik op terugkom, die doelstelling. En wat wil je dan eigenlijk, en wie kan welke zorg bieden? En dat plan goed uitvoeren met alle partners, dus een zorgteam vormen rond iemand. En dat iedereen duidelijk weet, dit is mijn rol, dit is mijn rol in de zorg voor die persoon. Daarvoor heb je een plan nodig en een communicatieplatform.

Dus dat zijn zaken die kunnen zorgen voor zorgcoördinatie. Iemand of liefst de patiënt zelf of de persoon zelf zegt van, voilà, ik wil dit en ik heb daarvoor dat en dat en dat nodig. En ik ga dat zelf aansturen. Maar soms is misschien ook externe coördinatie nodig, maar dat vraagt financiering. En niemand gaat dat gratis doen. Dus dat zijn zaken die op dit moment nog niet gefinancierd worden binnen onze gezondheidszorg, maar waar we wel toekomstgericht, zeker vanuit de Vlaamse kant, op gaan werken. Omdat we eigenlijk willen dat de persoon, de patiënt, jij, ik centraal staat. Nu zijn wij nog vaak afhankelijk van, oké, ik heb dit ziekenhuis in de buurt en ik moet maar luisteren naar die arts, want ja, ik weet het zelf allemaal niet. En we willen eigenlijk gaan naar een meer vraag gestuurde zorg, waarbij de patiënt zelf kan zeggen van dit is mijn vraag, dit heb ik nodig. En dat dat rond de patiënt wordt georganiseerd in plaats van dat die patiënt nu eens naar daar moet en dan voor de volgende naar daar en dan naar daar. Wij zeggen dan van het kastje naar de muur. Dus dat je eigenlijk alles zelf moet organiseren moet eigenlijk door de zorg rond de patiënt worden georganiseerd. Maar dat is ook nog, daar zijn we nog niet. In kleine experimenten proberen we dat, maar dat is nog een. Dat zijn een aantal, ook weer de grote richtingen waar we naar toe kunnen werken. En dan denk ik wat core business is voor jou, de duurzaamheid in de gezondheidssector.

-LDW: *Waarom is het volgens jou belangrijk om te praten over duurzaamheid in de gezondheidssector?*

-ED: Wel, voor België weten we het eigenlijk niet, maar bijvoorbeeld Nederland, Engeland, daar hebben ze al berekend wat de uitstoot is van de gezondheidssector. De CO₂-uitstoot. In Engeland, National Health Service, gaat dat over ongeveer 4% van de totale uitstoot. Dat is vrij veel. 4%. In Nederland spreken ze van iets tussen de 5 en de 10 procent. Voor België weten we dat niet, maar het gaat ongeveer vergelijkbaar zijn.

Dus de voetafdruk van de sector op vlak van uitstoot van CO₂, dus afval ook, op vlak van de infrastructuur, energiekosten enzovoort, is groot. Dat is een grote vervuilende sector. En tot nu toe, dat bewustzijn is eigenlijk pas sinds de laatste jaren begint dat te komen. En ik denk dat het belangrijk is om bewust te zijn daarvan, dus dat wij ook een veroorzaker zijn van de klimaatverandering. Tegelijk, door die klimaatverandering gaat de impact op de gezondheid van mensen vergroten, waardoor de zorg meer werk gaat krijgen. Dus dat is de vicieuze cirkel. En als we dat willen aanpakken, denk ik ook dat die gezondheidssector, maar breed dus welzijn, gezondheid, de logistieke ketens, de afvalverwerking zich bewust moet zijn dat we "part of the problem" zijn, maar ook "part of the solution". Dus ook zij moeten het voorbeeld geven. We vragen van burgers om minder energie te gebruiken, we vragen van bedrijven om bewust om te gaan met hun afval. Ja, dan geldt dat eigenlijk voor de ganse samenleving en dus zeker ook voor de welzijns- en de gezondheidssector.

Dus zij moeten ook mee het goede voorbeeld geven in aanpak van de klimaatcrisis door veel duurzamer te gaan werken. En niet alleen omwille van de klimaatcrisis, ook omwille van een beetje toekomstgericht werken en kostenefficiënt. Op lange termijn denken, als we een gebouw

neerzetten, hoe lang willen we dan dat dat dient? Een ziekenhuis. 30 jaar, 40 jaar, 100 jaar. Kunnen we dat volledig recycleren? Is dat circulair?

Of, als het aan gedeelte moet worden afgebroken, gaat dat voor extra CO₂-uitstoot zorgen? Dus dat nadenken is gestart. Maar het is heel moeilijk om bijvoorbeeld een volledig CO₂-neutraal gebouw neer te zetten. Daar zijn nog niet zo heel veel ervaringen mee. Maar het inzicht begint wel te komen. Dus ik denk dat we ons moeten klaarmaken voor de toekomst, net omwille van het feit dat we klimaat zal de komende 200 jaar niet meer weg te denken zijn. Het is geen evidentie meer dat we vier seizoenen hebben op een jaar. Dus we hebben er misschien vier op een maand soms. Dus ja, we gaan daar moeten onszelf weerbaar in maken en onszelf voorbereiden daarop. Dus dat is denk ik wel, daarom is wat mij betreft, die duurzaamheid, vind ik dat wel een heel belangrijk aspect.

En niet alleen, want ja, ook onze overheden beginnen stil aan tot dat bewustzijn te komen. En ook de sector zelf. Dus wie dan nu nog kan zeggen van, klimaat, "je m'en fous", is toch niet meer zo goed bezig. En bijvoorbeeld, want dat is dan jouw volgende vraag, is dan de recente ontwikkeling? Vrij recent. We hebben bijvoorbeeld in Vlaanderen een fonds, dus middelen, voor infrastructuur voor welzijn en gezondheidszorg. En daar de criteria om beroep te doen op die subsidies, die zijn al heel sterk gekanteld naar duurzaamheid. En er zijn een aantal, ja, Dat zijn 13 klimaatengagementen die de Vlaamse overheid neemt. Dus je moet letten op ventilatie, je moet voorbereid zijn op hitte, je moet kijken naar afwatering, natuur binnen de voorziening, de omgeving. En als je een parking aanlegt, water doorlaatbaar. Dus al dat soort zaken. Kijken naar circulariteit.

Als je materialen gebruikt in ziekenhuizen is dat bijvoorbeeld heel moeilijk. Alles moet steriel zijn. Dus er wordt één keer gebruikt en weggegooid. Kan je dat gaan hersteriliseren of dat soort zaken. Kan je ook voor bepaalde verpakkingen gaan verminderen. Dus dat zijn dingen die nu wel hun intrede beginnen doen. Maar dat is eigenlijk wel een vrij recente ontwikkeling. Er is een ziekenhuis in Kortrijk, Academisch Ziekenhuis Groeningen. Zij hebben een volledig nieuw ziekenhuis gezet en zij zijn een van de eersten die geprobeerd hebben om op alle vlakken te kijken naar het materiaal dat we gebruiken.

Komt dat uit gerecycleerde materialen? Is dat opnieuw herbruikbaar? Onze energie, kunnen we die zelf opwekken? Onze patiënten, kunnen we die eigenlijk met minder verplaatsingen tot hier krijgen of met duurzamere verplaatsingen? Meer met de fiets, meer met openbaar vervoer. Kunnen we meer ook in therapieën de natuur, hun intrede brengen in therapieën en niet alleen medisch kijken. Dus dat zijn wel ontwikkelingen die gaande zijn. Ook de Green Deal is daar ook een voorbeeld van, de Green Deal duurzame zorg.

Die is opgestart in 2019, maar ja dan kwam corona en covid, is eventjes stilgelegd. Maar we zien daar toch ook een groot engagement van heel veel verschillende voorzieningen, van ziekenhuizen, van woonzorgcentra, van allerhande organisaties, bedrijven ook, onderzoeksinstellingen, universiteiten die mee willen denken, mee willen werken aan hoe kunnen wij onze welzijn en gezondheidssectoren duurzamer maken. Dus eigenlijk om maar beter om te gaan met de uitdagingen die gezondheids- en klimaatgewijs op ons afkomen. We zijn nu recent binnen de Vlaamse overheid bezig met een milieugezondheidszorg. Een beleid rond milieugezondheidszorg. Daarvoor was dat heel fragmentair. En nu werken we aan één plan om bijvoorbeeld alle risico's in kaart te brengen. Hitte, bijvoorbeeld, droge stromingen, infectieziekten die komen doordat er meer warmte is en zo.

We gaan dat ook weer proberen volledig te integreren en dan maatregelen eigenlijk meer gecoördineerd te kunnen uitrollen. Maar dat is een zeer recente ontwikkeling. Vlaanderen heeft gezondheidsdoelstellingen, bijvoorbeeld minder tabak, gezonder bevoeling, meer bewegen, opletten voor vallen, valpreventie bij ouderen is ook heel belangrijk want als die vallen dan is dat direct een breuk, is dat een zware ingreep enzo. Maar rond milieu hadden we dat niet en daar zijn we nu aan het werken om ook een milieugezondheidsdoelstelling eigenlijk uit te

werken. Van goed, wat gaan wij ons als target stellen rond het milieu? Wat is een gezonde omgeving, hoe gaan we proberen te voorkomen wat de klimaatverandering van gevolg heeft, hoe kunnen we dat afwenden, hoe kunnen we dat voorkomen. Dus daar zijn we op dit moment wel mee bezig. Dus wat mij betreft is dat bewustzijn, het is er, het was er, maar het begint te groeien. Dus die groei is volgens mij wel iets van recente datum. Recent, laten we dan zeggen 10 jaar, als we dat in het geheel bekijken is dat vrij recent.

-LDW: *Dat is ook wat ik kon zien wanneer ik met andere mensen heb gesproken. Ze zeggen ja, sinds 2, 3 jaren beginnen we om te sorteren van de afval enzovoort. Het is positief voor de toekomst, maar het is wel iets nieuw voor de ziekenhuizen bijvoorbeeld.*

-ED: Ja klopt en zeker ook voor woonzorgcentra of voor jeugdhulpinstellingen. Die zijn bezig met hoe ik die persoon kan ondersteunen, maar al de rest van logistiek en materialen enzo. Rond incontinentie bijvoorbeeld, heel veel mensen in de zorg, patiënten, moeten een luier, een pampers dragen.

Dat is om weg te gooien. Dat zorgt voor kilo's en kilo's afval dat verbrand moet worden. Die verbranding stoot heel veel CO2 uit. Er zijn nu bedrijven, ook nog maar recent, die aan herbruikbare luiers werken. Dus je kan wassen en dan heb je nog altijd uitstoot, maar dat is veel minder. En je kan zo'n luier misschien 5 of 10 keer gebruiken en veel minder afval daarmee genereren. Dus dat gaat een heel nieuwe economie worden, waar ik ook wel in geloof, maar we moeten naar een groenere economie gaan, die ervoor kan zorgen dat we die duurzaamheid geleidelijk aan kunnen gaan verbeteren, verhogen, daar sterker op kunnen inspelen.

-LDW: *Ja, in België dan, als het gaat over algemeen, hoe werken de verschillende spelers in de Belgische gezondheidszorg samen?*

-ED: Er is ook weer een verschil tussen de gewone, de "care", de gezondheidszorg op zich. Op Belgisch vlak, onze staatstructuur, maakt dat niet zo gemakkelijk. Bijvoorbeeld de curatie is federaal, en werkt met prestaties. Je moet een beenbreuk in orde maken, oké daar word je voor betaald. En dan als we kijken naar preventie, dat is een bevoegdheid van de gemeenschappen. Dus we hebben niet als gemeenschap heel die keten in handen, terwijl dat dat ergens wel gemakkelijker zou zijn. Nu ik ben geen communautaire specialist, helemaal niet, maar ik zie bijvoorbeeld door al wel lang in de zorgsector te werken, dat er wel verschillende realiteiten bestaan.

Het federaal niveau maakt plannen, het Vlaams niveau maakt plannen en soms sluiten die op elkaar aan, maar soms ook niet. En soms missen wij, en ik denk het federaal niveau ook, een aantal schakels in dat gebeuren. Dus ik denk dat het niet slecht zou zijn om toch naar een soort uniforme bevoegdheidspakketten te gaan. Per regio of per sector. Daar ga ik me niet over uitspreken. Maar op dit moment bemoeilijkt onze staatsstructuur toch wel die samenwerking. Dus daar zit wel een moeilijkheid. Als we dan kijken naar op vlak van duurzaamheid, ja, denk ik dat we wel die samenwerking geleidelijk aan het realiseren zijn. Geleidelijk aan. We zijn nog maar pas gestart met de Green Deal. Maar je hebt bijvoorbeeld ook een instrument zoals SustaCare. Ik weet niet of je dat kent.

Dat is een meetinstrument en een registratietool voor management van voorzieningen. Dus daarin kunnen zij op een heel aantal criteria kijken en scoren van waar staan wij op vlak van duurzaamheid en daar eigenlijk verbeterd trajecten mee organiseren. Dus dat is een digitale tool. En dat is iets dat nu al een jaar of vijf, zes of zo bestaat. En dat wordt breder en breder en breder toegepast. Dus dat zijn wel goede zaken waar er eigenlijk meer binnen het management van organisaties, maar ook over organisaties heen met die Green Deal wordt samengewerkt. Hoe doen jullie dat? Hoe doen wij dat? Waar zitten de goed practicus? Welke doelstellingen gaan we nastreven? Gaan we proberen om hoeveel afval te verminderen? Of bijvoorbeeld, en nog een doelstelling, geneesmiddelen in water. Ons afvalwater wordt gewoon geloosd en dan sommige geneesmiddelen, antibiotica, krijg je daar niet uit. Dus je moet proberen te voorkomen dat je moet dat afvalwater gaan opvangen en op een andere manier gaan zuiveren of gaan lozen,

maar niet in onze waterlopen, niet in onze rivieren. Dus daar beginnen we nu stilaan over na te denken. En die samenwerking vormen we dan binnen bijvoorbeeld Green Deal. Daar is een werkgroep van hoe gaan wij voorkomen dat ons water nog verder toxische stoffen eigenlijk in onze natuur brengt. Dus dat zijn zaken die die samenwerking daar rond is echt wel aan het beginnen.

Als we dan verder kijken naar samenwerking op vlak van de gewone zorg. We hebben in Vlaanderen de, ik weet niet of je dat kent, de eerste lijnzones. Dus we hebben Vlaanderen opgedeeld in 60 zones. Dat zijn gebieden van 75.000 aan 120.000 inwoners. Dat gaat dan over 6, 7, 8 gemeenten, lokale besturen, die in zo'n zone zitten. Zo'n zone heeft een zorgraad. Daar zitten alle spelers, alle directies van de voorzieningen in dat gebied samen met de lokale besturen. Die gaan dan kijken, wat heeft onze regio nodig van zorg? Wat hebben wij van aanbod? Wat zijn de vragen? We staan nog maar aan het begin, maar die zijn er nu wel. We hebben 60 zorgraden en die zijn nu bezig met waaruit bestaat onze regio? Wie is onze bevolking? Welk aanbod hebben we? Hebben we een ziekenhuis hier of niet? Hebben we volzorgcentra of niet? Hebben we jeugdhulpvoorzieningen? Hebben we voldoende psychologen? Hebben we voldoende tandarts? Hebben we voldoende kinesitherapeuten. Dus dat begint zich allemaal op dat vlak te vormen. En dat is een manier waarop we in Vlaanderen die samenwerking echt vormgeven. En ook op lokale schaal. Dus we gaan dat niet over heel Vlaanderen doen, maar per gebied. Per zone. En we noemen dat eerste lijn zone. Dus het zijn alle organisaties die op de eerste lijn werken die daarin aanwezig zijn. En een ander belangrijk punt is misschien dat als we nieuwe doelstellingen willen opleggen. Bijvoorbeeld, we hebben in Vlaanderen een probleem met de jeugdhulp, de crisisjeugdhulp. Heel veel jongeren komen in een crisis terecht en vragen hulp aan. En we hebben veel meer vragen dan dat we kunnen hulp geven. Nu heeft de Vlaamse regering 100 miljoen, dus niet weinig, vrijgemaakt. En een van de voorwaarden is ook weer per gebied gaan samenwerken. Dus niet organisatie A krijgt 100.000 euro, organisatie B krijgt 100.000 euro om bijvoorbeeld extra zorg te geven aan een jongere.

Ze gaan dat geld krijgen, maar ze moeten een samenwerkingsakkoord hebben. Dus zo stimuleren we eigenlijk wel de samenwerking op ons grondgebied en in die verschillende zones. En zo zijn er nog voorbeelden waarbij we zeggen, als we geld geven, dan moet er samengewerkt worden. Dan moeten in die bestaande gebieden, dan moeten die mensen, het zijn altijd dezelfde organisaties vaak, die moeten gaan samenzitten, die moeten één plan uitwerken over hoe zij in hun regio die vragen gaan aanpakken. Dus dat is dan zo, proberen we vanuit de overheid eigenlijk die samenwerking te stimuleren.

-LDW: *Oké, dat is zeer interessant. Ja, ik had het nog niet gehoord van, maar ja, ik vind het, van mijn point of view, het is echt een goed idee om de mensen te, ja, ze moeten nadenken over de problemen. Ja, en niet alleen maar wachten om hulp te krijgen, maar de hulp solliciteren.*

-ED: Ja, en de hulp moet vooral weten van elkaar welke andere organisaties er zijn. Want één organisatie kan niet alles doen. We hebben soms het OCMW nodig voor de financiële situatie van een gezin. We hebben soms een voorziening nodig voor opvang van de jongeren. Je hebt de huisarts nodig, omdat er soms ook medische problemen zijn. Dus we zeggen nu van, die moeten samenwerken aan één plan. Wie gaat wat doen, wanneer? En dan pas gaan er middelen komen. En dat is voor heel wat verschillende thematieken eigenlijk, proberen we dat op die manier op te zetten. De voornaamste voorbeelden of praktijken die nu echt al wel goed werken, zitten in de jeugdhulp. Daar zijn we daar als eerste mee begonnen. Dan heb je één gezin, één plan. Dat is misschien iets dat je eens kan opzoeken.

Dus ja, eigenlijk wil ik dat zeggen, alle mogelijke organisaties. Dat gaat ook over de school, de huisarts, de jeugdhulpvoorziening, het OCMW, het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, het Geestelijke Gezondheid, het Geestelijke Gezondheidscentrum, die moeten samenwerken rond één gezin. Als daar een vraag is. En samen kijken, we maken één plan, wie doet wat. En dan

heb je eigenlijk, dan voorkom je dat die patiënt of die cliënt voor de psycholoog nog zelf moet gaan zoeken. Oei, ja, ik heb psychologische begeleiding nodig. Want dat doet die organisatie niet. Eén organisatie doet niet alles, maar heel veel organisaties kunnen wel samen zorg bieden. Dus dat is onze visie daarop. En dat wordt eigenlijk al toegepast nu over heel Vlaanderen en dat heet "een gezin een plan". Dus daar kan je zeker informatie rond vinden. In Nederland bestaat dat ook al veel langer bijvoorbeeld, dat er rond het gezin, of rond de jongeren, wordt samengewerkt. Ja, oké. Er zijn er nog, hoor, samenwerkingsverbanden, maar ik ga beperken tot dat is het typevoorbeeld zo. En zo werken we met onze subsidies daarnaartoe. Als je wil middelen krijgen, dan kan je niet meer alleen zeggen van ik ben die organisatie, ik doe enkel dat. Onthaal bijvoorbeeld, of opvang, of thuisbegeleiding. Nee, het zal altijd in een netwerk, in een samenwerkingsverhaal moeten gebeuren.

-LDW: *Oké. Voilà. Wat hadden we dan voor rijzing en tekort aan zorgpersoneel? Dat is het volgende vraag. Ook mensen langer leven.*

-ED: Als we de bevolkingspiramide bekijken, ja mensen leven langer. Dat zorgt voor meer chronische ziektes, dus ook zorg die veel langer duurt. En vergrijzing heeft natuurlijk ook een effect op het potentieel aan arbeidskrachten. Hoe meer mensen met pensioen gaan nu, de babyboomers, en die worden maar opgevangen door een beperkte, door een kleinere groep. Dus we zitten met tekorten van personeel in de zorg, maar ook eigenlijk in alle sectoren. Ook in het onderwijs, we hebben te weinig leerkrachten. Ook in de industrie, er is een lijst van 100 of meer knelpuntberoepen, noemen we dat. Dus eigenlijk jobs waar we te weinig mensen voor hebben. Heel veel technische profielen, techniekers, mensen die gespecialiseerd loodgieters, schijnwerkers, allemaal zo vakmensen zijn er eigenlijk veel te weinig. Dus het is geen probleem van de zorg alleen. Maar in de zorg is dat natuurlijk wel acuter. Als je een bepaalde zorgvraag hebt en daar kan geen antwoord op komen, dat is zeer problematisch. Dat is iets erger dan een lekkende kraan.

Dus dat is toch wel van een andere orde. Op onderwijs is ook een groot probleem. Als er geen leerkrachten zijn, hoe ga je de leerlingen opleiden? Dat is toch wel fundamenteel. En we zijn ons daar al lang bewust van, werken daar ook al lang aan, maar het komt in zodanig grote golf op ons af, qua aantallen, dat er tekort zijn, dat het heel moeilijk is om te keren. Dus het is echt een gigantisch probleem. We proberen mensen van andere sectoren binnen te trekken. Of de verloning te verbeteren, de werkomstandigheden te verbeteren, probosy te voeren en hopen dat er op die manier voldoende mensen komen. Maar ik denk ook dat we onze zorg anders moeten organiseren. We zitten nog met heel veel kleinere organisaties. Misschien moeten we eens gaan kijken hoe we management over die samenwerking gaan verbeteren. Zodat bijvoorbeeld een intake maar op één plaats moet afgenomen worden. En niet binnen elke organisatie afzonderlijk. Met dat vorige voorbeeld dat ik zei, één gezin, één plan, zijn we daar al mee bezig. Maar dat is nog maar het begin. Om personeelstekorten op te vangen is niet zo eenvoudig. Ik denk de betaling, de verloning is belangrijk, de ondersteuning van mensen, de mensen die pas beginnen in de sector. Omdat ook de problematieken zwaarder worden, gaan veel mensen niet lang in één job blijven werken. Ze raken uitgeblust, Er is te weinig ondersteuning, management geeft het op, afdelingen worden gesloten omdat er onvoldoende mensen zijn en dan komt er opnames op.

Dan krijg je weer dat het ingrijpen op een probleem wordt uitgesteld en dan kom je tot een crisis. We hebben zo'n aantal vicieuze cirkels en als er meer mensen zijn dan kunnen we sneller ingrijpen. Maar op dit moment is het echt wel heel moeilijk. Heel veel organisaties hebben vacatures, maar ze krijgen ze niet ingevuld. Dus ja, ik denk dat we daar, we gaan onze zorg moeten veranderen. Die preventie, ik zeg het als we op langere termijn kunnen plannen. Die population health management, minder intensieve zorg. Die omschakeling is bezig, ook het federaal niveau heeft daaraan meegewerkt.

Bijvoorbeeld, wij noemen dat artikel 107. Je hebt de ziekenhuiswetgeving en daar staat een artikel in dat een ziekenhuis kan bedden, omzetten naar ambulante begeleiding. Dus als zij een bed sluiten, normaal gezien is 1 bed ongeveer 4 VTE, 4 fulltime personeelsleden staan rond 1 bed. Als je die alle 4 in de ambulante zorg kan zetten, om in de thuissituatie te doen, dan kan je meer mensen begeleiden met die vier fulltime equivalenten dan dat je op één bed kan doen. Dus dat zijn al systemen die geïntroduceerd zijn en die op dit moment werken. Maar het is nog onvoldoende denk ik, we gaan er nog veel meer moeten doen. Maar zo'n omschakeling duurt, een beleidscyclus.

Eerder je dan werkt, ben je toch al wel vijf of tien jaar verder. Maar dat is wel aan het komen. Gaan we daar het probleem mee oplossen? Proberen. We doen zeker wat mogelijk is. Er wordt ook veel middelen gegeven om de opleidingen te verbeteren, om mensen on the job te trainen. Dus dat zijn alle mogelijke manieren om te proberen die voldoende zorgpersoneel te krijgen. En ja, vergrijzing, dat is een probleem. Dat is ook weer niet alleen hier, ook andere landen kanten daarmee.

Ik denk dat we gewoon veel innovatiever en inventiever gaan moeten zijn in onze organisatie. Waar kunnen we bijvoorbeeld menselijke interventies vervangen door technologie? Wachtsystemen, metingen, kan dat van thuis uit gebeuren of moet daar altijd een verpleegkundige voor langskomen? We moeten natuurlijk ook nog zien dat onze zorg menselijk blijft. De zorg is heel vaak belangrijk omdat je persoonlijk contact, het contact tussen de patiënt en de zorgverlener is enorm belangrijk. Je kan niet alles gaan vervangen door technologie, maar waar dat kan, moeten we dat denk ik wel proberen zo maximaal mogelijk te doen. Informatie-uitwisseling bijvoorbeeld kan door een veel betere digitalisering van dossiers dan win je tijd om de informatie die je nodig hebt voor een cliënt of een patiënt, om die te bekijken. Terwijl nu moet er heel vaak opnieuw bevraging gebeuren, lijsten invullen. Dat kan efficiënter, waardoor een zorgverlener meer tijd kan geven aan de zorg zelf en minder aan de administratie. En zo kunnen we denk ik wel ook weer een stukje van dat probleem ondervangen.

-LDW: *Oké, perfect. We zullen nu een beetje spreken over het beheer van de Covid-crisis...*

-ED: Ja dat was een serieuze uitdaging. En ik denk vooral, wat is de uitdaging nu? Ja dat is proberen te anticiperen, voorbereid zijn op volgende crisis. Want dit zal, dit was een hele grote, maar dat zal niet de laatste zijn, denk ik. En ik denk dat niet alleen, want we hebben nu bijvoorbeeld binnen ons departement zorg een crisis eenheid. Dus die voor alle mogelijke sectoren gaat nakijken van wat als er op ons afkomt of mogelijk ook andere problemen, zware weersomstandigheden, dat soort zaken. Dus eigenlijk noodplanning ontwikkelen om sneller te kunnen reageren op dergelijke crisis. Voor COVID was er geen crisis eenheid. Dat bestond niet. Nu hebben we dat wel.

Dus dat is zeker ook een les die we geleerd hebben. Een groot probleem was ook, heel in het begin, het beschermingsmateriaal. De mondkapjes, de steriele pakken, hoe ga je met mensen omgaan die ziek zijn, ga je ze isoleren? Dus zowel naar materiaal toe als naar het beleid. Wat ga je doen? Welke instructies ga je geven aan de organisaties, aan de woonzorgcentra, aan de ziekenhuizen. Moet je afdelingen sluiten, moet je iedereen in quarantaine zetten. Het was echt experimenteren. Dus daar is heel veel uitgeleerd. En in een volgende keer... En al bij al heeft wat mij betreft België dat nog vrij goed gedaan. Als je ziet ook hoe snel we zijn kunnen beginnen vaccineren en zo. Dus dat zijn wel lessen die geleerd zijn dat er ook flexibiliteit is in onze sectoren. Heel snel werden er vaccinatiecentra opgezet, samenwerking tussen ziekenhuizen, zorgvoorzieningen, lokale besturen. Krijgen de mensen een uitnodiging, konden ze gaan voor hun spuitje. En dat maakt eigenlijk dat we ook wel, we hebben goede systemen, we hebben heel veel inzet, maar het was echt te veel improviseren. Dus op dit moment, nu gaan we veel meer kijken van wat als dat nog eens gebeurt. We willen bijvoorbeeld één communicatieplatform. Want we hebben in Vlaanderen een aantal... Ik werk voor het departement zorg, maar je hebt ook een agentschap voor personen met een handicap. Dat is een

aparte administratie bij de overheid. Die samenwerking... Zij gaven soms andere boodschappen dan wij. Of dan die die naar de jeugdhulp gingen. We hebben ook nog agentschap opgroeien. Die doen alles wat met kinderopvang en jeugdhulp te maken is. Ja, dus er kwamen verschillende boodschappen richting voorzieningen die zowel met jongeren werken als met middelbare leeftijd, als met ouderen. Algemeen welzijnswerk werkt met alle leeftijden. Dus ja, die kregen heel veel verschillende instructies en wisten niet van ja wat moeten wij hier nu, dat is heel ingewikkeld. Dus een betere communicatie is zeker iets wat we geleerd hebben dat er bij een volgende keer dat er zeker moet komen. En ik denk ook wat eigenlijk wel sterk was, was de snelle omschakeling naar digitaal werken. Omdat één-op-één contacten, bij een psycholoog, bij een jeugdhulpverlener of bij een arts, dat mocht even niet. Volledige lockdown, je mag niet buiten komen.

En heel snel zijn we overgeschakeld naar digitale hulpverlening. Dat is zeker niet ideaal, maar op dit moment denk ik dat we terug tot een balans komen, dat we de best boat rolls hebben. Dus fysiek contact wanneer het nodig is, digitaal contact wanneer het kan of wanneer dat voldoende is. Digitale consultatie enzovoort. Dat kan nu allemaal. Daarvoor was daar geen sprake van. Dus de crisis heeft ons ook geleerd om op andere manieren zorg te gaan verlenen. En in die zin zijn de mogelijkheden of het palet aan zorg dat we nu kunnen aanbieden is groter geworden. Dus dat vind ik wel een les die we geleerd hebben en een voordeel dat daaruit voortgekomen is. Nu, je hebt ook, als je echt in detail daarop wil ingaan, ik heb ook meegewerkt daaraan. We financieren vanuit de Vlaamse overheid een studiecentrum. En dat is het steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin. En zij hebben in 2022 een studie afgerond naar wat zijn nu de gevolgen geweest van Covid op het zorglandschap.

-LDW: *En wat zijn de aanbevelingen, waar kan het beter?*

-ED: Ik ga eens even kijken in Google. Ik ga het even proberen. Steun.wvg, ja. Dan kom je daar, publicaties, en daar kan je die studie dan vinden. Het gaat over de effecten van COVID op het zorglandschap. Als je enkel de aanbevelingen leest, is dat niet zo veel. Daar kan je wel wat materiaal over leren. De samenvatting van welke lessen moeten betrekken, wat is voor verbetering vatbaar. Dat is wel een goede omvattende studie die daar gebeurt. Onze tijd is ook bijna op, dat komt goed. Tot slot, toekomst. Ik ben wel optimistisch omdat ik wel zie dat de awareness groeit. Zeker op vlak van duurzaamheid, ook op vlak van we moeten meer samenwerken. Als we samenwerken kunnen we meer. Maar het is nog heel moeilijk omwille van het financieringssysteem, prestatiefinanciering en ook een stuk onze organisatie van de zorg. Die is zowel gouvernementeel versnipperd, maar ook op het veld zelf is dat versnipperd. Er zijn nog altijd heel veel verschillende sectoren. Voorzieningen voor persoon met een handicap, voorzieningen voor jongeren, heel veel specialisaties. En wij financiën ook nog altijd per sector. Dus de sector geestelijke gezondheidszorg krijgt apart financiering. De sector algemeen welzijnswerk, apart. De sector voor personen met een handicap, apart. De kinderopvang, aparte financiering. En regeltjes en voorwaarden. Jeugdhulp, apart. Gezondheidszorg, apart. Dus we moeten denk ik veel meer naar een geïntegreerd systeem gaan, dat we opbouwen rond de persoon zelf. En minder kijken naar dit is een sector en die sector heeft financiering nodig, ja, maar dan blijf je ook in, we noemen dat verkokering. Je hebt een koker en alles blijft in die koker. En die zeggen wel ja, wij gaan samenwerken met die andere kokers, maar als die financiering niet op dezelfde manier gebeurt, of aan die voorwaarden wordt gesteld dat er moet samengewerkt worden, zoals we nu geleidelijk aan proberen te doen. Dan gaan we eigenlijk nog altijd met dezelfde problemen blijven zitten.

Maar het bewustzijn is er wel. We worden ons bewust van het feit dat zo kan het niet meer verder. Maar dat gaat nog wel heel wat jaren vragen, denk ik, voordat we... Zeker die regelgeving en die financiering, dat zit in wetten en decreten. Dat vraagt heel veel werk om op een nieuw systeem uit te denken waar iedereen ook een beetje mee akkoord gaat. En waar we dan kijken naar wat het voordeel is voor de patiënt. En ook niet alleen kijken naar wij zijn een

grote organisatie en we moeten kijken naar werknemersbelangen. Die spelen ook mee, maar uiteindelijk gaat het over wat hebben jij en ik als we iets nodig hebben van de zorg als patiënt of als cliënt, wat hebben we nodig? Dus daar moeten we denk ik veel meer naar toe gaan om op die manier de financiering en ook de organisatie op poten te zetten. Maar ik zeg, het bewustzijn is er wel. Het mag allemaal sneller dan wel, maar het is niet gemakkelijk omdat het is ingewikkeld. Dus voilà, dat is een beetje denk ik, ja, ik hoop dat dat jou kan verder helpen.

-LDW: Ja, ja, zeker, zeker. Het was zeer precies en ja, ik heb alles begrepen, zelfs in het Nederlands, dus dank u. Dank u. Oké, dat is heel goed gedaan. Het was perfect voor mij, dus ja, dank u voor uw tijd en de informatie, ook over de verschillende sites dat ik nu ook kan een beetje gaan zien.

Dankjewel, fijne dag. Bye bye.

Tot ziens. Dag. Tot ziens.