

COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 22 JANVIER 2021

Matin

BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

VRIJDAG 22 JANUARI 2021

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.04 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 04 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met vertegenwoordigers van de zorgsector (artsen):

- Dr. Philippe Devos, voorzitter van het BVAS;
 - Dr. Reinier Hueting, voorzitter van het ASGB-Kartel, en Dr. Paul De Munck, voorzitter van het GBO-Kartel;
 - Dr. Roel Van Giel, voorzitter van Domus Medica;
 - Dr. Thomas Orban, voorzitter van de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).
- Audition de représentants du secteur de la santé (médecins):
- Dr. Philippe Devos, président de l'ABSyM;
 - Dr. Reinier Hueting, président du ASGB-Kartel, et Dr. Paul De Munck, président du GBO-Kartel;
 - Dr. Roel Van Giel, président de Domus Medica;
 - Dr. Thomas Orban, président de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).

De voorzitter:

Vandaag zullen vier organisaties ons toelichten hoe zij de crisis hebben ervaren. Zij hebben ook allemaal vooraf de doorgestuurde vragen schriftelijk beantwoord. Dat is heel zinvol. Daardoor kunnen we iets efficiënter werken.

Ik zou willen vragen dat elke organisatie gedurende ongeveer vijftien minuten de punten toelicht die zij belangrijk vindt en graag extra wil beklemtonen.

Daarna is het woord aan de leden, die bijkomende vragen kunnen stellen, waarna de sprekers opnieuw kunnen antwoorden.

Paul De Munck: Mesdames et messieurs les députés, madame la secrétaire, tout d'abord, nous sommes contents de l'occasion qui nous est offerte pour vous dire tout ce que nous avons vécu depuis un an et ce que, à ce stade de cette pandémie, nous concluons.

Nous avons essayé de répondre du mieux possible au questionnaire qui comportait de nombreuses questions. Étant donné le délai imparti et notre charge de travail, il n'a pas été évident de répondre dans le détail à toutes les questions. Nous avons néanmoins fait notre possible.

Pour vous présenter le cartel, comme vous le savez en Belgique, nous avons trois syndicats de médecins généralistes et spécialistes. Le cartel fait souvent référence à d'autres organisations moins recommandables. J'utilise ce terme pour vous expliquer que nous sommes une organisation à trois composantes, pour ceux qui ne le savent pas: l'ASGB (Algemeen Syndikaat van Geneeskundigen van België); le MoDeS (Monde des Spécialistes), organisation professionnelle représentant la médecine spécialisée francophone; le Groupement belge des Omnipraticiens, dont je suis le président. Le président de l'ASGB est à côté de moi, c'est le Dr Hueting qui est également le président de notre cartel.

Le plan de ma présentation, que je présenterai avec le Dr Hueting, est le suivant: je commencerai par quelques considérations générales, si vous le voulez bien. Ensuite, nous partagerons avec vous ce qui a fait défaut dès le démarrage, les manquements avant la crise qui ont rendu la gestion de cette crise difficile à nos yeux, et ce que, à ce stade nous pouvons constater et recommander.

(Diapositive suivante) Ce monsieur a, je pense, été auditionné devant vous. Il n'a pas été des plus tendres, si je suis bien informé. Il a fait des constats

difficiles à entendre, mais il faut pouvoir les entendre. L'idée générale est de se dire que les dégâts faits par le virus ne sont pas uniquement dus au virus lui-même - c'est son idée - mais aussi peut-être aux faillites et faiblesses de nos systèmes de santé et de soins de santé.

Quelques considérations générales que j'ai envie de partager avec vous. Avec tout le respect que j'ai pour les infectiologues, les épidémiologues, les virologues, vaccinologues, tous les "ologues" que je respecte et heureusement qu'ils sont là, pour ma part, je me plais à m'autoproclamer souvent "incertitunologue."

Ce que je veux dire par-là c'est que tous, dans cette crise, nous avons constaté que nous devons faire preuve d'énormément d'humilité, parce que nous étions dans des zones où l'incertitude était parfois beaucoup plus grande que les évidences scientifiques, ce qui continue jusqu'à aujourd'hui.

Une des caractéristiques de notre métier de médecin-généraliste tourne justement autour de cette gestion de l'incertitude. Il faut donc accepter que la science n'a pas réponse à tout. Parfois, le politique doit parfois prendre des décisions d'après des avis scientifiques lesquels ne répondent pas toujours à leurs attentes, parce que c'est le propre de la science de formuler des hypothèses. On n'est jamais sûr tout de suite de tout. Le temps d'une crise n'est pas le temps de la recherche, ni celui de la science.

(Diapositive suivante) De toute évidence, avant la crise, il manquait un plan stratégique de développement de santé publique digne de ce nom dans ce pays. Ce n'est pas la crise qui nous l'a révélé, car celle-ci met en lumière ce que nous savions déjà. Nous disposons de quelques plans, mais pas d'un plan ayant une vision à long terme. C'est-à-dire bien au-delà d'une législature. Il nous faudrait dans ce pays, un plan de développement de santé publique à l'échelle de 20 ou 30 ans. Il n'y a pas de plan de gestion de crise disponible. J'y reviendrai plus tard.

Aujourd'hui, nous n'avons pas de plan global de gestion de crise. Si vous en avez un, nous sommes demandeurs de le recevoir.

Il n'y a pas de système intégré d'informations sanitaires digne de ce nom. Nous avons certains outils, mais pas de système fédéral d'informations sanitaires décliné au niveau des entités fédérées digne de ce nom qui pourrait nous fournir en permanence un certain nombre d'indicateurs et, notamment, ceux dont nous avons besoin pour évaluer l'étendue des problèmes. Nous pourrions aborder la question plus en profondeur au cours

des échanges, si vous le voulez bien.

Il n'y a pas non plus - ce n'est pas un scoop - de stock de réserve de matériel, d'équipements de protection individuelle. Nous n'avons pas dans ce pays non plus, je crois qu'on peut le dire, de culture de prévention. La prévention est le parent pauvre depuis très longtemps en Belgique et dans notre système, ce champ souffre de sous-financement.

Nous n'avons pas de structuration cohérente des lignes, en tout cas à Bruxelles et en Wallonie. Depuis le 1^{er} juillet 2020, en Flandre, il y a les *eerste lijnen en zonen*. C'est la bonne nouvelle! Mais la première ligne reste à nos yeux sous-financée et le processus en Flandre commence à se mettre en place. Nous espérons que les autres Régions suivront.

Concernant la diapositive suivante, ce qui a rendu la gestion très difficile, c'est que, comme le dit le Dr Orban, qui va prendre la parole au cours de cette audition aussi – j'ai repris sa métaphore – "on compare souvent la Belgique à une lasagne institutionnelle". En réalité, c'est encore plus compliqué qu'une lasagne. C'est un véritable Rubik's Cube. Il y en a qui arrivent à mettre toutes les faces de la même couleur très rapidement. Moi, je n'y suis pas encore arrivé, mais je pense que vous comprendrez la comparaison avec la Belgique, vu le morcellement de compétences et les logiques régionales communautaires.

Pour ne donner qu'un exemple: les syndicats médicaux, puisqu'on en parle ici aujourd'hui, relèvent de la compétence fédérale tandis que les cercles de médecins généralistes relèvent de la compétence régionale.

Donc vous voyez bien que c'est très compliqué pour gérer tout cela. Les processus de décision sont beaucoup trop lents, par rapport à une crise en tout cas, mais en temps normal aussi à nos yeux. Cette vitesse n'est pas adaptée à la gestion d'une crise. Puis, il faut quand même dire qu'il y a des tensions entre politiques, que l'on aimerait quand même ne pas devoir subir dans la gestion d'une crise, et des tensions entre politiques et experts.

J'en veux pour preuve la présence très importante des experts dans les médias. Parfois, on aurait espéré qu'il y ait un peu plus de présence au niveau des politiques.

(Diapositive suivante) J'ai cherché sur Internet l'organigramme actuel de la crise. Je vous mets au défi de le trouver. De toute façon, si vous en trouvez un, je vous garantis que dans une semaine ou dans quinze jours, il sera dépassé et il faudra

l'actualiser. J'ai trouvé ceci dans la presse, dans le *Knack* et *Le Vif*. À un moment donné, ils ont publié cet organigramme qui, vous le conviendrez, n'est pas toujours facile à décoder pour le commun des mortels. Le fait qu'on ne trouve pas, dans les sites officiels de l'État et de l'Administration, un organigramme actuel de l'ensemble des structures, comment elles inter-opèrent, etc., ni sur Internet, ni sur les sites officiels, est quand même pour moi un indicateur de quelque chose qui ne fonctionne pas comme on le voudrait.

J'ai même sollicité un éminent expert qu'on voit très souvent dans les médias, dont je tairai le nom, pour voir si lui pouvait me donner un organigramme et il n'a pas pu me le donner. Cela pose question.

(Diapositive suivante) Le seul organigramme que j'ai trouvé, c'est dans le Journal du médecin, quotidien destiné aux médecins. En novembre 2020, ils avaient fait cet organigramme, mais il ne s'agit pas d'un organigramme d'un site officiel.

(Diapositive suivante). Par contre au niveau de l'AViQ, qui est l'administration wallonne pour une vie de qualité, il y a aussi un organigramme, et c'est vrai qu'on le retrouve assez facilement, mais vous conviendrez que pour comprendre comment tout cela fonctionne, ce n'est quand même pas si simple non plus.

(Diapositive suivante). Je vous l'ai dit dans mon introduction, il nous manque un plan global de gestion d'une crise sanitaire, et d'une pandémie virale en particulier. Et pourtant, on avait des choses dans les tiroirs. Ici, vous voyez deux exemples, notamment le fameux plan Influenza, mais là aussi, je vous mets au défi de le trouver sur le site officiel. Vous ne le trouverez pas. Il faut vraiment fouiller. C'est d'ailleurs un journaliste dans *Le Vif*, *(diapositive suivante)* qui a retrouvé cela en faisant des fouilles archéologiques sur Internet et qui est tombé là-dessus.

Jusqu'à aujourd'hui, ce plan belge de 2006 qui vaut en cas de pandémie grippale, vous ne le trouvez pas officiellement sur le site. Ou alors, il est quelque part, mais personnellement, je ne l'ai pas retrouvé. Donc, ce plan dormait dans les tiroirs ainsi que cet autre document de gestion des infections dans les maisons de repos et de soins et il y avait en 2009 un document que je n'ai toujours pas retrouvé non plus, qui était justement un document Influenza et qui était un plan de gestion de l'épidémie dans les maisons de repos. Ce document, je ne l'ai jamais retrouvé.

C'est quand même malheureux que depuis 2006, on ne ressort pas des tiroirs les choses existantes

pour les actualiser immédiatement et se baser là-dessus.

Je terminerai avant de laisser la parole à mon collègue et président, Dr Hueting, mais ce qui a fait défaut depuis le début de la crise, c'est en tout cas – c'est important – pas de mise en place immédiate d'une unité de commandement unique. On demande cela depuis le début. Le commissaire est venu, à nos yeux, trop tard, il fallait mettre en place un commissaire, comme cela a été fait auparavant, parce que selon le document que je vous ai montré, c'était un certain M. Piet Vanthemsche, pour ceux qui s'en souviennent. Il était commissaire de la crise à l'époque. Non, nous n'avons pas eu de commissaire tout de suite et pas d'unité de commandement unique et nous continuons d'ailleurs à beaucoup souffrir de cela.

Il n'y a pas eu de relecture/actualisation, je l'ai dit. Il n'y a pas eu, dès le départ en tout cas, une vraie cellule de communication fédérale unique, avec des messages qui sont identiques pour tous.

À un moment donné, on a entendu qu'on allait engager une équipe spécialisée de communication. On ne l'a pas eue! Je terminerai en disant que jusqu'à aujourd'hui, on a un problème de messages/communication.

Il n'y a pas eu d'intégration immédiate des représentants des syndicats de médecins au sein des organes de gestion de crise. Je laisse la parole, pour la suite, à mon collègue le Dr Hueting.

Reinier Hueting: Ik zal heel snel de belangrijkste constatering, en de lessen die wij kunnen trekken, opsommen. De verklaringen volgen waarschijnlijk later. U hebt die ook kunnen lezen in onze antwoorden op de vragen. Ik zal in het kort een opsomming van al die zaken geven.

De fragmentatie van de bevoegdheden is de grootste hinderpaal in deze zaak geweest, niet alleen hierin, maar ook in andere zaken. Het is ook duidelijk dat er veel beter rekening zou moeten worden gehouden met de mening van experts, om niet in een situatie terecht te komen waarin zeer zware maatregelen voor de bevolking veel te lang moeten duren. Als die maatregelen worden genomen, dan moet men die natuurlijk ook wel handhaven.

Wat de communicatie betreft, werden wij van alle kanten bestookt met berichtgeving. Dat is niet te doen. Het zou zo moeten zijn dat er één bron van communicatie is, die dan misschien wel gevoed wordt langs alle kanten. Eén bron moet de communicatie doen. De communicatie naar de bevolking was een groot manco. Wij hebben daar

van in het begin op gewezen. De mensen wisten absoluut niet waar ze aan toe waren. Ze begrepen niets van de regels. Ze kregen wel elke dag te horen dat ze hun handen moesten wassen en afstand moesten houden, maar voor de rest kwam er niet veel van terecht. Er zijn gespecialiseerde bedrijven of professionals die weten hoe zij de verschillende beroepsgroepen moeten bereiken. Men moet het aan die mensen overlaten om telkens de verschillende boodschappen te brengen, ook de boodschap dat men niet bang moet zijn om naar consultaties te komen en dat men de zorg niet mag uitstellen.

In België bestaat er geen goede gezondheidsinspectie met voldoende gezondheidsinspecteurs die direct het werk op zich kunnen nemen om een crisis te volgen of over te gaan tot een goede tracing. Dat was ook een groot gemis. Er is veel te veel bezuinigd op personeel, zowel in de ziekenhuizen als in de woon-zorgcentra. Daar was niet voldoende gekwalificeerd personeel voorhanden.

Het zou ook erg nuttig zijn dat iedere bewoner in België een vaste huisarts heeft, met een GMD. Dat zou ons op veel ogenblikken heel veel moeilijkheden hebben bespaard.

Als er iets is gelukt, dan is dat vooral te danken aan de flexibiliteit van de artsen in de ziekenhuizen en de huisartsen op het terrein. Zij hebben moeten improviseren en zij hebben dat op een fantastische manier gedaan. Onze collega's zijn steeds in staat geweest nieuwe structuren op te zetten, bottom-up. Wij hebben als syndicaten uiteindelijk verkregen dat ook de financiering in orde kwam, zij het af en toe moeizaam. Wij kunnen u verzekeren dat heel wat mensen op een gegeven ogenblik zijn begonnen te twijfelen of zij het nog wel zouden volhouden, zowel jongeren als ouderen, maar toch zijn zij erin geslaagd.

De collega's hebben gezorgd voor de promotie van verschillende zaken. Zij hebben telefoontriages en webinars georganiseerd en hebben ervoor gezorgd dat er richtlijnen kwamen. Zij hebben de test- en triagecentra uit de grond gestampt.

Ik houd het daarbij. De rest van de punten kunnen we straks tijdens de vraagstelling behandelen.

De **voorzitter**: Dank u voor uw uiteenzettingen heren Hueting en De Munck. Dokter Devos, de voorzitter van het BVAS, krijgt nu het woord.

Philippe Devos: Monsieur le président, mesdames, messieurs, vous avez reçu un document écrit assez détaillé – il fait une trentaine de pages. Le but de ce document est de

fonctionner à la manière d'un audit hospitalier, c'est-à-dire d'apporter des éléments factuels pour appuyer mes points critiques, de manière à vous expliquer qu'il ne s'agit pas de sentiments tout en essayant d'être constructif et d'amener des pistes de solution.

Je ne vous donnerai pas lecture du document in extenso. Je concentrerai mon exposé sur trois points principaux. Tout d'abord, je rappelle que l'ABSyM est un syndicat, dont le conseil d'administration se compose à 50 % de médecins spécialistes et à 50 % de médecins généralistes. J'ai pu constater, au travers de vos questions, qu'un certain nombre d'entre vous pensent que nous ne représentons que les médecins spécialistes. C'est une erreur. Nous représentons la médecine dans son ensemble en Belgique.

Les trois points sur lesquels j'axerai mon exposé sont: premièrement, l'absence d'anticipation; deuxièmement, le délai de réaction, une fois face au problème; troisièmement, la communication. Ce sont, à mes yeux, les trois points majeurs avec lesquels nous avons eu de grandes difficultés, alors qu'il y a des solutions faciles, rapides et efficaces à mettre en place.

En ce qui concerne l'absence d'anticipation, j'ai entendu à de nombreuses reprises, que la situation n'était pas prévisible. C'est évidemment faux! Nous savons tous qu'elle l'était. D'ailleurs, certains pays dans le monde se sont préparés de manière bien meilleure que nous. Une des manières de faire en sorte que ce soit prévisible, c'était d'avoir une écoute absolue des acteurs de terrain et de ne pas se limiter à écouter un panel de gens exclusivement sélectionnés par soi-même en autocratie. C'était donc d'avoir une écoute plus large.

En effet, comme l'a présenté mon confrère dans l'exposé précédent, l'incertitude d'une nouvelle maladie nécessite le fait d'avoir un large panel d'opinion pour se faire une idée complète de la problématique. Or, lorsqu'on sélectionne de manière trop importante le groupe de gens qui vous conseillent, le danger est de n'avoir plus qu'une seule vision, au risque qu'elle soit mauvaise. Et c'est ce qui s'est passé, malheureusement.

Associée à cela, cette absence d'anticipation a entraîné plusieurs problèmes: l'incapacité d'acheter, puisqu'on est arrivé trop tard sur le marché mondial; lorsqu'on ne sait plus acheter, il vaut mieux avoir un petit stock. La destruction de masques dans ce cadre est évidemment dramatique. J'y reviendrai ultérieurement. Ajoutons à cela des choses impressionnantes: dire que l'on

construit un plan stratégique au moment où l'on devrait être totalement opérationnel. C'est une vraie problématique et on continue à le faire aujourd'hui. On continue à faire de la stratégie alors que les fournitures de vaccins sont là et qu'on devrait être dans l'opérationnel. On constate que les autres pays autour de nous en Europe ont déjà écrit leur plan stratégique vaccinal au mois de juillet ou au mois d'août. Ils ne l'ont pas rédigé au mois de décembre ou janvier. Je pense qu'en juillet et en août, on pouvait prévoir l'arrivée du vaccin. Nul besoin d'être un grand devin pour savoir ce qui allait se passer au mois de décembre.

Ce manque d'anticipation et cette disparition des masques a entraîné l'anéantissement quasi total de la première ligne. C'est-à-dire que la première ligne a été contrainte non par choix, mais par les faits de devoir abandonner le présentiel et de devoir faire de la téléconsultation avec ses patients. Cela a posé une série de problèmes. Premièrement, dans nombre d'endroits, pour être examiné, le patient devait se rendre à l'hôpital, ce qui n'a pas aidé à avoir une attitude sereine d'accueil des hôpitaux. Deuxièmement, lorsque le patient décidait de s'y rendre, il le faisait trop tard. De ce fait, une série de malades sont arrivés malades du coronavirus, mais surinfectés d'infections bactériennes à un stade déjà avancé. Dans ces infections bactériennes, on a évidemment une mortalité associée. Ces gens, en seconde vague, ont été vus par des généralistes, qui ont prescrit de l'antibiothérapie ou d'autres thérapeutiques: corticoïdes et autre dexaméthasone et ont permis de désengorger préventivement les hôpitaux. La médecine générale, dans la deuxième vague, grâce au fait qu'elle a pu s'équiper pour se protéger et protéger ses malades a pu démontrer tous les problèmes qui se sont posés en première vague.

Finalement, si vous observez les deux vagues, effectivement, la dexaméthasone fait la différence, mais la deuxième différence importante, c'est que la médecine générale a été extrêmement efficace en deuxième vague. Ce n'est pas une critique vis-à-vis de la médecine générale pour la première vague. Elle a fait ce qu'elle a pu dans les conditions dans lesquelles le gouvernement et le manque de masques l'avaient mise. Voilà pour le problème d'absence d'anticipation!

En ce qui concerne le délai de réaction, quand on observe la situation de l'extérieur, faire systématiquement de la stratégie alors qu'on devrait être en phase opérationnelle est incompréhensible pour le terrain.

Réellement, si après avoir démarré la chimiothérapie, nous commençons à nous

demander comment traiter le malade, je pense que vous nous traiteriez de criminels. Pourtant, notre impression est que c'est parfois cela ce qui se passe.

Des problèmes de stratégie au moment de l'opérationnel: mille exemples à vous donner! Ils sont tous dans mon document. Je ne les répéterai pas. On a cafouillé dans les stratégies des testings PCR, du tracing et, à mes yeux, nous sommes toujours en train de cafouiller dans les stratégies alors que cela fait presque un an que la maladie est là.

Dans l'application web et l'application Coronalert, là aussi, on a commencé à réfléchir à une application alors que la maladie était déjà là.

Les retours de voyages n'en parlons pas! Ce qui est en train de se passer est interpellant.

Les stratégies d'approvisionnement des hôpitaux, leur organisation d'approvisionnement durant la première vague, là aussi, nous étions un temps en retard.

L'efficacité du système de transferts inter-hospitaliers: je vous ai donné des exemples et, par comparaison au système allemand, c'est parlant et c'est juste une question d'organisation stratégique antérieure. Les Allemands ne sont pas plus intelligents que nous pour y arriver: ils y ont juste pensé avant nous.

En plus, à partir du moment où nous étions lancés dans l'opérationnel et que vous veniez avec une couche de stratégies après, il est évident que cela entraînait un double travail pour l'ensemble du personnel de soin parce que nous avions déjà créé une phase opérationnelle et selon votre stratégie, nous devions modifier à nouveau cette phase opérationnelle pour l'adapter à la vôtre. En conséquence, nous devions exécuter deux fois le travail alors que du travail, nous en avons eu énormément.

L'autre erreur en terme de stratégie: si je rejoins mes collègues disant qu'il faut un commissaire, une seule voix et une seule décision, cette décision doit cependant être modulée aux réalités du terrain. On ne gère pas une épidémie de la même façon au centre de Bruxelles qu'en plein milieu des Fagnes, (sauf neige).

Il faut aussi comprendre qu'un système unique, une stratégie unique pour un pays qui compte autant de différences que le nôtre... Lorsque vous prenez des décisions relatives à d'autres sujets, vous faites attention de faire des différences entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles. Et, en

l'occurrence, nous nous sommes retrouvés avec des solutions uniques pour l'ensemble du pays. Là aussi, si on avait écouté le terrain, on se serait rendu compte que certaines solutions n'étaient pas adéquates par rapport aux exigences de la population.

Enfin, dans tout ce délai de réaction, l'amélioration de la facilitation des systèmes d'information n'a pas aidé et donc l'informatique n'était pas prête à gérer ce genre de choses, l'administration ne l'était pas non plus et nous nous sommes retrouvés avec des *bugs* tantôt informatiques et tantôt avec une surcharge administrative parce que nous n'avions pas fait de flux simplifiés et que nous ne sommes pas allés à l'essentiel. Dans une pandémie, il faut aller à l'essentiel. C'est ce que l'on nous demandait quand on nous demandait d'arrêter les soins non essentiels: on nous dit d'aller à l'essentiel. Mais l'administration n'a pas fait son job d'aller à l'essentiel. C'est un autre problème qui, stratégiquement, pouvait être résolu auparavant.

C'était presque impossible de le faire évidemment. Pourquoi? Parce que depuis des années, les équipes sensées faire de la stratégie sont sous-dimensionnées. On a financé un sous-investissement dans la réflexion stratégique. Mon collègue, à juste titre, a parlé d'un plan stratégique de soins de santé à longue échéance et au-delà d'un mandat. Je pense que c'est une des manières de nous en sortir: avoir des réflexions prolongées et le courage de prendre des décisions qui vont donner leurs résultats au-delà de son propre mandat et, potentiellement, donner du bénéfice au mandataire suivant. C'est dans l'intérêt global de la population et des soins de santé en Belgique.

Dans la série des "économies du passé", je vous rappellerai une déclaration de Mme la ministre De Block la première année de son mandat, lorsqu'elle a présenté sa note de politique générale. Elle a bien expliqué que les hôpitaux étaient surdimensionnés, qu'il fallait en réduire le dimensionnement. Nous lui avons à l'époque posé la question de savoir comment nous ferions en période de pic de grippe pour admettre tous ces patients grippés. Elle nous a répondu qu'"il suffisait d'arrêter de faire des cataractes et des prothèses de hanches et de genoux l'hiver et de tout postposer à juillet et août. Son idée était de faire un dimensionnement extrêmement serré et le plus proche possible des besoins continus.

C'est dans une logique tout à fait cohérente en termes de e-management. C'est comme cela que l'on fait, par exemple dans une ligne de production automobile. Si la demande augmente, le délai de livraison passe de deux mois à quatre mois. Le problème est qu'en l'occurrence, nous ne soignons

pas d'automobiles. Le Lean management en hospitalier a deux limites: la première est que si l'on augmente les délais, on a des morts, ce n'est pas un retard de livraison de voiture. Ce facteur n'a pas été pris en compte dans la politique menée jusqu'à présent; la deuxième qui n'est pas incluse quand on pratique le Lean hospitalier, c'est que pour la voiture, on ne se préoccupe pas de sa satisfaction lorsqu'elle est passée sur la ligne alors que pour ce qui est du patient, nous devons nous préoccuper de sa satisfaction et de son bien-être lorsqu'il passe sur la ligne de production de soins.

Le danger du "Lean maximaliste", de l'économie maximaliste, est double. Ce sont ces deux éléments-là. Jusqu'à présent, je n'ai eu, dans les notes de politique générale que j'ai pu lire, aucune réassurance par rapport à ces deux dangers du Lean, qui continue à être promu, y compris par les directions hospitalières, dont le but est de rentrer dans leurs murs. Les directions hospitalières font du Lean au maximum de ce qui est possible.

Les deux garde-fous de ces dangers du Lean, c'est le Conseil médical – mais malheureusement, le Conseil médical a peu de droit en Belgique – et la tutelle. Et si la tutelle rajoute de l'austérité, un des deux garde-fou saute et comme l'autre garde-fou est légalement faible, vous pouvez avoir de grands soucis, particulièrement lorsque le système est mis sous tension. Donc, ce qui se produit actuellement en Belgique s'est déjà produit l'an passé: c'est la chronique de quelque chose qui était évident à l'évolution du système de santé de type économie Lean.

Concernant le troisième et dernier point, la communication, je rejoins tout à fait mes collègues. Je pense qu'en la matière, il y avait très largement moyen de mieux faire. Au vu de ce qui se faisait dans les pays étrangers, on était impressionné par la différence. On accuse vraiment des fossés de différences.

Évidemment, les différents niveaux d'autorité et de pouvoir, les déclarations parfois contradictoires de certains n'ont pas aidé. L'idée d'un commissaire unique aurait pu aider, mais on constate quand même que, seul, il est en difficulté. Il fallait quand même lui assurer toute une cellule de communication autour et de nouveau, une stratégie de communication écrite bien avant la pandémie parce que la communication, comme tout, doit faire l'objet d'une réflexion.

Un des problèmes, c'est la communication envers les médecins. Nous n'avons effectivement pas eu de communication centrée et systématisée. Ce n'est pas normal qu'en plein milieu d'une pandémie, on doive aller chercher l'information. Ce

que mon collègue vous a montré ce matin, c'était la réalité de tous les jours. On devait tout le temps chercher nous-mêmes l'information, alors que des experts faisaient pareil chez vous, mais ne transmettaient pas leurs savoirs. Cela est un vrai problème.

Le deuxième problème, c'est la communication envers la population. On a totalement ignoré le rôle du médecin dans l'adhésion de la population aux mesures. Vous savez pourtant tous qu'en termes de confiance, le médecin est l'une des figures de confiance pour la santé des personnes, au-delà du politique. Vous aviez un atout dans votre jeu, le médecin, qui pouvait vous aider à faire adhérer aux mesures, et il a été sous-utilisé, puisqu'on ne nous a pas du tout transmis des *flyers* ou ce genre de choses. Chaque année, pour la vaccination pour la grippe tout simplement, on a une série de matériels didactiques fournis par l'État pour nous aider à faire adhérer la population. Ici, on a juste eu un PDF sur le site de Sciensano. C'est à peu près tout. Sur une année entière de pandémie, c'est un peu dommage.

Résultat, étant donné le peu de communication vis-à-vis des médecins et le peu de transparence vis-à-vis des experts – et quand je parle de transparence, pour le moment, on note un mieux puisque nous avons les conclusions des avis des experts – en notre qualité de scientifiques, ce qui nous intéresse, c'est le substrat qui mène à la conclusion. Ce sont les motivations qui amènent à la conclusion, ce sont les débats qu'il y a eu autour des motivations. C'est cela qui nous intéresse en tant que scientifiques. Tout cela n'est toujours pas sur la table et je pense que cela ne le sera jamais. C'est extrêmement dommage parce que cela fait partie de notre éducation de médecins d'avoir notre propre jugement scientifique.

Je vous rappelle que jusqu'à présent, quand on prescrit un médicament, ce n'est pas parce que l'État a dit qu'il fallait qu'on le prescrive, c'est parce que nous avons fait nos recherches, nous avons vu le débat contradictoire sur le médicament et nous avons conclu ce que nous devions faire. Ce qu'on nous demande de faire, ce que l'INAMI nous dit et sur ce que le SPF nous dit, qui est la *best practice*, laquelle est d'avoir une réflexion, une analyse de données, un débat, et bien cela, dans la pandémie, on nous l'a ôté. On nous l'a totalement enlevé.

Finalement, on nous a demandé, alors que notre métier de cartésiens, de logique, d'interrogation et de compréhension de choses, on nous a demandé d'avoir foi dans les conclusions de l'expert quand nous en avons, voire même avoir foi dans la déclaration du ministre, alors même que nous n'avions pas les motivations des experts.

Évidemment, nous ne sommes pas religieux, nous sommes cartésiens. Avoir foi avec autant d'errements antérieurs... La foi est perdue depuis maintenant des mois. Donc, c'est ce qui explique que vous voyez pour le moment, comme moi d'ailleurs, toute une série de cartes blanches, de réactions de médecins qui s'opposent à une série de décisions. Et au lieu de nous avoir comme alliés pour l'adhésion de la population, vous vous retrouvez avec une partie de médecins opposants à l'adhésion. À cet égard, pour moi, la responsabilité n'est pas médicale, elle est dans la communication envers les médecins et il est encore temps de changer cela.

Je vous remercie. J'ai fini mes trois points principaux.

Roel Van Giel: Bedankt voor de uitnodiging. Wij hebben uw uitgebreide vragenlijst ontvangen. Ze toont de grondigheid aan waarmee u de zaken aanpakt. Ik hoop dat u het ons niet kwalijk neemt dat wij niet alle vragen schriftelijk hebben kunnen beantwoorden. Wij zijn met Domus Medica volop bezig om de vaccinatiecampagne mee uit te rollen en de derde golf te vermijden.

We hebben getracht om een aantal antwoorden op uw vragen in een powerpointpresentatie op te nemen. Als er vragen onbeantwoord zouden blijven, dan zullen wij die graag achteraf beantwoorden.

Domus Medica is misschien wel een atypische artsenvereniging, in deze zin dat wij een fusie zijn van verschillende huisartsenverenigingen, waardoor wij de verschillende aspecten van het huisarts zijn, de wetenschappelijke vertegenwoordiging, de beroepsvertegenwoordiging en het syndicale en maatschappelijke draagvlak, in één vereniging hebben kunnen vertegenwoordigen.

Wij hebben tegenwoordig de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen en de Nederlandstalige huisartsen en de Nederlandstalige huisartsenkring in Brussel. Wij hebben meer dan 3.100 leden en 67 kringen en zijn daarmee de grootste vereniging in Vlaanderen en Brussel.

Welke rol heeft Domus Medica in deze crisis proberen op te nemen? Wij wilden enerzijds het aanspreekpunt zijn voor de huisartsen en informatie verspreiden en anderzijds een schakel zijn tussen de huisartsen, de huisartsenkringen en de overheid.

De cijfers bewijzen voor een stuk dat wij onze rol als aanspreekpunt waargemaakt hebben. Sinds het begin van de pandemie hebben wij ongeveer

6.500 vragen gekregen van huisartsen, leden en niet-leden. Via de kringen hebben wij nog eens 15.000 vragen, ook van huisartsen, beantwoord. Wij hebben ook een consortium opgericht met de academische centra, om ervoor te zorgen dat wij voldoende wetenschappelijke onderbouw konden geven aan wetenschappelijke vragen van de huisartsen.

Wij hebben ook getracht aan informatieverspreiding te doen. Wij hebben daartoe een eigen website opgebouwd waarop wij alle informatie van de verschillende organen, Sciensano, de FOD, het RIZIV, en de WHO, hebben samengebracht, zodat huisartsen alle informatie op één pagina konden terugvinden.

Vanaf het begin, sinds maart, hebben wij newsflashes uitgestuurd, waarbij wij updates gaven van wat er veranderde, want zeker in de beginperiode veranderde er heel veel. Tot vandaag sturen wij twee keer per week een nieuwsbrief naar meer dan 5.000 huisartsen.

Wij hebben zelf richtlijnen vertaald. Wij hebben steekkaarten gemaakt. Wij hebben ook infoches voor patiënten gemaakt, die de huisartsen konden meegeven, zodat de patiënten die thuis nog eens konden nalezen.

We zijn nu bezig om per vaccin een samenvatting te maken van de wetenschappelijke studies. Hoe werd de studie gedaan? Wat zijn de resultaten ervan? Wat waren de nevenwerkingen? De huisartsen kunnen zo op een wetenschappelijk gefundeerde manier antwoorden op de vragen over de vaccinaties die zij van hun patiënten en de burgers krijgen.

Wij hebben draaiboeken gemaakt, onder andere over de heropstart van de huisartsenpraktijk. Wij hebben webinars en intervisiemomenten georganiseerd. Wij hebben geprobeerd om de huisartsen zo goed mogelijk te informeren.

In tweede instantie hebben wij getracht om de schakel te zijn tussen de huisartsen, de huisartsenkringen en de overheid. Dat hebben wij gedaan door heel wat informele contacten, maar wij waren ook vertegenwoordigd in een aantal organen, met name de Primary and Outpatient Care Surge Capacity Group, de werkgroep van het Interfederaal Comité Testing en Tracing, in de RAG, in de taskforce teststrategie, in een werkgroep van de taskforce vaccinatie, namelijk die over de selectie van de risicopopulatie, en dan nog in een aantal werkgroepen op Vlaams niveau.

Wat was onze rol daarin? Wij hebben geprobeerd de expertise van het veld in die organen te

brengen, zodat, als er beslissingen worden genomen, die voor een stuk kunnen worden afgetoetst aan de realiteit op het veld om na te gaan of de beslissingen wel uitvoerbaar zijn in het veld.

Wij hebben ook contacten gelegd met andere instanties, zoals de Belgian Pediatric COVID-19 Task Force – die wil ik echt wel noemen – die heel veel werk heeft gedaan en wij hadden ook wekelijkse contacten met onze collega's van het ASGB en het VAS om informatie uit te wisselen.

Ik zal in mijn presentatie eerst een aantal algemene beschouwingen bij de pandemie maken en in een tweede deel zal ik mij concentreren op wat de pandemie heeft gedaan met de huisartsengeneeskunde.

Wij moeten allemaal eerlijk zijn: de epidemie is ons allemaal overkomen. Niemand had ze voorzien en wij waren er gewoon niet klaar voor. Ons zorglandschap was niet aangepast, wij hadden geen aangepaste infrastructuur, geen aangepaste organisatie, geen aangepaste financiering. Dat geldt, mutatis mutandis, ook voor de huisartsen: wij hadden geen plannen, geen persoonlijk beschermingsmateriaal, geen financieringssystemen en geen omkadering. Tijdens de hele epidemie hebben de huisartsen zich dus een aantal keer moeten heruitvinden. Onze flexibiliteit en voluntarisme – de collega's van het ASGB hebben het ook al gezegd – zijn echt wel belangrijke eigenschappen geweest in de huisartsengeneeskunde om ons hoofd boven water te houden.

De pandemie heeft ook veel goede dingen meegebracht. Er zijn heel wat spontane samenwerkingen ontstaan tussen de eerste lijn en de tweede lijn, tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra, tussen CRA-artsen en artsen van de huisartsenkring, waarbij er heel veel solidariteit ontstaan is en men elkaar spontaan is gaan helpen. Dat mag toch ook worden vermeld. Wat ik zeker ook wilde vermelden, is dat er ook heel wat samenwerking is geweest met de overheidsdiensten – de FOD, het RIZIV, Sciensano. Ik heb daar heel veel ambtenaren, ook topambtenaren, leren kennen die tot op vandaag het beste van zichzelf geven en dat ook in de toekomst zullen doen om ons mee door deze crisis te leiden, in vaak onderbemande diensten. Dat mag toch wel eens worden vermeld.

Ook voor de politiek was het absoluut geen evidente periode. Men moest vaak beslissingen nemen op basis van zeer weinig of zeer tegenstrijdige informatie. Dat is absoluut niet evident, maar het is de job van de politiek om te

beslissen en een kritiek die wij hebben, is dat zij die beslissingen op bepaalde momenten niet heeft genomen.

Ik heb al gezegd dat wij niet voorbereid waren op de epidemie, zeker niet in de eerste lijn. Er was geen plan, er waren geen scenario's, er waren geen noodplannen en het was crisismanagement vanaf dag 1 van de pandemie. Datzelfde geldt eigenlijk ook voor het persoonlijk beschermingsmateriaal. Wij moeten daar eerlijk in zijn, ook in de eerste lijn: de meeste huisartsenpraktijken hadden geen voorraad persoonlijk beschermingsmateriaal. Er waren ook geen richtlijnen over wat zij in de praktijk zouden moeten hebben, de hoeveelheden ervan en om welke periode zij zouden moeten overbruggen.

Daar kwam nog bij dat de huisartsgeneeskunde daarin als een van de eerste onder druk kwam te staan, want wij kopen ons materiaal aan bij de lokale handelaars, maar dat waren de eerste die met een stockbreuk zaten omdat de internationale markt ineenzakte. Wij waren dus als een van de eersten aangewezen op leveringen van de overheid, maar wij weten allemaal dat de stocks die de overheid ooit had, vernietigd waren en dat die er dus niet meer waren.

Wij moeten daar ook eerlijk in zijn: het feit dat het persoonlijk beschermingsmateriaal er niet was en dat de overheid dat niet kon leveren, heeft gemaakt dat wij een aantal maatregelen hebben moeten nemen in de daaropvolgende weken en maanden om toch op een veilige manier te kunnen werken. Als wij dat beschermingsmateriaal wel hadden gehad, zouden wij dat anders hebben gedaan. Ik wil benadrukken dat, toen wij dat beschermingsmateriaal wel hadden en de overheid een deel had aangekocht, bleek dat wij geen accurate lijsten hadden: wij weten niet wie onze zorgverleners zijn en waar zij wonen. Wij hebben dus heel veel problemen gehad om het beschermingsmateriaal bij de zorgverleners te krijgen.

Er is ook heel veel gezegd over de richtlijnen. Het is begrijpelijk dat in zo'n pandemie richtlijnen veranderen. De kennis bouwt zich op tijdens een pandemie, dus dat is heel begrijpelijk, maar er zijn op een bepaald moment heel veel richtlijnen gemaakt, die heel gedetailleerd waren, die ook verschillend waren voor kinderen, kleuters, de lagere school, de middelbare school. Iedere sector maakte zijn eigen richtlijnen. Domus Medica heeft altijd getracht om dat in een overzichtelijk document te zetten voor de huisartsen, maar op een bepaald moment kon men echt door het bos de bomen niet meer zien en dat heeft niet geholpen om die richtlijnen goed te implementeren.

De collega's hebben al gesproken over eenheid van commando, Erika Vlieghe heeft het daar ook over gehad. Wij hebben echt een kapitein op het schip gemist. Er is veel overleg gepleegd, waardoor er veel tijd is verloren, en op bepaalde momenten was er geen kapitein om beslissingen te nemen. Ik heb mij voorgenomen om zo weinig mogelijk over de staatsstructuur te spreken, maar hier moet ik dat toch wel doen. Wij moeten allemaal erkennen dat de manier waarop de gezondheidszorg op dit moment georganiseerd is, hier een heel belangrijke rol in speelt. Wij zullen die evaluatie moeten maken en wij zullen er aanpassingen aan moeten doen. Toch moeten wij er ook rekening mee houden dat er ondertussen de realiteit op het veld is ontstaan – dat hebben wij ook in deze epidemie gezien en collega Devos heeft er al naar verwezen – dat er gewoon op dit moment al een verschil is in hoe men de zorg organiseert afhankelijk van het gewest waar men woont. Dat is in deze epidemie ook gebleken.

Mijn collega's hebben ook al over de communicatie gesproken. Het blijft voor mij toch een van de meest onbegrijpelijke zaken dat toenmalig eerste minister Wilmès en toenmalig minister van Volksgezondheid De Block in het begin van de pandemie zo afwezig zijn geweest in het publieke debat.

Wij zijn heel blij dat wij mensen zoals Erika, Marc en Steven hadden aan Nederlandstalige kant, die dag in, dag uit toch geprobeerd hebben om al die maatregelen uit te leggen op de goede momenten en op de slechte momenten, maar het blijft voor mij heel onbegrijpelijk dat de politieke verantwoordelijken toen zo afwezig zijn gebleven in het debat. Het was in die zin een verademing dat sinds het aantreden van de nieuwe federale regering de huidige eerste minister en de huidige minister van Volksgezondheid die taak wel op zich nemen.

Ik geef een aantal belangrijke data vanuit het perspectief van de huisartsgeneeskunde in de epidemie, waar ik straks nog even zal op terugkomen. Op 16 maart wordt het noodplan huisartsgeneeskunde afgekondigd, op 4 mei is er de heropstart, in juli is er een heropflakking in een aantal provincies. De impact daarvan mag echt niet worden onderschat, want de zorgverleners snakten toen naar rust en dat was een heel aantal zorgverleners niet gegund en dat heeft ook heel wat voorbereidingen die toen gepland waren, in de soep doen lopen.

Begin september is er de start van de tweede golf. Dat is hetgeen waar ik in de hele pandemie nog het kwaadst om ben: toen wij in de

huisartsenpraktijken het aantal infecties en de druk zagen toenemen en dat ook communiceerden, net zoals de experts, werd op een van de laatste Overlegcomités van de aftredende regering een aantal maatregelen versoepeld. Dat is bij heel wat zorgverleners als een slag in het gezicht aangekomen. Ik zal de politiek zeker niet verantwoordelijk stellen voor deze pandemie, maar door dat moment draagt de politiek wel een enorme verantwoordelijkheid voor de start van de tweede golf, die wij in oktober en november hebben gekend.

Nu zijn wij in januari en plaats ik een vraagteken bij de start van een derde golf. De huidige regering heeft een goed parcours gelopen in het trachten de pandemie te beheersen, maar sinds een week of twee begin ik eigenlijk weer een wat ongemakkelijk gevoel te krijgen. Men ziet dat de curve stagneert, men ziet wat er in het buitenland gebeurt, men ziet dat de Britse variant dominant en dominant wordt in de infecties en voor de eerste maal voel ik bij deze regering sinds een week of twee wat twijfel om maatregelen te nemen. Ik hoop dus echt dat het Overlegcomité van vanmiddag toch een aantal maatregelen durft te nemen, want wij weten dat het te laat is zodra de curve de knik heeft gemaakt. Men moet maatregelen nemen voordat de curve de knik heeft gemaakt. Dat moeten wij nu toch echt wel geleerd hebben uit de twee vorige golven en de heropflakking in juli. Wij moeten maatregelen nemen voordat de curve de knik maakt.

De rol van de huisartsen in de crisis kunnen we, mijns inziens, in vier blokken opdelen: als vertrouwenspersoon, als poortwachter in het test- en tracingsysteem en in de vaccinatie.

Als er naast het zinnetje "blijf in uw kot" nog één zin uit de epidemie is blijven hangen, dan is dat wel: "Als je klachten hebt, neem contact op met je huisarts". Ik denk dat dit ook belangrijk is. Op 16 maart hebben wij door omstandigheden, onder andere door een gebrek aan beschermingsmateriaal, dat noodplan moeten afkondigen, waardoor wij van de ene op de andere dag alle reguliere en niet-dringende zorg zomaar moesten uitstellen. In heel die periode zijn wij echter wel beschikbaar gebleven voor onze patiënten. We hielden massaal telefonische consultaties en wij bleven onze patiënten fysiek zien indien dat nodig was. Voor een stuk hebben wij ook de opvang gedaan van zorg die in het ziekenhuis niet meer kon gebeuren, waardoor wij patiënten in eerste lijn hebben opgevangen. Ook in het mentaal welzijn van patiënten en burgers, die het toch heel zwaar hebben tijdens de pandemie, hebben wij een enorm belangrijke rol gespeeld.

Op 4 mei, na de periode van het noodplan, werd de

huisartsgeneeskunde heropgestart. Dat mag echt niet onderschat worden. Patiënten hadden op dat moment enorm veel schrik om naar een medische setting te komen, was het een ziekenhuis of een huisartsenpraktijk. Uit angst om besmet te raken, durfden patiënten niet te komen. Daaromtrent hebben wij een plan uitgewerkt en wijd kenbaar gemaakt onder de huisartsen en de bevolking, om uit te leggen hoe er in de huisartsenpraktijk toch veilig kon worden gewerkt. Aan onze huisartsen hebben wij aangeraden om proactief te werk te gaan, door zelf de patiënten op te bellen die al een tijdje niet van zich hadden laten horen, maar van wie de huisarts weet dat hij ze moet zien. Zo denk ik dat wij stap voor stap het vertrouwen wel hersteld hebben.

Is er doorheen heel die periode zorg uitgesteld? Ja, absoluut. Dat hebben we nadien ook gezien aan de hand van diagnoses in een veel verder gevorderd stadium dan wij voorafgaandelijk aan de pandemie gewend waren. Toch is het verhaal genuanceerd, want er is ook veel zorg uitgesteld die niet tot problemen heeft geleid. Sta me toe om dat met een cijfer te duiden. Het antibioticagebruik van de meest voorkomende antibiotica is in de periode van de eerste golf gedaald met een percentage tussen 55 en 80 %. Nochtans is niet plots iedereen op straat dood neergevallen of met een septische shock in het ziekenhuis beland. Ik denk dus dat wij in de herorganisatie van onze zorg moeten meenemen dat er mogelijk ook veel mensen gebruikmaakten van professionele zorg terwijl dat niet altijd nodig was. Ik besef dat de vraag wanneer zorg al dan niet nodig is, een zeer moeilijk gegeven is, maar toch denk ik dat het nader moet worden bekeken.

Bovendien mag niet onderschat worden dat patiënten met vragen of met alles wat er misliep toch wel bij de huisarts kwamen. Liep er iets mis met de testresultaten of met de tracing, dan werd de huisarts geraadpleegd. Ook als er iets misliep in een school of bedrijf, werd de huisarts geraadpleegd. Wist men het niet meer, dan kwam men bij de huisarts. Ook met de vraag of het bijvoorbeeld toegelaten was om een verjaardagsfeestje te organiseren voor de kinderen, kwam men bij de huisarts.

Dat is onze job. Ik denk dat wij echt aangetoond hebben dat de huisarts een vertrouwenspersoon is voor de patiënten en dat hebben wij telkens ook met veel enthousiasme opgenomen.

De tweede rol die wij voor een deel hebben opgenomen, is de rol van poortwachter. Met het noodplan hebben wij heel onze organisatie moeten hervormen. Wij moesten triagecentra oprichten van nul, want we hadden geen plannen, helemaal

niets. Het is allemaal op het moment zelf ontstaan. Voor een deel had het ook te maken met een tekort aan beschermingsmateriaal, waardoor wij onze patiënten niet op een veilige manier konden zien, terwijl we hen toch wilden zien, wat via de triagecentra wel mogelijk was.

Voor een deel ging het ook om het overeind houden van de ziekenhuizen. Op dat moment is eigenlijk voor het eerst gebeurd wat wij eigenlijk al lang vragen, namelijk: doe de deur van de spoeddienst toe. Het behoort immers tot de corebusiness van de huisarts om op basis van een korte anamnese en een kort klinisch onderzoek zeer goed te kunnen inschatten of de patiënt nog verder thuis verzorgd kan worden, dan wel of hij moet worden opgenomen in het ziekenhuis. In die periode is dat gebeurd, wij hebben de triage gedaan. Ik meen dat wij daarover mogen zeggen dat wij er daardoor mede voor gezorgd hebben dat in de eerste golf de ziekenhuiscapaciteit overeind is gebleven.

Wat ik ook in de picture wil zetten, is dat het merendeel van de zorg voor covidpatiënten door huisartsen werd verricht. De recentste cijfers, van gisteren, van Sciensano melden 684.000 besmettingen en 50.000 opnames. Dat wil zeggen dat 633.000 patiënten met COVID-19 thuis of in een thuisvervangend milieu verzorgd zijn en medisch begeleid werden door hun huisarts. Dat zeg ik met alle respect voor het werk in de ziekenhuizen, op de diensten intensieve zorg en in de covidafdelingen. Het grootste deel van de medische zorg voor covidpatiënten is echter door huisartsen gebeurd.

Over de schakelzorgcentra is er al veel gezegd. Ik blijf ervan overtuigd dat het een goede beslissing was om die op te richten. Was de curve tijdens de epidemie in maart twee weken langer gestegen, dan hadden we die meer dan nodig gehad en dan waren we blij geweest dat wij ze voorzien hadden. Doordat de curve snel genoeg daalde, hebben we ze gelukkig niet nodig gehad.

Omtrent het testen moet ik zeggen dat er in maart en april eigenlijk geen algemeen testbeleid was. De capaciteit was gering. Het enige waarover we beschikten, was de klinische inschatting van de huisarts, die de diagnose van de covidbesmetting maakte en daar de juiste gevolgen aan gaf. We konden gewoonweg niet veel testen omdat er geen testcapaciteit voorhanden was.

Op 4 mei startte het verhaal van testing en tracing. We moeten eerlijk erkennen dat dit systeem gewoonweg niet klaar was. We moesten echter op 4 mei starten, aangezien we op 4 mei uit de lockdown kwamen. Wij hebben van die situatie

echter de gevolgen gedragen, en die gevolgen duren tot vandaag voort.

In dat weekend en de dagen ervoor hebben de huisartsenkringen de triagecentra in een minimum van tijd moeten omvormen tot test- en triagecentra. Er moesten afspraken gemaakt worden met labo's, met het federaal platform. Er moest persoonlijk beschermingsmateriaal aangekocht worden. Het tracingsstelsel was ook niet klaar. Dat heeft tot heel veel problemen geleid. Die problemen zijn ook allemaal benoemd. Dat mag ook. Ze zijn ook allemaal in de media verschenen. Het gevolg daarvan was wel dat het vertrouwen in dat tracingsstelsel volledig onderuit gehaald is. Als er nu een ding belangrijk is in het tracingsstelsel is het wel vertrouwen. Een grote les voor de toekomst is dat we geen systemen meer mogen invoeren die niet klaar zijn. Dat tracingsstelsel werkt vandaag veel performanter, maar het vertrouwen is nog altijd niet terug en dat dragen we nog altijd mee.

In november hebben we de teststrategie moeten aanpassen omdat de testcapaciteit niet kon volgen. Dat is geen fout. Als een epidemie aantrekt in zo'n enorme piek zoals in oktober en november kan geen enkele testsysteem volgen qua capaciteit. Daar moeten we eerlijk in zijn. We hebben heel veel testcapaciteit, maar testen is niet enkel de testcapaciteit in de labo's, maar het is een hele keten. Testen in het labo en een swab in de neus steken, is niet zo moeilijk. Testen is echter een hele keten die begint met een juiste selectie, uitleg geven aan de patiënten, de test afnemen, de test analyseren en vervolgens de testresultaten aan de patiënt meedelen en de juiste gevolgen eraan geven. Die keten zorgt voor een maximale capaciteit. Er wordt soms veel te veel gefocust op de maximale capaciteit in de labo's en te weinig gefocust op de maximale capaciteit van de keten. Daarnaast moeten we goed blijven nadenken of testen zinvol is. We moeten niet testen om te testen. Het kost ook heel veel geld. Een maand testen, aan 70.000 testen per dag, kost ons 105 miljoen euro. Dat is een tiende van het totale budget van de huisartsengeneeskunde.

De huisartsen zullen de komende maanden nog wel een rol spelen in de vaccinatie. In de selectie van de risicopopulatie hebben we absoluut een rol. Populatiemanagement zal in de volgende jaren belangrijk worden. De huisarts is daar echt wel de sleutelfiguur. Het zou veel performanter kunnen als we in het verleden de moed hadden gehad om te beslissen dat elke Belg verplicht een Globaal Medisch Dossier (GMD) zou moeten hebben. De collega's van het ASGB vermeldde dit ook al. Dat dossier is uw inschrijvingsticket voor de gezondheidszorg. Dan zouden we dat veel performanter kunnen doen. Dan zouden we nu het

back-upsysteem van de mutualiteiten niet meer nodig hebben om die selectie te kunnen doen.

Ook in de vaccinatie van de mindermobielen en het medisch toezicht en vaccinatie in de vaccinatiecentra zullen wij een rol spelen. De vaccinatie zal wel grotendeels gebeuren door verpleegkundigen en eventueel zelfs door apothekers. Daar heb ik ook geen probleem mee. Het is een volledig ander gegeven dat apothekers komen vaccineren in het vaccinatiecentrum onder medisch toezicht van een arts dan dat ze dat in de eigen apotheek zouden doen.

Had het vaccinatiebeleid sneller gekund? Deze hele procedure had sneller gekund.

Ik ben het eens met de heer Devos dat dit in juli en augustus bedacht en uitgerold moest worden. Er zijn ook wel een aantal verzachtende omstandigheden. Doorheen de pandemie heb ik ook al gezegd dat we eigenlijk van het ene crisismanagement in het andere zijn gegaan. Op de momenten dat men probeerde wat vooruit te kijken, kwam de volgende opflakking of golf eraan. Dat zijn toch wel deels verzachtende omstandigheden. In december hebben we wel wat tijd verloren inzake het vaccinatiebeleid. Toen is er heel veel vergaderd en nagedacht, maar zijn er niet zo veel operationele beslissingen genomen. Dat is pas vanaf eind december begonnen.

Een cruciale fout is echter begin januari gebeurd. Ik begrijp dat mensen gevaccineerd willen worden, maar de regering heeft zich door de publieke opinie, vragen in dit Parlement en de regionale parlementen laten opjagen om alles te versnellen. Ik heb anderhalve week geleden in een interview met *Eén* gezegd dat dit niet meer realistisch is. Deze vaccinatiecampagne zal nog lang duren. De versnellingen die nu worden aangekondigd, zijn niet realistisch. Die versnellingen die begin januari zijn aangekondigd in de verschillende regeringen hebben tot de chaos van vandaag geleid. We moeten daar eerlijk in zijn. We moeten realistisch zijn en juiste verwachtingen scheppen, vanuit de regering, vanuit het Parlement en vanuit de publieke opinie.

Dit zal acht maanden duren. De meeste burgers zullen de eerste maanden nog geen uitnodiging voor een vaccinatie krijgen. Ons laten opjagen door vergelijkingen met andere Europese landen, waarbij het ene 0,4% heeft gevaccineerd en het andere 0,8%, is zinloos. We moeten een vaccinatiegraad van 70% halen om daar resultaat van te zien. Laten we dus teruggaan naar realisme, terug naar juiste verwachtingen. We hebben vaccins in de diepvriezer nodig. Op het moment dat iemand wordt uitgenodigd, moet dat vaccin in de

diepvriezer liggen zodat het drie of vier weken later gegarandeerd is dat die persoon zijn vaccin ook zal krijgen.

Als we nu een ding geleerd hebben, is het wel dat ons zorgsysteem op elk moment voorbereid moet zijn op een pandemie. Er zullen er nog komen en er zal waarschijnlijk niet zo'n grote periode tussen zitten als tussen de Spaanse griep en deze pandemie. Laten we ook beginnen aan de hervorming van het gezondheidslandschap. Er zijn verschrikkelijk veel evaluaties gemaakt van het zorglandschap en van waar de problemen zitten. Als er een ding coronaproof gebleken is, zijn het wel al die evaluaties. Deze epidemie heeft namelijk de pijnpunten die daarin aangehaald werden alleen maar versterkt. Laten we alsjeblieft ook durf hebben om de financiering aan te pakken.

Het is eigenlijk bijna niet te verklaren, maar tijdens deze pandemie hebben we 2 miljard aan voorschotten in de ziekenhuizen moeten steken om die niet over de kop te laten gaan. Voor hun financiering zijn de ziekenhuizen namelijk zo afhankelijk van het reguliere systeem. Op het moment dat we de ziekenhuizen het meeste nodig hebben om een kritieke, urgentie situatie op te vangen, dreigden ze massaal over de kop te gaan omdat hun financiering daar eigenlijk niet op afgestemd is. Dat valt toch niet uit te leggen. Het is echt wel tijd dat we dat aanpakken.

Er moet dus worden geïnvesteerd in de eerste lijn, zowel in de poortwachterfunctie als in het vertrouwen dat toch heel belangrijk is. Ook moet er worden geïnvesteerd in de huisartsenpraktijken. We hebben echt gemerkt dat we de ondersteuning in de huisartsenpraktijken nodig hebben. Het personeel moet ondersteund worden en de administratieve last moet worden afgebouwd.

Ten slotte, we zullen de structuren deels op elkaar moeten afstemmen, we zullen wat hervormingen moeten uitvoeren. Zoals het nu georganiseerd is, kunnen we dat geen tweede keer aan.

Thomas Orban: Monsieur le président, mesdames et messieurs les parlementaires, mes chers confrères et consœurs puisqu'il y en a dans ce demi-zoom. Je vous remercie pour cette invitation à la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) pour parler de la crise covid.

Je vous parle en tant que président de la SSMG, mais vous aurez noté sans doute que j'ai été président du Collège de Médecine générale pendant le début de cette crise et ce, jusque dans le courant du mois de septembre. Je l'ai été pendant deux ans. Je vous parlerai de la SSMG dans le paysage de la santé, ce qu'elle fait, le début

de cette crise. Un problème qui m'a paru particulièrement aigu est celui des maisons de repos et de soins (MRS), (*slide suivant*) ce que j'ai appelé le Rubik's Cube belge, je préfère ce terme-là car "la lasagne est un mets délicieux". J'évoquerai les grosses difficultés que nous avons rencontrées et conclurai enfin.

Voici le paysage de la médecine générale selon un *slide* que j'ai repris de mon collègue de la Fédération des Associations de Médecins généralistes de Bruxelles. Vous voyez en rouge la SSMG. Il y a bien d'autres structures qui existent dans ce paysage.

La SSMG est une société royale qui a plus de 50 ans d'existence et je n'en suis pourtant que le 4^{ème} président. Elle est constituée de quasi 3 500 membres avec une branche de jeunes généralistes. La relève est assurée et est florissante. Elle assure la formation continue des médecins généralistes d'aujourd'hui et est probablement le plus gros organisateur de formations continues en Belgique puisque nous faisons autour de 3 à 3,5 formations par jour. C'est une société neutre, pluraliste, démocratique et représentative. Elle a une expertise responsable avec un objectif de qualité. Son site internet est devenu une référence pour le covid, puisque c'est sur sa plateforme que nombre d'informations ont été mises à disposition par et pour les généralistes. Cette société poursuit son petit bonhomme de chemin sans quasi aucun soutien financier pérenne du fédéral.

En février 2020, c'est un sentiment d'urgence qui m'habite et qui habite mes collègues. Pourquoi, parce que nous avons eu un sentiment d'impréparation. Il faut noter qu'à ce moment-là, nous étions dans un fonctionnement politique particulier. Si je ne me trompe, nous étions en train de former un gouvernement depuis des lustres.

Comment affronter une crise dans ce tel désordre de bataille? D'autre part, cela a été souligné, un plan de santé publique, de gestion de la santé tout court et à long terme n'existe pas. Un plan de pandémie, n'en parlons même pas! Quant à la ministre responsable, elle commence par traiter les gens de *drama queen*, de pleurnichards". Je pense aussi à d'autres responsables politiques, M. Bouchez pour le citer: "On ne va quand même pas faire un fromage pour deux cents cas!". Quand j'entends cela, cela me fait peur au début de la crise.

Nous avons réagi très rapidement, contrairement aux politiques, mais nous n'avons pas été écoutés et entendus, tant pour la première vague que pour la deuxième. J'y reviendrai. De nombreux courriers

du Collège de Médecine générale sont restés sans réponse. Pourtant, la première ligne a démontré qu'elle était indispensable et incontournable. Cependant, à force de ne pas l'écouter, elle a fini par craquer en septembre, en même temps que le *testing*. Gouverner, c'est anticiper. À l'avenir, il faudra donner aux médecins généralistes, j'y reviendrai, les moyens de bien faire leur travail, de faire du curatif, mais aussi du préventif.

Pour revenir à une ministre qui n'a pas la confiance, la confiance ne se crée par au milieu d'une crise. C'est un travail préparatoire, c'est un esprit d'équipe qui se crée au fur et à mesure. Force est de constater que ça n'a pas été le cas. C'est l'un des problèmes qui a posé souci au cours de cette crise.

Nous nous sommes organisés. Quand la crise arrive, le Collège de Médecine générale, qui existe déjà depuis quelques années, crée cette cellule covid-19 qui a piloté la médecine générale francophone et le Collège tout au long de cette crise et qui le fait encore. Nous avons demandé à intégrer des groupes de travail et de décision, ce qui ne semblait pas naturel, je le souligne et je le rappelle, au début de cette crise.

(*Slide suivant*) sentiment d'urgence, mais je dirais aussi de *bug*. Le sentiment parfois que l'administration, les groupes d'administration ne connaissent pas bien les rouages du système de santé qu'ils sont censés piloter. Cela aussi, ce sont les conséquences d'une situation préalable, d'un dysfonctionnement et du morcellement des compétences. Un "plan de pandémie", qu'est-il devenu? Y en avait-il un jour? Je ne l'ai pas vu. La liste des soignants, cela a été dit par Roel et par Paul, n'est pas toujours à jour. Ce fut un peu compliqué.

(*Slide suivant*) Certains d'entre vous ont posé la question de savoir quel était l'état d'esprit des médecins généralistes. Je peux vous dire, pour avoir été président à ce moment-là, avoir reçu de nombreux coups de fil, qu'il y avait la colère. La colère est une émotion. On ne la contrôle pas. C'est une émotion par exemple aussi face à la peur. J'étais en colère quand j'ai dit qu'il fallait mettre Maggie De Block dehors. Parce que, quand on ne prépare pas ce genre de choses, cela vaut six lettres.

J'aime bien cette citation: "Quand nous sommes inconscients, nous dépensons notre santé pour nous faire une fortune. Quand nous sommes face à la crise, nous dépensons notre fortune pour nous faire une santé". La défense de la ministre est de dire: "J'ai fait de mon mieux". La réponse d'un de mes collègues a été de dire: "C'est bien cela qui est

dommage", c'est qu'elle ne savait pas faire mieux!"

Je ne fais pas une attaque personnelle ici. C'est une fonction que j'attaque, qui n'a pas été remplie selon moi et qui a posé des problèmes dans la gestion de cette crise.

(*Slide suivant*) La réponse de la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) à ce sujet est aussi éclairante. Elle dit: "Nous avons interpellé des cabinets fédéraux, des cabinets régionaux sur toute une série de questions qui sont restées sans réponse". Le soutien, à ce moment-là, à la médecine générale a été faible. Si on n'obtient pas de réponse, on ne sait pas quoi faire. Nous avons cependant tiré la sonnette d'alarme: manque d'informations, situation catastrophique dans les maisons de repos et de soins, manque de matériel et de concertation... Je vous donne une réponse, celle d'iriscare: "Tout va bien".

(*Slide suivant*) Le Collège a dû prendre une décision le 8 mars et on a, quelque part, inventé l'isolement. On a dit que les médecins généralistes n'étant pas protégés, nous allions fermer les cabinets, nous allions répondre à toutes les demandes de consultation par téléphone et nous allions isoler directement les personnes chez elles.

Si le Collège a pu prendre cette décision le 8 mars, vous vous rappellerez que le gouvernement l'a prise une semaine plus tard. Maintenant que tout le monde connaît la dynamique d'une telle crise, je vous laisse mesurer ce que cela représente, une semaine de retard!

Là, c'était une semaine de retard en mars. On a tiré la sonnette d'alarme pour la deuxième vague à la mi-septembre! La réponse a eu lieu fin octobre. Encore maintenant, ça me met en colère parce que, quand on sait comment cela fonctionne, attendre autant de semaines, ce n'est pas normal et cela a occasionné, je pense, bien des morts.

Nous avons aussi des recommandations difficiles à ce moment-là. On nous demandait de faire des prélèvements si éventuellement nous arrivions à faire des frottis. Mais tout cela était impossible en fait. C'est kafkaïen de proposer aux gens de faire des choses par la double injonction - et c'est d'ailleurs comme cela que l'on rend les gens fous - on vous demande de faire quelque chose et on ne vous donne pas les moyens pour le faire. On n'avait pas à ce moment-là les moyens d'être protégés ou de faire des frottis.

Relevons, parmi les points positifs en ce début de crise, l'énorme travail du Collège. À ce jour, plus de 200 réunions se sont tenues avec celles du covid

et celles du Collège. Nous avons publié une cinquantaine de communiqués, je vous passe le nombre de webinaires, suivis par plus de 4 000 médecins généralistes, tant ils étaient en demande de soutien, preuve que c'est au Collège qu'ils en trouvaient.

Une grande communication entre nous, mais aussi avec les associations sœurs comme avec Domus Medica, une collaboration efficace avec le KCE pour créer des *guidelines* de prise en charge de patients covid à domicile, une très bonne collaboration avec Sciensano. Il faut regretter le fait que ces gens soient sous-staffés. Ces gens sont admirables et je tiens à le souligner.

La difficulté pour eux est d'arriver à faire des choses qui soient encore plus performantes. Si vous allez aujourd'hui sur le site de Sciensano et que vous consultez les directives à l'attention des médecins généralistes, vous verrez d'emblée (pour quelqu'un qui a un œil de communicateur) qu'il y a moyen de faire cela de manière beaucoup plus claire. Si vous devez ouvrir un document en consultation et lire 20 pages pour essayer de comprendre quand vous devez faire ceci ou cela mais que l'exception est Y, Z, oui mais quand même... Non ce n'est pas possible, excusez-moi! Ce n'est pas leur faute. Je ne les accuse pas, mais cela rend le fonctionnement sur le terrain impraticable.

Pour ce qui est du manque de matériel, je ne m'y attarderai pas trop longtemps. Vous savez qu'on en a manqué. On ne savait pas quel était le type de masques et, encore aujourd'hui, on a parfois le sentiment que l'on nous a dit que des masques X étaient suffisants parce qu'en fait, on n'avait pas les masques Y. Mais être scientifique, ce n'est pas cela! Être scientifique, c'est dire: "Voilà ce qui convient, voilà ce qu'il faudrait faire, mais malheureusement, nous ne pouvons le faire parce que nous n'en avons pas". C'est comme cela qu'on aurait dû fonctionner et ce n'est pas comme cela que l'on a fonctionné. Certaines lettres que nous avons reçues du Chief Medical Officer belge sont restées en travers de la gorge de certains.

Au niveau du politique aussi, on ne se rejetait pas la balle mais les masques, le manque de masques. On a eu des blancs dans des réunions parce l'on ne savait pas donner de masques! Je m'en souviendrai toujours.

Le morcellement politique fait aussi que nous avons, par exemple à Bruxelles, des masques dans des maisons médicales, mais pas auprès des médecins généralistes libéraux. Ce n'est pas normal.

Aujourd'hui, suite à cela, suivant l'étude Charming qui concerne 3 000 personnes - 20 % des soignants de première ligne dont la grande majorité sont des généralistes -, ont été touchées par la covid-19, avec aussi la crainte de ce que cela signifie pour leur santé à l'avenir. Nous avons exposé ces soldats de la première ligne sans protection.

(Slide suivant) Les MRS. Le prix payé était-il prévisible? Pour ceux qui font régulièrement des visites à domicile dans les maisons de repos et de soins, on peut dire que, oui. Le personnel est régulièrement sous-staffé. La qualité est à améliorer. Il y a des formations qui doivent augmenter la qualité de travail, les réflexes de travail. Des choses auraient pu être anticipées: les volontés des patients, dont on a tellement parlé; l'hospitalisation des patients âgés qui vont mal, certains préférant rester chez eux. Des personnes âgées ont été enfermées dans ces maisons de repos. Ce n'était pas leur volonté non plus.

Il manque aussi un travail sur ce qu'on appelle les trajets de soins, mais surtout sur les volontés de soins, les projets thérapeutiques.

Le Collège a beaucoup travaillé là-dessus avec l'Aframeco (Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins (MRS)). Vous voyez par exemple le type d'algorithmes que nous avons pu mettre en place au service du Collège et des médecins généralistes. Il y a eu tout un travail scientifique.

(Slide suivant) Le fameux Rubik's Cube. C'est celui où l'on voit toutes les faces de couleurs - vous avez vu qu'ils ont de chouettes couleurs, on y trouve à peu près tous les partis politiques belges. Il faut pouvoir mettre les faces ensemble. Il a subi un *crash test*. Pour moi, celui-ci est assez négatif. On a l'impression en plus que les différents niveaux de pouvoir se la jouent parfois "perso", plutôt que de manière unifiée. Est-ce cela qui explique quelque chose que moi non plus, à l'instar de Roel, je ne comprends toujours pas? On est dans une société de la communication et on a vu une absence de communication structurée, avec un leadership fort au niveau fédéral. Je ne le comprends toujours pas.

(Slide suivant) Autre exemple de difficulté institutionnelle dont j'ai été témoin, puisque j'étais dans les premiers. Nous étions six au départ à créer le *testing-tracing*. Emmanuel André m'avait proposé de travailler avec lui. Il y avait donc un généraliste pour "inventer" en quelque sorte ce système. Je peux vous dire que tout a bien fonctionné... Jusqu'au moment où tous les niveaux

de pouvoir ont dû s'intégrer dans ce travail, ce qui est assez logique. On est passé de six personnes à 25 voire 30 personnes à peu près. Outre le fait que tout a fini par se passer en néerlandais ou presque, ce que je comprends, mais dont je ne maîtrise quand même pas l'ensemble des subtilités. C'est aussi un problème parfois: on n'arrive plus à intervenir parce qu'il n'y a pas moyen de comprendre ce qui est dit.

C'est devenu ingérable à cause de ce Rubik's Cube, avec le poids de l'administratif, le poids de l'IT qui a joué un rôle important là-dedans. Des cacophonies dans les décisions, dans les responsabilités, dans les initiatives, dans ce morcellement des compétences... Cela a vraiment amené beaucoup de retard, de complications, de travail supplémentaire aussi, parce que c'est à chaque fois des réunions.

Cette sixième réforme, qui est probablement à l'origine de tout cela, a mis notre système de santé dans une situation un peu *between*. Il va falloir aller de l'avant, car on a touché au bon fonctionnement de ce système de santé.

(Slide suivant) Expliquer encore et toujours pour parler de communication. Je l'ai dit: il y a eu une absence de leadership et de vision de la communication. On ne peut pas prendre les patients pour des idiots. Ils sont tous, quel que soit leur niveau de compréhension (c'est ce que l'on appelle la littéracie en santé) capables de comprendre beaucoup de choses et il faut s'adresser à eux malgré leurs différents niveaux de compréhension. Cela n'a pas été fait.

(Slide suivant) Les grosses difficultés.

1. La communication. Nous nous sommes heurtés aussi à une qualité du travail y compris, parfois, de l'administration: des réunions qui durent des heures, parfois mal structurées, mal menées, mal coachées, des PV qui n'arrivent pas... Au niveau qualitatif, on peut améliorer. Il faut pouvoir avancer plus vite dans une situation de crise.
2. Un flou artistique. Parfois on se demande qui dirige, qui doit prendre la décision et comment l'on peut avancer rapidement.
3. La pollution par le communautaire: j'ai vu et entendu des choses regrettables, franchement, des querelles linguistiques alors qu'il y avait des morts tous les jours dans les hôpitaux. C'est un avis personnel: c'est scandaleux.
4. Le manque de vision à long terme, j'y reviendrai.
5. La santé mentale, j'y reviendrai aussi. C'est une des grosses difficultés. Les patients aujourd'hui vont moins bien qu'avant. Je vous donne cette perception des généralistes actifs et sur le terrain tous les jours, dans leur cabinet.
6. Un retard de soins: nous le constatons là

également tous les jours.

Le Collège de la médecine générale: point positif dont nous pouvons être fiers. Nous avons là un interlocuteur qui regroupe les syndicats, les universités, les cercles de médecine générale, la société scientifique de médecine générale. Je vous engage à reconnaître ce Collège pour la qualité de son travail, son efficacité, sa capacité à créer des consensus. Je vous engage aussi à le soutenir. Actuellement, il n'a pas été soutenu financièrement par le fédéral. Heureusement que nous avons eu la Fondation Roi Baudouin, par exemple, que je remercie pour leur soutien financier. Mais il faut le soutenir pour sa coordination, sa capacité de communication. Il a été reconnu, y compris par les autorités, pour la qualité de ses webinaires sur les vaccins, par exemple, et cela ne fait aucun doute. La plupart des médecins disent que, pour eux, le Collège a été un phare dans la nuit. Je vous engage enfin à l'encourager en l'invitant, en vous concertant avec lui et lui proposant des collaborations.

(Slide suivant) Les neuf leçons à retenir pour la médecine générale que vous trouvez d'ailleurs aujourd'hui - c'est un hasard - dans le *Journal du Médecin*. Il y a des choses positives. Les gens qui ont pensé un jour pouvoir se passer de la médecine générale se sont lourdement trompés. Il faudra garder cela en tête. Une erreur! Il n'y a pas eu de médecin généraliste dans le GEES ni dans la Celeval, ni dans la *task force* vaccination. Ils n'ont pas été assez écoutés. Ce n'est pas moi qui le dis. C'est un professeur de médecine générale d'une prestigieuse université anglaise qui disait: "Le médecin généraliste est le mieux placé pour réformer un système de santé parce que c'est lui qui le connaît le mieux." Néanmoins, ils n'ont pas été invités à ce niveau-là.

La connaissance de terrain de la médecine générale est indispensable à la gestion d'une crise sanitaire. Il serait dommage de s'en passer. Nous avons été très adaptatifs. Et, pour cela, il faudra peut-être continuer à nous soutenir. Il y a eu du soutien et nous avons été très contents de l'avoir.

La révolution numérique a eu lieu - c'est un des points positifs de cette crise - grâce à la téléconsultation, aux prescriptions électroniques et aux certificats électroniques. Ce fut aussi le printemps des webinaires, la formation continue, assis chez soi! Le Collège est devenu quelque chose d'incontournable et les médecins généralistes, eux-mêmes, devront l'apprendre - il faut balayer devant sa porte - parce qu'ils ne soutiennent pas assez les associations qui se tuent à la tâche pour eux.

Un point positif, c'est l'énorme énergie pour faire face à cette crise dont nous avons tous fait preuve, qu'on ait été touché de près ou de loin (soignants, citoyens, politiques, administrations).

Un point négatif à ne plus faire - c'est la leçon à retenir de cette crise -, c'est la scission de la santé, cette déstructuration de la santé. Cette séparation entre le curatif et le préventif est en fait délétère pour la santé de notre État et délétère pour la santé de nos concitoyens. Je vous engage à y réfléchir.

J'en viens à nos craintes. La santé, c'est aussi la santé mentale. Aujourd'hui, on en parle un peu mais pas assez. La santé mentale, c'est une vague de fond. On ne la verra pas sortir du niveau de la mer mais elle est dans le fond. Les gens vont moins bien. Les gens sont inquiets. Les gens ont peur. Les gens dysfonctionnent. Faites un tour au service des urgences. Vous verrez qu'on fait aujourd'hui énormément de "mises en obs", comme on les appelait dans le temps, car les gens ne vont pas bien.

Ma deuxième crainte, c'est ma peur d'une troisième vague. Les variants sont là. Ils sont chez nous. Tout est prêt pour cette troisième vague. J'espère ne pas constater une troisième fois qu'on prend des décisions bien en retard.

Enfin, pour rester sur une note positive je vous dirai, à faire: un plan de santé sur 20 ans. S'il vous plaît, je voudrais finir ma carrière de médecin généraliste, qui n'en est pas au début et certainement pas à la fin, en ayant des plans de santé sur 20 ans, de manière à savoir où on va. Comment va-t-on soigner les gens? Que veut-on leur proposer comme type de santé et comme type de fonctionnement d'un système de santé? On ne peut pas faire un plan de santé sans faire un plan de crise. Nous avons besoin bien davantage de cela que des applaudissements à 20 h 00. Je vous remercie.

Le président: Monsieur Orban, je vous remercie beaucoup pour votre introduction. Ik geef graag het woord aan de leden en ik start met de N-VA.

Frieda Gijbels (N-VA): Heren, ik dank u allen hartelijk, omdat u uw ervaringen bij de voorbereidingen hebt gedeeld. Dat heeft heel veel verduidelijkt, maar heeft ook bijkomende vragen opgeroepen, waarover ik het dadelijk zal hebben. Uit uw getuigenis komt één groot gegeven naar voren, frustratie omdat er niet werd geluisterd naar het veld. Dat moeten we zeker meenemen naar de toekomst, we moeten ervoor zorgen dat de mensen die ervaring hebben met de zieken, goed bij het beleid worden betrokken.

Ik weet niet meer wie het zei, alle sprekers hebben

het misschien wel even aangehaald, maar de toenmalige minister van Volksgezondheid wilde niet luisteren. Dat moet bijzonder frustrerend geweest zijn. Welke impact heeft dat volgens u gehad? Kunt u dat toelichten? Heeft dat de aanpak volgens u vertraagd? Waren er andere gevolgen? Denkt u dat men daar in andere landen anders tegen aankeek, dat de beleidsmakers meer open stonden voor input van het terrein? Kunt u een land noemen dat het beter heeft aangepakt?

Ik hoorde ook dat er nu nog een verstoorde relatie is tussen de zorgverstrekkers en de regering. Kunt u inschatten in hoeverre dat ook nu nog gevolgen heeft voor de gezondheidszorg of op nog andere vlakken? Ik hoorde verschillende sprekers ervoor pleiten om meer experts te consulteren bij de voorbereiding van het beleid. Ging het volgens u over een te enge kijk op de epidemie? Ging het over een gebrek aan tegenspraak in de groepen die het beleid voorbereidden? Of was er veeleer een tekort aan andere disciplines? Welk soort experts moet volgens u vooral worden betrokken? Ontbraken er expertises bij de voorbereidende adviezen?

De wetenschappelijke evidentie groeit natuurlijk met de tijd, dat is normaal. Denkt u dat het contraproductief heeft gewerkt door verschillende experts in de media verklaringen te laten afleggen, waar ze dan achteraf eventueel moeilijker op konden terugkomen, omdat ze zogezegd een bepaalde zijde hadden gekozen? Was dat nefast voor het beleid?

Er wordt ook gewezen op besparingen bij verschillende diensten als het FAGG, Sciensano en het RIZIV, waardoor er sprake zou zijn van onderbemanning op het moment van de crisis. Natuurlijk kan men tussen epidemieën door moeilijk een hogere personeelsbezetting verantwoorden. Ziet u een andere mogelijkheid om de personeelsbezetting uit te breiden wanneer dat nodig is, bijvoorbeeld wanneer er een bepaald pathogeen circuleert met een bepaalde pathogeniciteit? Van Sciensano hebben wij bijvoorbeeld gehoord dat het agentschap onderbemand was. Maar tegelijk vroegen wetenschappers op het terrein, epidemiologen, om hun data te bezorgen, omdat zij wilden helpen met analyseren. Ik vind dat de som toch gemakkelijk gemaakt is. Sciensano vraagt ondersteuning en anderzijds willen wetenschappers ondersteuning bieden. Waar loopt het dan fout? Waarom telt men het ene niet bij het andere?

Is er volgens u voldoende transparantie vanwege de overheid met het oog op een opendatabeleid? Is er verbetering op dat vlak wenselijk?

Voor wij werden geconfronteerd met de eerste golf, was er de uitbraak in Lombardije. Ik had op dat moment het idee dat er van bovenaf heel weinig informatie werd uitgewisseld. Misschien deden de artsen dat zelf wel, als ze toevallig mensen uit Italië kenden. Denkt u dat er daar verbetering nodig is of mogelijk was? Heeft Europa daar bijvoorbeeld zijn rol goed gespeeld? Heeft men gezorgd dat er in de eerste golf voldoende informatie werd verstrekt? Ik had soms het idee dat hier de zorg in Italië werd afgedaan als minder goed ontwikkeld bij ons, maar dat wij een uitbraak wel de baas zouden kunnen, waardoor het bij ons niet zo'n vaart zou lopen. Denkt u dat dat een van de problemen was?

Iemand heeft in de voorbereiding aangehaald dat er beschermingsmaterialen die door de ziekenhuizen op eigen initiatief waren aangekocht, in beslag werden genomen. Kan daar meer uitleg over worden gegeven?

Ikzelf heb gemerkt dat er op sociale media allerlei discussiefora onder artsen werden opgericht om zelf informatie uit te wisselen. Door verschillende sprekers werd aangehaald dat Sciensano wel informatie ter beschikking stelde, maar misschien te weinig actief of te weinig overzichtelijk. Op welke manier zou dat kunnen worden verbeterd?

Was het onvermijdelijk dat zorg werd uitgesteld of niet? Wordt er volgens u op het moment wetenschappelijk onderzoek verricht naar de impact van uitgestelde zorg? Of wordt daar te weinig aandacht aan gegeven?

De statistieken over besmettingen bij het zorgpersoneel ontbreken. Ik heb daar ook verscheidene parlementaire vragen over gesteld. Blijkbaar zijn daar geen cijfers over bekend of worden ze niet gedeeld. Lijkt het u belangrijk om die gegevens ter beschikking te stellen?

In mijn visie zouden Sciensano en de RAG op een politiek onafhankelijke manier adviezen moeten geven of een beeld van de situatie schetsen. Was en is dat het geval? Zijn het politiek onafhankelijke organen of worden of werden hun beleid en hun aanbevelingen gestuurd door politieke realiteiten of politieke wensen?

Wat de gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen betreft, aan ziekenhuizen werd gevraagd om heel veel te rapporteren. Lijkt het u wenselijk dat die gegevens door de ziekenhuizen worden uitgewisseld? Bijvoorbeeld woon-zorgcentra noemden het in het rapport van Artsen Zonder Grenzen een gemis dat zij niet wisten hoe het er in andere woon-zorgcentra aan toe ging. Zo konden zij zich ook niet situeren in het geheel en wisten zij niet of ze nu goed of slecht bezig waren. Lijkt het u

iets om mee te nemen naar de toekomst, zodat informatie beter wordt uitgewisseld?

Ondertussen is er het federale testplatform bis, maar was dat volgens u nodig? Had men het probleem ook kunnen oplossen door de klinische labs verder en beter te ondersteunen en eventueel uit te breiden? Wat is volgens u de impact van de aanvankelijke concentratie van de testing in een nationaal referentielab op het mislukken van de tracing? Had dat daar al dan niet een invloed op? Op een gegeven moment stond men daar heel wat stalen achter en kon er niet tijdig worden gerapporteerd.

Een van de sprekers heeft in zijn presentatie de inzet van de artsen-specialisten in opleiding aangehaald. Zij werden blijkbaar in groten getale ingezet om de crisis te helpen managen. Wordt er onderzocht welke impact dat op hen heeft? Het zijn natuurlijk jonge artsen met weinig werkervaring. Wordt er opgevolgd op welke manier dat hen heeft beïnvloed?

Ik wil het nog even hebben over het pandemieplan. Dat is blijkbaar in een lade beland of ergens verstopt op het internet. Het is natuurlijk heel jammer dat het niet geüpdatet werd. In welke mate zou dat pandemieplan geholpen hebben, volgens u?

Wat was volgens u de reden dat het niet opgediept werd? Er moeten toch mensen op de hoogte zijn geweest van het bestaan ervan. Waarom is het niet ter hand genomen?

Dokter Van Giel, u zei dat Domus Medica wel betrokken werd bij de RAG. Was uw rol daar goed omschreven? Was het voor u duidelijk welke rol u daar te spelen had?

Zat u daar op de juiste plek? De RAG is de Risk Assessment Group. Ik hoor u zeggen dat u moest aangeven of de adviezen haalbaar waren op het terrein. Meent u dat uw plaats in de RAG was, of moest de haalbaarheid van de strikt wetenschappelijke richtlijnen veeleer in een andere groep nagegaan worden?

Ik heb nog een algemene vraag. Wat is volgens jullie het verschil tussen de eerste en de tweede golf? Ik heb het gevoel dat de impact van de tweede golf beter beheersbaar is. Wat is daar de oorzaak van? Is dat gewoon omdat wij de ziekte intussen beter kennen? Of spelen daar andere zaken een rol in?

Ik hoorde een van de sprekers zeggen dat men eigenlijk van het ene crisismanagement in het andere is gerold, waardoor men de mindere voorbereiding van bijvoorbeeld de vaccinatiestrategie wel ten dele kan vergoelijken. Zou er niet één overkoepelend overzicht moeten zijn van het hele crisismanagement? Wie neemt

dat overzicht op zich, volgens u? Is het duidelijk voor iedereen wie dat op zich neemt?

Kathleen Depoorter (N-VA): Heren, dank u voor uw toelichting en voor uw aanwezigheid, maar vooral voor uw dappere betogen waarin u effectief man en paard durfde te noemen. Alle leden van de commissie zijn al een hele tijd bezig met covid, net als u, maar ik meen dat het belangrijk is dat wij sprekers horen die duidelijk stellen hoe ernstig het wel was en hoe het is aangekomen bij de sector die toch wel de sleutel vormde voor de behandeling van de covidpatiënten en voor de bestrijding van de pandemie.

Tot nu toe zijn er meer dan 20.000 doden en in het politieke wereldje blijven heel veel mensen dat met de mantel der liefde bedekken. Ik heb echt niet het gevoel dat u dat doet. U hebt de feiten gesteld, zoals u ze hebt ervaren en zoals heel wat mensen ze hebben ervaren.

Dokter Belkhir heeft in haar eerste rapport aan de commissie geschreven: c'était la débrouille. Wel, ik hoor dat hier ook vandaag. C'était la débrouille, en u hebt echt wel het onderste uit de kan gehaald om het zo goed mogelijk te doen.

Ik meen dat het een van de taken van de commissie is te duiden hoe ernstig u de pandemie hebt ervaren, en dat de politiek echt wel moet stoppen met het minimaliseren ervan. Gisteren nog is ons in de plenaire vergadering gezegd dat wij inzake de vaccinatie absoluut niet mogen dramatiseren. Woorden als "drama" worden nogal vlug gebruikt, wanneer er kritiek gegeven wordt. Maar elke kritiek die gegeven wordt, wordt uiteraard gegeven met de visie dat men het in de toekomst beter moet doen, dat men beter moet zorgen voor onze patiënten, maar ook voor wie onze patiënten moet verzorgen, u, de artsen en het ander medisch personeel.

Ik heb nog een aantal factuele vragen voor u. Ik zal proberen niet te herhalen wat mijn collega Frieda Gijbels daarnet heeft gesteld. Dokter De Munck, u had het over het feit dat de commissaris te laat kwam. Is dat gemeld aan de politiek verantwoordelijken op het moment van de eerste golf? Het verhaal hoe Piet Vanthemse opgetreden is, is bekend. Maar is er vanuit uw instanties een duidelijk signaal gegeven aan het federale niveau dat u nood had aan een commissaris, die het allemaal onder handen zou nemen?

U had het ook over de continuïteit van de zorg. Ik maak mij daar heel wat zorgen over. Ik heb gisteren nog een bericht gekregen van een bevriende oncoloog dat er 40 % minder diagnoses van kanker zijn en dat een onderzoek in het

Verenigd Koninkrijk de oversterfte daar over 7 jaar al op 30.000 patiënten schat. Ik vermoed dat het hier niet beter zal zijn. Welke antwoorden kunt u hierop bieden? Hoe kunnen wij daarop anticiperen? Ik verneem dat de drempel voor een patiënt om naar het ziekenhuis te gaan, vandaag nog steeds niet weg is en wij moeten, zeker in het licht van een derde golf, werk maken van een oplossing.

Dokter Devos, u had het over de strategische stock en de communicatie daarover. Wanneer was u op de hoogte van het feit dat die strategische stock er niet meer was? Bent u daar officieel van op de hoogte gesteld of hebt u het zo moeten vernemen? Professor Vlieghe gaf hier aan dat zij wist dat die strategische stock er niet was, maar dat ze ook vermoedde dat er aan gewerkt werd, dat die aangevuld zou worden. Pas op een bepaald moment zag ze dat het materieel er niet was en er ook niet meteen zou komen. Was dat ook bij u het geval?

U had het tevens over de ontkenning op politiek niveau. In hoeverre is dat vanuit uw vereniging aangekaart bij het federaal niveau? Wij hebben dat vanuit het Parlement wel gedaan, maar wij hebben niet de wetenschappelijke envergure die u hebt. Is dat ook vanuit uw organisatie onder de aandacht van de politici gebracht?

Verder had u het over de experten. Wij constateren dat er een klein legertje experten ten tonele wordt gebracht, heel vaak experten die ook al dienst hebben gedaan bij de Mexicaanse griep. We zijn er niet allemaal evenzeer van overtuigd dat die crisis optimaal is aangepakt, maar goed, dat was lang geleden. Dat kleine panel van experten bij de eerste en de tweede golf, is dat aangekaart vanuit uw organisatie? Hebt u gezegd dat dit breder moest en dat er naar de mensen uit het veld moest worden geluisterd? Als dat het geval is, dan had ik graag van u vernomen wanneer dat meegedeeld is.

Vervolgens was er het vaccinatieplan. Dokter Devos, ik ben blij dat u het aanhaalt want ik ben het met u eens dat het erg jammer is dat onze regering in de zomer niet de tijd heeft genomen om het vaccinatieplan uit te tekenen. We weten allemaal dat de taskforce eigenlijk pas eind november echt in voege is getreden, toen pas gingen de poppetjes aan het dansen. De eerstelijnsverantwoordelijken zijn toen pas naar voren gekomen. Onlangs vroeg een journalist mij hoe het kwam dat Denemarken, dat op ongeveer hetzelfde moment als België zijn vaccinatiestrategie bekendmaakte, al veel verder stond. Mijn antwoord was dat Denemarken misschien wel al een echt plan had op het moment waarop de strategie kenbaar werd gemaakt, terwijl

het bij ons gewoon een communicatietool was. Hebt u dat gevoel ook? Is het mogelijk dat men gewoon een plan heeft getoond zonder dat daar echter een strategie achter zat?

Ik heb er bijvoorbeeld deze zomer op gewezen dat er spuiten van 1 milliliter nodig waren. Is er ook van de artsen een signaal naar de politiek verantwoordelijken gegaan, om aan te geven dat men bij de klinische studie spuitjes van 1 cc gebruikte? We wisten bij de klinische studie allemaal dat de dosis die Pfizer nodig zou hebben tussen 0 en 100 microgram zou liggen. 100 microgram is 1 cc. Hoe komt het dat die spuiten niet zijn besteld? U kunt daar uiteraard niet op antwoorden want u hebt ze zelf niet besteld. Zijn er echter vanuit uw organisatie signalen naar de politiek verantwoordelijken gestuurd?

Pfizer heeft op 8 januari een communicatie gelanceerd om aan te geven dat het eigen personeel ook zou worden gevaccineerd. Dat is tegengesproken in de pers, maar ik verneem toch – ik zal het niet voor waarheid verkopen – dat het personeel van Pfizer wel al gevaccineerd zou zijn terwijl dat voor het zorgpersoneel nog niet het geval is. Hoe staat u daar tegenover? Valt dat te verantwoorden tegenover de mensen in de eerste lijn, bijvoorbeeld de huisartsen? De verpleegkundigen in de covidzones worden wel al enigszins meegenomen. Hoe kijkt u daar tegenaan?

U had het verder over weinig transparantie, zeker tegenover de wetenschappers. Ik ben het daar helemaal mee eens. U bent allemaal hoog opgeleid en een collega kan u wel zeggen wat hij vindt of hoe hij een bepaald wetenschappelijk gegeven interpreteert, maar ik denk dat een eigen interpretatie, met wetenschappelijke kennis, absoluut moet kunnen. Waarom begin ik daarover? In bepaalde landen is het zo dat politici die wetenschappelijke adviezen krijgen maar daarvan afwijken dat in het parlement moeten komen verantwoorden. Elk parlamentslid kent uiteraard wel wetenschappers en kan het hen voorleggen om daarna af te wegen of het al dan niet een verantwoorde keuze was. Vindt u dat een dergelijke uitleg van politici aan het veld en aan het Parlement zou kunnen helpen bij het bestrijden van de pandemie?

Dokter Van Giel, de huisartsen hebben uiteraard een cruciale rol gespeeld. U weet dat ik de huisartsen enorm apprecieer. Ik ben er met eentje getrouwd en ik heb dit dus in de eerste lijn meegemaakt. U stelt dat u webinars en informatietools georganiseerd hebt en ik kan dat absoluut onderschrijven. De WhatsApp-groepjes van de verschillende huisartsenkringen hebben

niet stilgestaan dankzij de informatie die u gaf. Beschouwt u dat echter als een taak van uw organisatie?

Of hebt u hier eigenlijk een taak van de overheid overgenomen, om de artsen consequent en wetenschappelijk correct te informeren?

U haalde ook aan dat de politiek op een bepaald moment niet beslist heeft. Bedoelt u daarmee dat men niet op tijd heeft beslist, dat men de draagkracht niet had om te beslissen of dat men de beslissing in handen van de experts heeft gelegd?

U sprak tevens over de verpletterende verantwoordelijkheid in de maand september. Ik deel uw standpunt, dat was helemaal geen stap die genomen kon worden. Die verantwoordelijkheid speelde trouwens ook bij de eerste golf, met het persoonlijk beschermingsmateriaal dat er niet was en de communicatie daarover. Hoe zou u die verantwoordelijkheid vertalen? Vandaag gaat het leven verder en hebben we een nieuwe regering. Heel veel leden van die nieuwe regering droegen echter al verantwoordelijkheid tijdens de eerste golf en in september. Het doel van deze commissie is te verhinderen dat iets dergelijks in de toekomst nog kan gebeuren en daarvoor zouden wij ook de mening van de sector willen horen. Hoe moet men verder omgaan met het niet nemen van verantwoordelijkheid, het negeren van bepaalde signalen? Kan het volgens u dat het leven nu gewoon hernomen wordt en dat de voormalige hoofdrolspelers in andere hoedanigheden verder gaan, zonder verantwoording af te leggen tegenover de bevolking?

Ik vind het enigszins jammer dat u het niet over de problematiek van de betaling van de artsen in de triagecentra gehad hebt. Dat was immers niet evident. Ik heb berichten gekregen van artsen die mij meldden dat ze in 3 maand geen betaling ontvangen hadden of dat een bepaalde nomenclatuur niet orde was. Hoe staat het korps daar op dit moment tegenover? Hoe kunnen we dat in de toekomst voorkomen? Ik had dit eigenlijk ook aan de vertegenwoordigers van de specialisten moeten vragen want ook bij hen waren er artsen die dubbel of driedubbel werk gedaan hebben terwijl anderen eigenlijk werkloos waren en geen inkomsten hadden. Hoe kunnen we daar in de toekomst aan tegemoetkomen? Iedereen heeft immers wel persoonlijke engagementen en heeft dus ook een inkomen nodig.

Dokter Van Giel, met betrekking tot de vaccinatiecampagne zei u dat wij ons niet mogen laten opjuttten en niet in de chaos mogen terechtkomen. Dat kan juist zijn, maar ik vind toch

het volgende. U pleit ervoor om het grondig en voorzichtig aan te pakken. Met betrekking tot volksgezondheid moeten wij uiteraard steeds voorzichtig zijn. Had het echter toch niet beter gekund? Als wij in de zomer effectief een plan hadden gehad, hadden wij dan nu niet verder kunnen staan? Onze economie lijdt immers. Onze gezondheid lijdt. Er staat de mensen uit de sector inderdaad een zeer zware taak te wachten, maar hoe sneller wij dat kunnen doen, hoe sneller wij de gewone zorg opnieuw kunnen opnemen.

Dokter Orban, u sprak over een gebrek aan urgentie. Dat is iets dat hier zeker wel ondersteund zal worden. U sprak ook even over het aanpakken van een pandemie gedurende een regeringsvorming. Het is juist, men was een regering aan het vormen. De ministers die verantwoordelijk waren, wisten dat het niet permanent was. Als een arts echter verandert van hospitaal en er staat een patiënt voor hem, dan zal hij die patiënt nog wel helpen, vermoed ik. Dé prioriteit moest toch echt wel het beheersen van die pandemie zijn en het aanpakken van die pandemie. Die regeringsvorming kan geen excuus an sich zijn.

U sprak ook over uw *colère*, Ik begrijp die volkomen. Staat u vandaag echter nog achter die uitspraak? Wat zou u vandaag doen met die *colère*? Hoe zou u ermee omgaan? Ik veronderstel dat u misschien eens wil spreken met die verantwoordelijke ministers van toen of dat u dat gesprek reeds had. Wat zouden wij daaruit kunnen leren? Hoe zouden wij daar in de toekomst beter mee kunnen omgaan?

Heel belangrijk vond ik ook wat u aanstipte met betrekking tot de mentalegezondheidszorg. Er zijn daar stappen ondernomen, maar ziet u daarvan resultaat? Ik heb ook het gevoel dat de mentale toestand van onze bevolking echt wel noodlijdend is, dat daaraan gewerkt moet worden, dat de mentale toestand van het medisch korps echt wel onder nul is. Hoe kunnen wij dit vandaag nog beter aanpakken? Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat wij daaraan echt iets doen? De middelen zijn goedgekeurd en ingeschreven. Men heeft een actieplan, maar is dat voldoende en wat kunnen wij nog meer gaan doen?

In verband met het meer luisteren naar de huisartsen, u hebt daarin absoluut gelijk. Er moet meer geluisterd worden naar de artsen *tout court*, naar de mensen uit de sector *tout court*. Wanneer hebt u contact opgenomen met die verschillende politieke verantwoordelijken, om te duiden dat u in die gremia een stem wilde hebben en een waardevolle bijdrage zou kunnen hebben in heel het debat?

U sprak ook over *la scission de la santé*. Ik ben lid van een Vlaams-nationalistische partij. Wij pleiten voor een regionale gezondheidszorg, op maat van de patiënt, op maat van de Vlaming en op maat van de Waal. Ik had graag van u allen vernomen wie er zijn carrière gestart is ten tijde van een volledige federale volksgezondheid en in hoeverre dat optimaal was.

De **voorzitter**: Collega's van de N-VA, ik dank u voor uw heel uitgebreide uiteenzettingen. Ik hoop dat de rest iets bondiger is, want zoals ik reeds zei, moet de heer Orban om 13.00 uur vertrekken. Als wij van hem nog antwoorden willen, zullen wij op de timing moeten letten.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik ben deze voormiddag de enige spreker voor Ecolo-Groen, dus dat spaart wat tijd uit.

Mijne heren, in de eerste plaats wil ik mijn dank uitspreken voor hetgeen wij vandaag gehoord hebben, voor de openheid waarmee u dit allemaal hebt aangepakt, voor het feit dat u verder ging dan de kritiek en de geleerde lessen meegaf en hoe wij dit in het vervolg beter moeten aanpakken. Dat is ook de manier waarop ik graag werk in deze commissie. Wij moeten de problemen die er geweest zijn, zeker niet uit de weg gaan, maar wij moeten dat doen met de kritische geest hoe het de volgende keer, als dit ons nog eens overkomt, beter kan gaan. Wij kunnen daar allemaal alleen maar beter van worden.

Collega Depoorter verwees er reeds naar, ik hoorde heel veel punten terugkomen die dokter Belkhir ons vorige zomer reeds heeft duidelijk gemaakt. Misschien is dat een geruststelling voor alle experts die wij vandaag horen, uw stem wordt dankzij dokter Belkhir versterkt in deze commissie. Ik wil dus dokter Belkhir danken om dat vorige zomer reeds luid duidelijk te maken ten aanzien van ons.

Over de samenstelling van de expertenpanels hebben jullie het bijna allemaal gehad. Ik hoorde dat er toch enige kritiek was op de manier waarop die expertenpanels zijn samengesteld. Ik hoor zeker de kritiek dat er ook huisartsen in aanwezig zouden moeten zijn.

Wij hebben het voorbije jaar echter ook al een heel wisselende samenstelling gekend. Eerst was vooral de medische wereld vertegenwoordigd. Daarna kwamen er ook meer vertegenwoordigers van de sociale sector bij. In de GEMS is er nu een nieuwe samenstelling. Hoe kijken jullie, behalve naar de kritiek dat er ook huisartsen in aanwezig

moeten zijn, naar die evolutie? Zijn er al verbeteringen of is het nu nog altijd niet goed in jullie ogen?

Ik ben absoluut dankbaar voor de flexibiliteit en voor alle improvisatie van jullie. Wanneer alles wordt vastgelegd, zullen wij nog grotere ogen trekken. Ik vraag mij oprecht iets af wat ik de voorbije weken al aan elke expert heb gevraagd. Hoeveel van jullie improvisatiewerk en van de hele uitrol kunnen wij verankeren in een pandemieplan?

Dat wij niet goed waren voorbereid, stelt iedereen immers vast. Hoeveel kunnen wij echter verankeren, om bij een andere pandemie met mogelijks andere kenmerken nog voldoende flexibiliteit te hebben om to the point in te springen?

Wij hebben het bijvoorbeeld niet uitvoerig gehad over de woon-zorgcentra, omdat zij een regionale bevoegdheid zijn. Veel ziekenhuizen en eerstelijnsactoren zijn echter in de woonzorgcentra gaan bijspringen. Het lijkt mij heel goed, om ook daar eens de *lessons learned* op te lijsten. Indien wij dat echter verankeren in een pandemieplan en volgende keer is de kwetsbare groep misschien niet de bewoners van de woon-zorgcentra maar een andere groep, zijn wij dan wendbaar genoeg? Hoe kunnen wij het pandemieplan zo wendbaar maar ook zo duidelijk mogelijk opstellen? Dat is een oprechte vraag waarmee ik zit.

Richard Horton heeft ons ook duidelijk gemaakt dat het hier ook om een crash van het systeem gaat, niet alleen puur gezondheidsmatig maar het hele systeem. Hebben jullie voorbeelden van andere landen waarover jullie van mening zijn dat hun gezondheidssysteem veel beter was voorbereid dan het onze? Welke landen waren goed voorbereid en hadden een goed pandemieplan?

Ik hoor jullie terecht ook een aantal kritieken uiten op het feit dat wij de kapitein op het schip misten. Naar onze mening speelde de minister van Volksgezondheid toen niet voldoende haar rol. In welke landen heeft de minister van Volksgezondheid en/of de kapitein op het schip zijn of haar rol ten volle en goed gespeeld, zodat wij daarnaar konden opkijken?

Ik hoor jullie ook enige kritiek op mevrouw De Block uiten en op de manier waarop zij die rol heeft ingevuld. Bovendien is er ook kritiek op de minister van Volksgezondheid. Ik wil op beide iets dieper doorvragen.

De heer van Giel is even op de schakelcentra ingegaan. Dr. Van Giel, ik hoor u opmerken dat het goed is dat wij ze hebben voorbereid, hoewel wij ze misschien niet ten volle hebben benut. Het is

echter heel goed dat wij ze hebben voorbereid. Dr. Van Giel, ziet u in de nabije toekomst een rol voor de schakelcentra? Kunnen wij, indien de derde golf hopelijk meevalt, op een andere manier nog iets doen daaraan in ons zorgsysteem, met alles wat daarover is voorbereid?

Mevrouw Depoorter vroeg al hoe u een en ander ziet. Domus Medica communiceert heel veel met haar leden. Vond u dat de rol van de overheid of hoe ziet u dat idealiter in de toekomst? Ik vraag mij als nuchtere Belg ook gewoon het volgende af. Hoe komt het dat wij de adressenlijst van zorgverstrekkers niet up to date hebben in een land dat en een samenleving die zo geautomatiseerd is? Wie moet daarvoor zorgen? Hoe kunnen wij die lijst zo vlug mogelijk in orde hebben?

Over de geestelijke gezondheidszorg zal ik niet alles herhalen wat mevrouw Depoorter daarover aangaf. Sowieso zijn de bevolking maar ook de geestelijke gezondheidszorg van het hele zorgpersoneel een bezorgdheid van mij. Wij hebben in volle crisis gemerkt dat een aantal ziekenhuizen structuren daarrond hebben opgezet. Ik heb toen met veel bewondering gekeken naar wat het Jessa Ziekenhuis in Hasselt deed, om de zorg voor zij die zorgen goed op te vangen en hen psychologisch bij te staan. Dat zijn immers erg zware dobbers geweest.

Is die zorg ook voor huisartsenkringen opgezet? Zijn daar goede voorbeelden van, die wij zeker moeten meenemen?

Ik heb nog een laatste vraag over de kwaliteit van de zorg, waarover wij het vaak hebben gehad. Wij hebben niet altijd alle zorg kunnen bieden die wij hadden kunnen bieden. Wij hebben vaak moeten improviseren. Hoe zit het met de artsen en hun aansprakelijkheid? Zijn jullie daar goed voor ingedekt, zodat, wanneer alles is gaan liggen, jullie niet ook nog eens met de nasleep van mogelijke aansprakelijkheidszorgen kampen?

Dat waren mijn bijkomende vragen. Ik dank jullie alvast.

Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, j'interviendrai au nom du groupe PS en synthétisant l'ensemble des échanges que j'ai pu avoir avec mon collègue Patrick Prévot sur les auditions importantes que nous avons eues aujourd'hui.

Je voudrais aller rapidement à l'essentiel. Toutefois, je ne peux commencer mon intervention sans vous remercier, mesdames, messieurs, pour tout le travail que vous fournissez au quotidien. Les gens de terrain sont présents depuis le début, tout

comme les médecins généralistes. Ils sont au four et au moulin, comme vous l'avez toutes et tous indiqué.

Les médecins ont, sans aucun doute, joué un rôle crucial au début de la crise. Ils ont dû prendre des décisions opérationnelles en matière d'échange de pratiques et d'informations ainsi qu'en matière de mise en œuvre d'actions alors que – vous l'avez dit –, c'était le règne de la débrouille, et que vous aviez besoin d'un capitaine, d'une stratégie claire, connue et communiquée. Cela a cruellement fait défaut. Vous êtes unanimes sur ce point.

Heureusement, les médecins généralistes sont encore et toujours là. Ils sont présents plus que jamais pour jouer un rôle de première ligne impératif tant au niveau préventif – aspect important qui a été souligné notamment par M. Orban – que curatif.

Vous avez apporté une analyse critique, détaillée, passionnée, mais pas passionnel, ce dont je vous remercie. Comme vous l'avez dit, monsieur Devos, elle est fondée sur les faits. C'est important car on ne va pas nier que vous avez de sérieux motifs de mécontentement. Je comprends tout à fait votre "aigreur" sur certains points.

Il faudra tirer des leçons pour faire mieux. C'est d'ailleurs une des missions de notre commission. Mais je n'entrerai pas dans le débat d'actualité aujourd'hui. Je ne souhaite pas vous retenir plus qu'il ne le faut car je sais que votre temps est compté et que vous êtes toujours sur le front. Les vaccins sont importants, mais on manque encore de recul pour avoir toutes les réponses. On se situe souvent ici – telle est la difficulté à laquelle est confrontée notre commission – entre l'actualité, le passé avec la première vague et les premières expériences difficiles que nous avons eues, mais aussi dans le présent.

Si vous le voulez bien, je reviendrai sur des questions qui portent sur l'amélioration à très court terme. En effet, je pense qu'il faut d'ores et déjà se pencher sur ce qui peut être corrigé, adapté dans l'intérêt des citoyens, des patients, mais aussi des professionnels.

Parallèlement, on ne peut évidemment pas faire fi d'un travail sur un réel réinvestissement de nos soins de santé. En la matière, j'ai bon espoir. Je sens qu'il y a une évolution majeure. Le gouvernement a initié un changement de cap important. Cela prendra du temps, mais le processus est fermement en route. Nous aurons l'occasion d'en parler dans le cadre d'autres débats.

J'en viens à mes questions. Je vous les adresse globalement; à vous de vous les répartir.

Vous soulignez assez largement le manque de concertation avec le terrain, qui a mené à des situations dantesques, pénibles, qu'on aurait pu éviter.

Dans quel groupe de travail ou instance auriez-vous dû, selon vous, siéger? Siéger, pas pour le pouvoir, mais être représenté, être présent. Quels en auraient été les avantages?

Constatez-vous une évolution entre la première vague et maintenant? Êtes-vous plus concertés, êtes-vous plus consultés? Le terrain peut-il davantage avoir un impact, par son expérience, sur les décisions qui sont prises?

Quelles pistes pourrions-nous mettre en œuvre à court terme pour renforcer la concertation maintenant, puisque nous sommes encore le nez sur le guidon?

Monsieur Devos, vous évoquez la nécessité d'une stratégie adaptée au contexte. Vous dites aujourd'hui que nous avons une stratégie uniforme, identique sur tout le territoire. Or, les réalités ne sont pas les mêmes dans des grandes villes à forte densité que dans les zones plus rurales, que ce soit au niveau des risques, des structures en place, du nombre de médecins, et de tant d'autres choses.

Selon vous, quelles sont les raisons de ce choix d'une stratégie uniforme? Est-ce une vision ou estimez-vous qu'il est encore possible de réorganiser ceci via la concertation? Y a-t-il une vision derrière ou y a-t-il une incompréhension? Peut-on encore corriger le tir pour avoir une stratégie adaptée? Et si oui, comment pourrait-on faire pour tenir compte des spécificités, ne fût-ce qu'environnementales?

Les équipements de protection ont une forte influence sur les médecins généralistes qui, lors de la première vague, ont été contraints de revoir les consultations, de passer à la téléconsultation, notamment avec des conséquences importantes pour les médecins, pour la profession, pour les patients chez qui cela a généré une certaine peur.

L'évolution des recommandations concernant le port du masque et l'évolution de la disponibilité de ces masques a entraîné un manque d'adhésion des praticiens et des citoyens. Comment organiser, selon vous, un stock et un roulement de stock efficace pour ne plus vivre cette situation où nos médecins généralistes sont des soldats sans casque? Et on ne pouvait pas envoyer des soldats

sans casque au front.

L'ABSyM mentionne qu'une majorité de médecins trouvent absurde, si je peux utiliser le mot, de ne pas recommander le port du masque FFP2 systématique pour la première ligne pour éviter tout risque de contamination de la part des patients asymptomatiques, vu la nécessité – qu'on ne peut pas nier – d'un contact rapproché, propre au métier médical.

Cette question a-t-elle été discutée avec le RAG ou les ministres compétents? Le cas échéant, qu'en est-il ressorti?

Vous avez évoqué l'existence d'une insécurité juridique pour les médecins qui seraient amenés à devoir "choisir" entre deux patients pour le dernier lit. Qu'entendez-vous par là? C'est un domaine que je connais moins. J'ai donc besoin de vos clarifications.

Outre l'avis du Comité consultatif de bioéthique de Belgique, pensez-vous réellement qu'il faille légiférer dans ce cadre? Si oui, comment? Quid de la liberté thérapeutique et des droits du patient?

Vous avez aussi mentionné les problèmes de capacités hospitalières, des transferts inter-hospitaliers. Nous sommes face à des problèmes de pénurie de main-d'œuvre qualifiée en soins intensifs et surtout d'infirmiers. Le problème porte davantage sur le type de main-d'œuvre médicale que sur la pénurie, si je vous suis bien. Comment résoudre de façon conjoncturelle cette situation aujourd'hui? On est toujours dans l'action.

Je note aussi ce qui me semble une belle expérience: la plate-forme Paragon Medical qui est mise en place par le Centre hospitalier Sint-Trudo à Saint-Trond. S'agit-il d'une bonne pratique à généraliser pour adapter les structures aux besoins via une mise à disposition des forces vives et avec la possibilité de les réorganiser et de les orienter vers les régions et les zones où l'on en a besoin?

Sentez-vous une amélioration quant aux transferts hospitaliers entre provinces entre la première et la deuxième vague? Vous dites qu'il est possible de faire mieux. Je n'en doute pas. Comment peut-on faire mieux? Je ne sais pas si la réponse est aussi simple que ma question.

Vous avez aussi pointé toute la problématique des reports de soins et notamment la problématique de la surmortalité liée à ces reports et qu'on aurait pu éviter si on n'avait pas, dites-vous, détruit des stocks stratégiques de masques et si on avait anticipé des commandes de matériel. Aujourd'hui, dispose-t-on d'études claires qui mettent en

évidence cette surmortalité? Dispose-t-on de chiffres?

Par rapport au diagnostic du cancer, vous évoquez 5 000 cancers en retard de diagnostic lors de la première vague. Ces diagnostics et ces thérapies ne sont pour l'instant toujours pas rattrapés. Dispose-t-on d'études à ce sujet? Comment les directives en matière de report de soins devraient-elles être améliorées? Comment envisager le rattrapage – je n'aime pas trop ce terme –, de ce temps perdu qui a malheureusement des conséquences terribles pour les patients.

En matière de santé mentale, tous parlent de tsunami pour le personnel soignant, y compris les médecins généralistes qui ont été fortement impactés. C'est l'épuisement physique, moral, mental, le sentiment d'abandon. C'est aussi un tsunami à l'égard de tous les citoyens. Comment permettre une prise en charge efficace?

Je distingue deux aspects. Le premier concerne le personnel médical. Des mesures sont-elles à mettre en place dès à présent en santé mentale? Quelles sont les possibilités pour le personnel? Que faut-il développer? Je poserai la même question concernant les citoyens. Que peut-on mettre en place maintenant? Quelles sont les bonnes pratiques à l'égard des citoyens?

Enfin, concernant la communication, vous l'avez qualifiée de cacophonique. Elle est de deux ordres: interne (entre experts, vers les experts, vers vous) et vers les citoyens. Que peut-on faire aujourd'hui pour améliorer et fluidifier la communication d'abord vers le terrain, vers les experts de première ligne, vers les médecins généralistes pour qu'ils aient les bonnes informations au bon moment et qu'ils soient toujours en mesure d'adopter la bonne stratégie?

S'agissant de la communication vers les citoyens, quel rôle peut jouer le médecin généraliste dans le cas présent pour une médecine préventive dont vous soulignez l'importance? Elle contribuera peut-être à l'adhésion du citoyen, à la confiance et donc à l'adoption des bons gestes et des bonnes mesures pour enrayer au mieux la pandémie.

Mes questions vont tous azimuts. J'ai essayé d'être le plus bref possible. Je vous remercie pour votre engagement et pour l'enthousiasme que je vois chez vous au quotidien.

Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de voorzitter, in naam van onze fractie wil ik, ten eerste, alle sprekers bedanken voor hun kritische inbreng in de commissie. Wij zullen er zeker mee aan de slag kunnen.

Uit uw getuigenissen is nogmaals gebleken dat de zorgverstrekkers en de zorgsector de crisis hebben gemanaged en dat de politiek helaas heel wat steken heeft laten vallen en jammer genoeg nog laat vallen.

De rode draad in de huidige crisis hoorden wij ook van de sprekers vandaag. In elke fase was er iets te kort.

Ik wil mij toespitsen op die fasen.

Inzake het persoonlijke beschermingsmateriaal was er geen strategische stock. Die stock was immers verbrand. Is het volgens u de plicht van de overheid om in een stock te voorzien of opteert u liever voor een soort roterende stock dicht bij de zorgverstrekkers? Moet misschien in beide stocks worden voorzien? Daarover had ik graag uw mening gehad.

Over de teststrategie heb ik van iemand gehoord dat wij niet moeten testen om te testen. Aan het testen hangt immers ook een financieel plaatje vast. Mijn vraag daarover heb ik in de commissie ook al verschillende keren aan de minister gesteld. De PCR-tests zijn uiteraard heel efficiënt, maar het duurt lang vooraleer de geteste persoon de uitslag heeft. Die tests moeten ook steeds naar het labo. Ondertussen zijn er ook speekseltests, is er sprake van pooling en zijn er zelftests. Kunnen wij daarmee niet het financiële plaatje verzachten? Ik heb immers gelezen dat zij veel goedkoper zijn dan de PCR-tests en ook sneller resultaat zouden geven. Kunnen wij daarmee niet de problemen van het testen oplossen? Ik had graag uw mening gekend over de verschillende vormen van testen en op welke manier wij ze het best kunnen gebruiken in de teststrategie.

Er werd ook gesteld dat wij niet voorbereid waren en ons niet konden voorbereiden. De pandemie overkwam immers de hele wereld. Ik wil daar deels in meegaan, maar niettemin zijn er ook rapporten – van de WHO en van een andere internationale organisaties, naar ik meen – die enkele jaren geleden reeds waarschuwden voor dergelijke pandemieën. Die rapporten waarschuwden ervoor dat ze op ons afkwamen alsook dat het voorspelbaar was dat een dergelijke pandemie ooit zou opduiken en wij ermee te maken zouden krijgen. In dat rapport van naar mijn mening de WHO las ik dat de WHO de lidstaten opriep om bijvoorbeeld strategische stocks aan te leggen en een pandemieplan uit te werken. Wij zijn dus een beetje gepakt door de pandemie. Kon de voorbereiding echter naar aanleiding van dergelijke rapporten niet al meer op punt staan dan ze nu op punt stond? Klopt het dat wij ons op de

ene of de andere manier misschien niet op de huidige pandemie maar wel op 'een' pandemie konden voorbereiden?

Dokter Hueting, u zei dat een GMD en een vaste huisarts heel wat problemen zouden kunnen oplossen. Ik vind dat een goed principe, maar vindt u dat dit moet worden verplicht, of ziet u eerder heil in een soort aanradingscampagne? Hoe ziet u dat precies?

Dokter Devos, u zei dat het niet aan de overheid is om de dokters op te leggen welke therapie zij mogen of moeten gebruiken. U wijst op uw opleiding en uw eigen research. Tijdens dit bijna volledig jaar van crisis kwamen er hoopvolle berichten over hydroxychloroquine, remdesivir en andere virusremmende middelen, maar toonden andere studies aan dat die toch niet zo effectief zijn. Hoe ging u om met het feit dat bijvoorbeeld remdesivir niet meer mag worden gebruikt? Volgt u de richtlijnen of gebruikt u stiekem toch producten die verboden zijn? Wat is nu de standaardbehandeling van iemand die in het ziekenhuis wordt opgenomen met een coronabesmetting? Er zullen waarschijnlijk verschillende behandelingen zijn al naargelang de ernst van de ziekte, het lijkt mij toch interessant om daarvan een beeld te krijgen.

Op de tijdlijn die dokter Van Giel maakte, zien we telkens een opflakking van het virus na een vakantie. Een van de oorzaken daarvan is dat er helemaal geen plan was over wat er na die vakanties moest gebeuren. Ik heb de minister meermaals gevraagd naar zijn plan met betrekking tot terugkerende reizigers.

Ik denk dan in het bijzonder aan de zomervakantie. Toen moest er nog worden samengezeten en het was al bijna half juli voor er min of meer een plan was. Ondertussen staan we aan de vooravond van de zesde vakantie in coronatijden. We zijn weer beland aan de krokusvakantie, waarmee het allemaal begon. Wat zijn uw suggesties? Welke maatregelen zouden er volgens u zeker moeten worden genomen voor of na elke vakantie? Welk plan moet er daar worden geïmplementeerd?

Hoe verloopt de communicatie met de artsen tijdens deze tweede golf? Ik weet niet meer precies wie het zei, maar er werd gezegd dat het inderdaad wat mank liep op het vlak van informatie, dat u zelf daarnaar op zoek moest en u met Italiaanse collega's moest bellen of mailen om informatie te krijgen. Wat denkt u dat de gevolgen zouden geweest zijn als wij het eerste land waren geweest, als wij in het geval van Italië waren geweest tijdens de eerste golf?

Door die uitbraak in Italië hadden wij immers bijna 14 dagen extra voorbereidingstijd. Wat zouden de gevolgen in ons land zijn geweest? Zouden wij hier dezelfde beelden hebben gezien als in Italië?

Dokter Van Giel zei in verband met de tracing app dat we op 4 mei uit de lockdown moesten en dat dan moest worden gestart met de tracing, want dat was een voorwaarde om uit de lockdown te mogen gaan. Hebt u toen gezegd dat het toen eigenlijk nog te vroeg was? Vanwaar kwam volgens u de druk om de lockdown op te heffen? U zei immers dat we eruit moesten. Was dat enkel door de politiek ingegeven of is er vanuit de een of andere hoek druk gekomen?

Het verwondert mij ten eerste dat uw waarschuwingen aan de kabinetten niet eens werden beantwoord. Op welke manier en wanneer werden die meldingen gedaan? Ik neem aan dat dit niet enkel telefonisch gebeurde, want dan zouden er daarvan inderdaad geen bewijzen zijn. Mocht u daarvan nog mails of ander schriftelijke documenten hebben, dan zou het misschien interessant zijn om deze ter beschikking te stellen van deze commissie zodat we de bevoegde minister daarmee kunnen confronteren.

Ik zie op mijn gsm net het bericht binnenkomen dat professor Emmanuel André zegt dat 17 % van de positieve PCR-testen de Britse variant betreffen. Hoe alarmerend moeten wij dat vinden? Hoe alarmerend vindt u dat? Wat moeten we aan onze huidige strategie veranderen om deze variant de baas te kunnen en deze zeker niet verder terrein te laten winnen? Wat moet er volgens u gebeuren?

Tot slot, wat het institutionele betreft, u weet dat het Vlaams Belang voor de regionalisering van de gezondheidszorg is. Er werd al gezegd dat er nu reeds verschillen bestaan tussen de regio's omwille van de zoveelste staatshervorming. Hoe ziet u de verdere institutionele hervormingen op het vlak van de gezondheidszorg?

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le président, au nom du MR, je voudrais remercier tous les intervenants, à la fois pour leur présentation d'aujourd'hui et les réponses qu'ils nous ont envoyées, et pour tout le travail qu'ils ont mené tout au long de la crise. Ce dernier est exemplaire et inspire le respect. Le travail de synthèse et l'échange que nous avons aujourd'hui nous aideront certainement dans notre mission, qui consiste à formuler des recommandations.

Loin de moi l'idée que tout était bien, mais je crois qu'il faut toujours se replacer au moment où les décisions ont été prises, dans une optique critique de celles-ci. Il faut se remémorer de quelles

informations et données on disposait. La vague actuelle est gérée d'une autre manière, c'est sûr. Mais les données, les informations et la logistique dont on dispose sont différentes aussi.

J'en viens maintenant à certains points évoqués dans votre exposé. Au niveau de la communication, de grandes améliorations sont possibles, premièrement du côté de la communication vers les professionnels. On peut peut-être tout de suite, si les collègues de la commission sont d'accord, relayer ces recommandations à Sciensano, notamment. Vous avez évoqué des documents présents sur le site, qui sont beaucoup trop complexes et pas utilisables dans l'immédiat par les médecins généralistes lors de consultations. Il faudrait demander à Sciensano de veiller à avoir une communication plus pratique et plus utilisable par les professionnels de la santé.

Le deuxième aspect est la communication vers la population. On se questionne toujours sur la communication la meilleure possible. On en a beaucoup discuté, lors d'autres réunions. Par exemple, est-il idéal pour la population de recevoir tous les jours cette communication chiffrée?

Ne faudrait-il pas la réduire à une communication hebdomadaire, pour que celle-ci soit moins anxiogène? Je me pose des questions à ce sujet et votre avis m'intéresserait.

En ce qui concerne le fonctionnement institutionnel de notre pays et le Rubik's cube que vous avez évoqué, je partage votre avis. Le groupe MR trouve que la fragmentation des politiques de santé ne va pas. Elle n'est pas efficace du point de vue des coûts. D'autres experts ont aussi mis en avant le fait que, si la prévention santé relève des entités fédérées mais que l'aspect curatif relève du fédéral, c'est un niveau de pouvoir qui bénéficie des investissements faits par un autre niveau de pouvoir. La question se pose clairement. J'ai entendu ma collègue de la N-VA plaider pour une régionalisation totale des soins de santé. Ce n'est pas au monde médical de trancher cette question; je ne vais donc pas vous la poser, mais je partage le même constat. Un débat politique important sur ce sujet aura sûrement lieu au sein de la commission de la Constitution et du Renouveau constitutionnel. L'important est d'arrêter de vouloir le plus de pouvoir pour tel ou tel niveau de décision, et de plutôt se poser la question: quelle est l'organisation institutionnelle qui permettra d'avoir une meilleure prise en charge de tous les aspects de santé pour le patient?

En ce qui concerne le matériel stratégique, j'entends bien qu'il faut prévoir des stocks

stratégiques. Lors des auditions, nous avons entendu certains recommander la constitution de stocks stratégiques là où on en a besoin. Les hôpitaux et les maisons de repos auraient alors leur stock stratégique. Nous n'aurions pas de stock stratégique centralisé pour tout le pays. J'aimerais avoir votre avis à ce sujet. Quelle est selon vous la meilleure manière d'organiser un stock stratégique?

Il est clair qu'il faut des plans stratégiques mais d'un autre côté, il est toujours difficile d'élaborer des plans, ainsi que de prévoir les bonnes quantités, le type de matériel, la forme du stock stratégique, alors que nous nous trouvons face à des pandémies ou épidémies variables. Je pense ainsi au stock de vaccins de la grippe H1N1. Un stock de vaccins avait été acheté, mais dont nous n'avons pas eu besoin, sans que la faute en revienne au politique. Tout simplement, l'évolution de la pandémie fut telle que nous n'en avons plus eu besoin, en dépit des moyens financiers que nous y avons consacrés. Quelle en est alors votre vision, en tant qu'acteurs de terrain? Les stocks stratégiques doivent-ils être centralisés ou bien distribués chez chaque médecin qui en a besoin? Comment organiser cela au mieux?

En ce qui concerne les organes de gestion de crise, j'ai bien noté que vous considériez que les médecins généralistes n'y avaient pas été impliqués. Estimez-vous qu'ils doivent l'être en tant que membres de ces organes ou bien faut-il prévoir un canal régulier de consultations en vue de les aider à prendre les meilleures décisions possibles?

La nécessité de consulter le terrain, constitué par les personnes susceptibles de connaître la situation, me semble un aspect primordial, qui vaut dans tous les domaines: santé, urbanisme, aménagement du territoire, etc. La question est de savoir comment le faire. Pour le groupe MR, il importe de recueillir l'adhésion des médecins généralistes. En effet, comme vous l'avez très bien dit, c'est aussi grâce à vous que nous parvenons à l'adhésion de la population, puisque vous travaillez en première ligne et que vous êtes les personnes de confiance auxquelles s'adressent nos concitoyens.

S'agissant des organes de gestion de crise ainsi que des experts, vous avez parlé de la diversité de ces derniers. Il me semble que le gouvernement s'efforce de garantir la représentation de plusieurs points de vue. Au demeurant, cela fut parfois reproché à des organes tels que le GEES, la Celeva, dont les membres n'étaient pas virologues. J'ai en effet entendu des critiques selon lesquelles les décisions prises en septembre n'avaient pas été suffisamment strictes en raison

d'une divergence de vue entre les experts. Nous vivons dans un État démocratique. En tant que libérale, je ne vais certainement pas remettre en cause la diversité des opinions. Néanmoins, il convient d'en tirer une synthèse. Ma remarque vaut aussi bien pour la décision que pour la communication. En effet, nous voyons nombre d'experts s'exprimer sur les réseaux sociaux et dans les médias. C'est légitime, parce que la population est ainsi informée des différents points de vue. Toutefois, elle peut aussi en ressentir un désarroi, dans la mesure où elle ne sait plus quelle direction prendre. Comme l'un d'entre vous l'a indiqué, il incombe aux politiques de décider et de se charger de la synthèse.

L'enseignement que nous devons tirer de vos déclarations doit viser à organiser au mieux cette communication non seulement vers l'extérieur, mais aussi en interne, dans un processus de connaissance du terrain pour qu'elle puisse remonter vers le niveau de décision, de sorte que celui-ci agisse efficacement et au plus près des besoins. Cette équation est difficile à résoudre. Pour cette raison, recevoir vos conseils me semble essentiel.

Concernant la santé mentale, je partage votre inquiétude. Les mesures de confinement sont vécues très difficilement par une partie de la population.

Le groupe MR a demandé la semaine dernière que, dans le cadre de nos auditions, nous entendions aussi des représentants du secteur de la santé mentale. Il importe d'avoir une vision holistique, et de ne pas se laisser enfermer dans une gestion purement "santé physique" de la crise. Je crois que la volonté, dans ces groupes GEES et Celeval, d'avoir des experts autres qu'uniquement virologues, partait de cette intention.

Comment, à votre avis, assurer au mieux la santé mentale, maintenant que la crise se prolonge et que des variants apparaissent? Faut-il confiner de plus en plus, ou bien faut-il apprendre, comme le disent certains, à vivre avec ce virus et trouver d'autres manières? J'ai entendu Éric-Emmanuel Schmitt qui disait: "C'est curieux qu'on veut arrêter de vivre de peur de mourir." Je trouve que c'est une phrase à méditer.

Au niveau des communications avec d'autres pays, avez-vous, de manière structurelle, des communications avec vos homologues européens, les associations similaires, pour voir comment les choses s'organisent dans d'autres pays membres de l'Union européenne, et s'il y a des *best practices* à importer chez nous?

Je pense, par exemple, à une organisation de la première ligne des médecins qui est un peu différente dans d'autres pays, justement pour ne pas surcharger la première ligne des médecins de famille. Les cas de covid sont traités par une espèce de pool de médecins généralistes qui, de manière systématique, appellent, font des consultations des malades par téléphone en prenant leurs paramètres (oxygène, température, etc.) et, le cas échéant, prennent la décision d'envoyer le patient à l'hôpital.

En fait, ici, les médecins généralistes ont fait un travail formidable. Mais comme vous l'avez dit, ils ont été abîmés, ils ont été soumis à un stress incroyable, car ils ont dû gérer à la fois leur patientèle avec les pathologies habituelles et tous les malades du covid.

Par ailleurs, parmi les personnes confinées chez elles parce qu'elles présentaient des symptômes et qu'elles devaient attendre comment les choses allaient évoluer, certaines plus anxieuses ont appelé leur médecin tous les jours, même si cela n'était pas nécessaire – cela a d'ailleurs peut-être participé à la surcharge mentale du médecin. Par contre, d'autres ont négligé leurs symptômes et ont attendu le dernier moment pour contacter leur médecin. Comme vous l'avez dit, certains malades ont été hospitalisés trop tard alors qu'ils souffraient de surinfections graves.

Dans d'autres pays, l'organisation est différente. L'objectif n'est pas de déposséder les médecins généralistes de leur rôle, mais plutôt de voir si faire "glisser" les patients covid vers une cellule spécialisée de médecins qui en assurent le suivi ne serait pas préférable. D'ailleurs, des médecins généralistes pourraient très bien se porter volontaires pour remplir cette mission. Je serais intéressée de savoir si vous estimez qu'il s'agit là d'une bonne idée.

Quoi qu'il en soit, vous avez fait un travail extraordinaire et je vous remercie d'ores et déjà des recommandations que vous pourriez nous faire. Selon moi, tout le monde a fait de son mieux. Bien entendu, certaines critiques peuvent être faites. Il n'en reste pas moins qu'une énergie énorme a été dépensée par tous, par les acteurs de terrain, mais aussi par le monde politique. Ce qui importe aujourd'hui, c'est de tirer les leçons et de voir quels sont les enseignements que nous pouvons retenir pour le futur. Je vous remercie, en tout cas, pour votre apport afin de nous aider dans la mission qui nous a été confiée par la Chambre.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, er zijn al heel wat vragen gesteld. Ik zie de klok tikken. Ik had graag de experts aan het woord willen horen

om antwoorden te krijgen op alle interessante vragen van mijn collega's. In de eerste toelichting van de experts hebben wij toch wel enkele zeer goede aanbevelingen gekregen. Wij zijn met de commissie aan het wachten om daarmee aan de slag te gaan.

Ik heb nog enkele korte en concrete vragen. Er is gesproken over de vraag naar een breder panel van opinies. Hoe ziet u dat? In de eerste golf hebben heel wat wetenschappelijke profielen rond de tafel gezeten, met een focus op de infectiologen. Naarmate we gegroeid zijn in de crisis, heb ik wel een verruiming in de profielen gezien. Mijnheer Van Giel, u zei dat de huisartsen niet voldoende werden gehoord. Zij moeten in de overlegorganen meer hun ding kunnen zeggen.

Naast de huisartsen, welke profielen werden volgens u nog gemist? Welke profielen zijn nodig om een crisis zoals deze beter te kunnen beheersen?

Dan heb ik nog een praktische vraag over de overlegorganen. We hebben heel wat overlegorganen gehad. Er werden er ook heel wat ontbonden. Ik vraag mij af wat die ontbindingen en wissels op het terrein hebben teweeggebracht. Heeft dat voor veel nadelen gezorgd? Welke nadelen hebt u concreet ervaren?

Wat de referentielanden betreft, ik heb heel wat sprekers horen zeggen dat andere landen het beter hebben gedaan dan ons. Ik ben het eens, als ik naar de internationale media kijk, dat andere landen op heel wat vlakken beter hebben gepresteerd.

Mag ik elke expert vragen om een referentieland aan te duiden? Kunt u vandaag een voorbeeldland aanduiden die u als een goede referentie ziet?

Ik heb nog een open vraag aan de experts die politiek gevoelig ligt. Ik zal niemand dwingen om daar een antwoord op te formuleren, maar de structuren van ons land zijn heel vaak aangehaald als hindernis in de gezondheidszorg. Wat is uw visie over de gezondheidsstructuren? Moeten wij herfederaliseren? Moeten wij meer naar de regio's brengen? Indien u hierop een antwoord wilt geven, wil ik dat graag horen.

Ik wil dan nog de heer Devos bedanken voor de zeer concrete aanbevelingen over het problemsolvingverhaal. U hebt gezegd dat wetenschappers en artsen veeleer een uitvoerende rol speelden en niet echt een zicht kregen op de reden waarom de regering tot bepaalde besluiten kwam.

Ik denk dat dat we op het terrein de uitvoerende mensen, zeker in de medische sector, mee moeten nemen in het debat dat heeft geleid tot bepaalde beslissingen, opdat zij zich meer betrokken en gehoord voelen.

Ik wil ten slotte alle experts bedanken voor hun werk op het terrein en hun toelichting vandaag.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Messieurs, tout d'abord, un grand merci pour votre témoignage. Vous avez été au cœur de la pandémie et l'êtes encore, en première ligne. Ce sont des témoignages de grande valeur, sans langue de bois. Je vais essayer de synthétiser les leçons que je tire de ce que vous avez dit et de poser des questions ensuite. Une chose est claire dans les différents témoignages, c'est que la pénurie de matériel, surtout au cours de la première vague, a en fait influencé les recommandations. Cela a mené au fait que nous n'avons pas tenu un discours vérité aux médecins, entre autres, et que nous avons eu plus d'infections. Nous avons aussi dû arrêter complètement tous les soins réguliers. La destruction de ce stock stratégique de masques est tout de même quelque chose de très important qui a, par la suite, mis à mal la confiance du citoyen. Impliquer les médecins généralistes dans le *testing* était compliqué parce qu'il n'y avait pas de matériel pour les protéger.

Je voudrais connaître votre opinion aujourd'hui sur le port du masque FFP2 par les soignants en situation clinique de routine, face au variant britannique. De ce que je connais en médecine générale, la recommandation aujourd'hui n'est pas du tout de les utiliser en routine. Qu'en pensez-vous? Pensez-vous que ces recommandations doivent être changées?

La deuxième chose qui ressort fortement chez tout le monde est le manque d'unité de commandement. Scinder les soins curatifs et préventifs dans notre pays après la sixième réforme de l'État a été une erreur. De nombreux collègues politiques veulent continuer, malgré ce constat, qui assez clair pour moi et qui émane du terrain. À un moment, il faut adapter la politique au niveau local. Un habitant du Luxembourg n'est pas un habitant d'Anvers ou de Charleroi, il y a des différences. Mais faut-il, à la base, avoir ou non une unité fédérale?

Au sein de la commission, ce sera un grand débat pour faire des recommandations qui découlent de ce que nous entendons. En effet, nous entendons beaucoup d'appels à l'unité de commandement, plaidant pour une refédéralisation de compétences. Cela ne signifie pas qu'au niveau local on ne peut pas adapter les recommandations.

Voudriez-vous vous exprimer à ce sujet? Ce serait important; j'invite aussi les collègues à bien écouter car, nous le savons, des accords politiques sont pris pour aller vers davantage de morcellement. Cela bloquera peut-être les conclusions de notre commission.

J'entends aussi un troisième point, qui est très important. Il s'agit du peu d'écoute et du manque d'implication du terrain et de la médecine générale. J'ai été interpellée d'entendre que les médecins généralistes et les médecins d'urgence ont senti les vagues venir et qu'on ne les a pas écoutés.

Au niveau de la SSMG, vous dites que vous avez déjà fait un communiqué de presse le 18 février. Je ne l'ai pas retrouvé mais il peut être intéressant de nous le faire parvenir éventuellement. Le 8 mars, effectivement, vous conseillez à tous les médecins généralistes d'arrêter les consultations physiques. Vous êtes dix jours en avance sur le gouvernement. Au niveau de Domus Medica,...

Wat mij ook is opgevallen, is dat u in juli en half en eind september echt hebt aangevoeld dat er geen versoepelingen moesten komen, terwijl die er wel zijn gekomen. Ik wil dat echt als een les meenemen. Wij zullen ook mevrouw Wilmès horen. Zij getuigt in interviews dat zij nog steeds achter de beslissingen van eind september staat, terwijl wij hier al verschillende keren bij anderen het omgekeerde hebben gehoord.

J'aimerais aussi entendre vos réactions. Monsieur le représentant de Domus Medica, vous avez dit attendre des mesures pour ce soir, mais lesquelles? Sentez-vous l'arrivée d'une troisième vague? En tant que médecins de terrain, vous êtes aussi confrontés aux problèmes psychiques qui surviennent à la suite de plusieurs mesures très dures et qui provoquent l'isolement social des patients. Bref, si vous pouviez prendre des décisions aujourd'hui, quelles seraient-elles?

Je tenais ensuite à souligner votre insistance - commune à plusieurs d'entre vous, dès le mois de juillet - sur la nécessité d'anticiper la campagne de vaccination. Or ce ne fut pas du tout appliqué. Aujourd'hui, nous ne savons toujours pas comment identifier les personnes à risque - moins faciles à trouver que les personnes de plus de 65 ans, que l'on peut identifier grâce aux registres communaux. C'est fort préoccupant. Dans cette optique, il est proposé que les médecins rédigent une ordonnance destinée aux patients à risque. D'un certain point de vue, cette méthode me paraît artisanale. Qu'en pensez-vous?

J'en viens à l'austérité. Monsieur Devos, vous avez parlé de la pénurie de stock stratégique dans les

hôpitaux. De même, l'objectif de supprimer les lits hospitaliers ne nous permet pas non plus de réagir en cas de crise. Citons aussi le peu d'investissement dans la première ligne, l'absence de services d'inspection dans les provinces en raison du sous-effectif, etc.

In de tekst van het kartel heb ik verschillende keren gelezen dat er een gebrek was aan gekwalificeerd personeel. Wat bedoelt u daarmee? Bedoelt u daarmee verplegend personeel of artsen?

Er wordt ook veel nadruk gelegd op het feit dat het een grote vooruitgang voor ons gezondheidssysteem zou zijn, als elke Belg een GMD bij zijn huisarts had. Hoe staat u dan tegenover het aantal huisartsen in België? Wat is uw standpunt over de numerus clausus en de planning van het medisch aanbod?

Monsieur Devos, vous avez évoqué le rôle du médecin généraliste dans le *tracing*. Étant moi-même médecin généraliste, j'aurais aussi voulu avoir l'avis de la SSMG, de Domus Medica et d'autres à ce sujet. Il est vrai qu'il y a comme un fossé entre le *tracing* qui se fait via les *call centers* et le médecin généraliste. Ce n'est évidemment pas au médecin généraliste de commencer à faire entièrement le *tracing*, ce qui représenterait une surcharge de travail. Mais ne pourrait-on pas améliorer la connaissance du médecin généraliste, notamment par un contact entre le *call center* qui sait qui a fait le test et le médecin traitant pour un peu prendre le pouls? S'agit-il d'une personne qui a beaucoup de contacts? Où travaille-t-elle? Il serait utile d'échanger quelques informations pour effectivement mettre en place ces *clusters*.

La petite structure dans laquelle j'exerce est une maison médicale. Nous-mêmes, nous organisons ce *tracing* à notre petit niveau. Il est certain que ce n'est pas applicable pour tout le monde. Le système du *tracing* ayant été construit de manière un peu bureaucratique, comment faire en sorte de le faire au niveau local? Il faut profiter de la connaissance du médecin généraliste. Comment peut-on le soutenir à cet égard?

Je reviens également sur la problématique des nombreux décès dans les maisons de repos. Monsieur Devos, dans votre intervention, vous avez dit que, lors de la deuxième vague, finalement peu de patients des MRS ont été aux soins intensifs mais qu'il s'agissait alors d'un choix personnel et que cela aurait dû exister durant la première vague.

On a beaucoup parlé du fait que les personnes en maisons de repos ont été laissées pour compte, n'ayant parfois pas été hospitalisées. Il y a

d'ailleurs eu de nombreux témoignages. Pourriez-vous me dire si vous avez été confronté vous-même, tant au niveau des médecins généralistes que des médecins spécialistes, au fait de devoir refuser des patients? Est-ce arrivé lors de la première ou de la deuxième vague?

Monsieur Devos, vous expliquez les transferts qui ont été effectués et on se rend compte que cela a été très chaud. On dit parfois qu'on a frôlé la catastrophe mais, à la lecture de votre récit, je me dis qu'on l'a un peu vécue. Au niveau des médecins généralistes, avez-vous remarqué une différence entre la première et la deuxième vague concernant le suivi de la volonté du patient d'être hospitalisé ou pas? Personnellement, en tant que médecin généraliste, j'ai quand même eu connaissance, lors de la première vague, de patients renvoyés du jour au lendemain en maison de repos afin d'éviter une surcharge, par exemple alors que ce n'était pas forcément leur volonté.

Jasper Pillen (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers voor hun toelichting en hun immenze dagelijkse inzet, inzonderheid het afgelopen jaar.

Specifiek aan de vertegenwoordigers van het kartel, ik heb bij het doornemen van de antwoorden op de vragenlijst gelezen dat, toen huisartsenkringen nog een federale bevoegdheid waren, uw federale raad een plan had uitgewerkt met een verantwoordelijke die als intermediair zou optreden tussen het beleid en het plaatselijke terrein, maar dat daar nooit iets mee is gedaan. Kunt u daarover meer informatie geven?

Mijn volgende vraag is niet alleen bedoeld voor de vertegenwoordigers van het kartel. Er is het verhaal, dat is niet nieuw voor de leden van de commissie, dat er te weinig eenheid van commando was en te veel mensen de communicatie deden. U schrijft dat er een gebrek aan duidelijke communicatie was. U geeft daarbij een duidelijke sneer dat tal van gezagsdragers in de media kwamen met telkens een eigen mening. Vanmorgen is gezegd dat er net te weinig gezagsdragers met hun mening in de media zijn gekomen. Wat is het nu: te veel gezagsdragers of te weinig gezagsdragers? Er is een verschil in mening, naargelang met wie we daarover spreken.

Naar mijn aanvoelen liep het bij de televisiestudio's, de radioprogramma's, de kranten niet alleen vol met gezagsdragers, maar ook met wetenschappers, dokters, professoren. Ik vind de uitspraak dat de gezagsdragers allemaal met een eigen mening in de media kwamen, wat vreemd. Ik had toch meer het gevoel - en ik niet alleen als ik de reacties van de voorbije maanden lees - dat ook

heel veel wetenschappers en dokters massaal in de media opdoken. Wat is jullie mening daarover?

Over de communicatie schrijft u dat mensen met symptomen te lang zijn blijven rondlopen. Dat is natuurlijk nefast als men een epidemie moet bestrijden. Wat was er volgens u niet duidelijk genoeg in de communicatie op dat vlak? Ik ervoer het alleszins anders, voor ik in oktober lid werd van de Kamer, want van bij het minste hoestje werd gezegd om thuis te blijven en naar de dokter te gaan.

U zegt dat daarover geen duidelijke communicatie was. Naar mijn aanvoelen was de communicatie zeer duidelijk: hebt u symptomen, laat u testen. Dat wordt vandaag uitentreuren herhaald. Kunt u uw uitspraak verduidelijken?

Ik vond de opmerking van mevrouw Gilson terecht: voor sommigen is het te divers, voor anderen is het niet divers genoeg. Er is een panel van experts. Wij hebben het vanochtend weer allemaal door mekaar gehoord. Voor sommigen is het te divers, zijn er te veel meningen. Voor anderen is het telkens opnieuw hetzelfde verhaal, van dezelfde experts, met dezelfde gedachtegang. Na verloop van tijd wordt het een beetje moeilijk.

Eveneens een zeer terechte opmerking van mevrouw Gilson vond ik het risico van *hindsight*. Wij moeten daar zeer aandachtig voor zijn. Dat is ook een taak van de experts die ons begeleiden, om ons bij de les te houden en ons niet in de val van *hindsight* te laten lopen.

Er is bijvoorbeeld heel het verhaal van de regeringsvorming. De regeringsvorming heeft volgens mij relatief weinig te maken met de behandeling van de coronaepidemie. Het feit van de lopende zaken, wat iets anders is dan de regeringsvorming, heeft er wel iets mee te maken mijns inziens. Ik hoor dan zeggen dat die commissaris er vlugger had moeten komen en dat men het Parlement in actie had willen zien. Stel u voor dat de regering in lopende zaken ineens allerlei functies had uitgevonden. Ik kan mij voorstellen dat dat bij sommigen in het verkeerde keelgat zou zijn geschoten.

Wij moeten echt oppassen voor dat risico van *hindsight*. Dokter Devos, ik kijk dan ook naar uw tekst, die zeer interessant is en waarvoor mijn dank. U hebt er waarschijnlijk heel veel tijd ingestoken. U of uw organisatie, dat is niet altijd heel duidelijk. Ik neem aan dat u die tekst geschreven hebt in naam van uw organisatie.

De dokters zijn natuurlijk een zeer belangrijke actor. Dat kwam vandaag ook uitgebreid aan bod.

Ik vind het een beetje vreemd dat dokters hier zeggen dat er in feite geen pandemieplan was, dat het in feite onvoldoende was. Was u, waren uw organisaties, jaren geleden, het voorbije jaar niet voldoende of niet gehoord in verband met zo'n pandemieplan? Hebt u concreet gezegd dat er zo'n pandemieplan moest komen, dat een pandemieplan op papier niet voldoende was, maar dat het ook moest getraind worden? Hebt u dat voldoende gedaan? Vanaf wanneer hebt u dat gedaan?

Net zoals mevrouw Merckx verwijs ik naar een wel zeer interessante passage, namelijk op pagina 16. U schrijft daar het volgende.

"Le message informel qui semble être passé fut donc d'avoir une réflexion accrue avant tout transfert."

Ongetwijfeld refereert u daarmee aan het verhaal van de transfers tussen de woon-zorgcentra en de ziekenhuizen. Als ik het goed begrijp, dan lijkt het erop dat u zegt dat de boodschap werd gegeven dat er zeer goed over moet worden nagedacht vooraleer mensen uit de woon-zorgcentra naar een ziekenhuis te transfereren. Gelieve mij te corrigeren als ik niet juist verwoord wat u daarmee bedoelt. Kunt u formeel bevestigen dat die overweging gemaakt werd? Hebt u dat zelf ondervonden, bijvoorbeeld in uw ziekenhuis? Werd aan patiënten gezegd dat zij beter in het woon-zorgcentrum konden blijven omdat het voor hen niet goed was om naar het ziekenhuis te gaan, of dat zij daarover althans zeer goed moesten nadenken? Wat hebt u in voorkomend geval gedaan? Hebt u dat gerapporteerd aan de zorginstanties en/of aan de overheden? Dat had ik graag meer toegelicht gezien.

In verband met de vaccinatie meen ik dat collega Rigot een zeer terechte opmerking heeft gemaakt over de verschillende meningen die vandaag al zijn geuit over de vaccinatiestrategie. Bij het beluisteren van de uiteenzetting van sommigen vandaag, hoop ik wel dat de beleidsverantwoordelijken, de minister-presidenten en de viceminister-presidenten van de deelstaten dit debat zeer aandachtig volgen. Enkele van de vandaag geuite boodschappen moeten namelijk zeker ter ore van de regionale verantwoordelijken komen.

We zijn nog altijd niet van de pandemie verlost, terwijl we al een ellendige periode achter de rug hebben. Ondertussen duurt het al bijna een jaar. Hoewel het een negatief woord is dat ik niet graag gebruik, begrijp ik wel de frustratie die er vandaag duidelijk is. Alle sprekers, van gelijk welke organisatie, hebben vandaag de frustratie duidelijk

naar voren gebracht. Ondanks het feit dat wij vandaag zeer belangrijke bijdragen hebben gehoord in het kader van deze commissie, moet beleid rekening houden met nog tal van andere aspecten, waarbij ik denk aan de economie, het juridisch draagvlak en politieke elementen. Vorige week hoorden wij vertegenwoordigers van politiediensten en later vandaag horen wij de gouverneurs. Het politieke niveau moet met al die aspecten rekening houden. Niet al die elementen vormen het eerste aandachtspunt voor artsen. Daarom denk ik dat het zeer goed is dat wij voor de methodologie in deze commissie hebben afgesproken om de gehele keten aan het woord te laten. We kunnen, denk ik, onszelf een pluim geven - al is dat nu misschien niet gepast - voor de methodologie die de leden van deze commissie hebben ondersteund.

In de toelichting van vrijwel alle sprekers deze morgen heb ik een klein element gemist, al drukten sommige sprekers zich wat genuanceerder uit. In een tweede ronde hoor ik van de verschillende dokters en organisaties graag nog wat we nu eigenlijk geleerd hebben. Welke lessen moeten wij trekken uit deze pandemie? Bij momenten vond ik dat de frustratie, die ik weliswaar voor honderd procent begrijp, de overhand nam op de lessen die onze commissie moet trekken. Hoe kunnen wij een en ander vermijden in de toekomst? Hoe kunnen wij onze structuren eventueel aanpassen voor de toekomst om te kunnen omgaan met dergelijke pandemieën? Ik hoop dat het antwoord op die vraag in de tweede ronde nog wat uitgebreider aan bod kan komen, maar ik besef dat wij in tijdsnood komen.

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, je vous remercie. Je partage de très nombreux constats et recommandations que vous nous faites aujourd'hui dans un diagnostic qui est lucide. Je pense qu'on a d'ailleurs besoin de lucidité. Ce que vous nous présentez aujourd'hui, j'ai eu l'occasion - et vous devez certainement aussi l'avoir vécu sur le terrain - de le constater tout au long de cette crise, depuis maintenant plus de dix mois, via des témoignages de médecins généralistes et de médecins spécialistes, en permanence avec le même retour. Je vous remercie d'avoir synthétisé l'ensemble des constats. Je ne vais pas exprimer mes commentaires ici sur le plan politique, mais j'adhère vraiment pleinement à ce diagnostic lucide et également aux recommandations que vous nous faites.

Je vais revenir sur certains points à compléter. On a eu plus de 50 % de mortalité des patients en MRS. Sur les 20 000, 50 % de décès, c'est évidemment énorme. De quelle manière pourrait-on à l'avenir intégrer beaucoup plus les soins entre

les maisons de repos, les médecins généralistes qui participent déjà à la prise en charge importante des patients, mais également les hôpitaux?

Vous avez mis en évidence, à juste titre, le manque de matériel et la problématique de la formation des équipes. C'est vrai qu'on a vu de nombreuses unités de maisons de repos se transformer en véritables unités d'hospitalisation et de gériatrie pendant cette crise, avec un manque de matériel qui n'était pas adapté. On n'avait pas non plus le personnel comme on peut l'avoir dans les hôpitaux. Comment intégrer une prise en charge complémentaire lorsque les patients ne veulent pas être hospitalisés? Il y a certes une prise en charge de la part des médecins généralistes mais qui devrait alors pouvoir se compléter soit par des infirmiers capables d'une prise en charge plus sévère des patients comme le font les infirmiers à l'hôpital, soit par des spécialistes dans certaines situations particulières.

Bien sûr, il peut toujours y avoir un contact entre un médecin généraliste et un médecin spécialiste. Mais la réalité est parfois plus difficile.

Aujourd'hui, quand il faut faire hospitaliser alors que le patient ne le souhaite pas, qu'il n'y a pas de place ou qu'il a des besoins plus particuliers avec la nécessité d'avoir l'avis de spécialistes, devoir faire revenir le patient à l'hôpital pour une consultation, puis le renvoyer en maison de repos, c'est très lourd pour ce patient. En situation d'épidémie, c'est évidemment problématique pour des patients covid puisque c'est particulièrement négatif en termes de prévention de la transmission.

Pour ce qui concerne les projets thérapeutiques dont on n'a pas encore parlé, je souhaiterais que vous me fassiez savoir si des projets thérapeutiques ont été mis en place pour la majorité des patients âgés qui en ont besoin. Des recommandations peuvent-elles être faites en la matière? Des améliorations devraient-elles être apportées?

Pour les patients âgés, disposez-vous de données relatives aux refus ou à des impossibilités d'hospitalisation singulièrement de patients très âgés au moment où les hôpitaux étaient particulièrement saturés, dans les moments les plus forts de la première et de la deuxième vague? Si vous ne disposez pas de ces données, pensez-vous qu'il serait utile d'avoir une approche en la matière? Je ne pense pas ici nécessairement à une approche politique dans le cadre de cette commission, mais la question se pose de savoir qui pourrait se pencher sur cette question. Cette analyse ne devrait-elle pas être faite, sachant qu'elle pourrait mener à un certain nombre de

recommandations? Je renvoie ici à mon intervention relative notamment à des soins beaucoup plus intégrés dans un certain nombre de cas entre la maison de repos et l'hôpital en intégrant toujours, bien évidemment, le médecin généraliste.

Je voudrais revenir sur un volet important à côté de la vaccination. Ce volet a trait à l'arme fondamentale que constituent le *testing*, le *tracing* et l'isolement. Je ne reviendrai pas sur tous vos constats et toutes vos recommandations en matière de *testing*. On sait qu'on a manqué d'une série de choses, mais aussi de réactions rapides pour avoir une capacité de *testing* beaucoup plus large avec une logistique beaucoup plus rapide.

Après le *testing* et le *tracing*, il est capital, au-delà de prendre en charge le mieux possible chaque patient, que l'isolement des personnes positives soit effectif afin de casser les chaînes de transmission de la covid, comme c'est le cas pour toute épidémie.

À ce sujet, il y a d'abord eu une prise en charge au niveau des Régions pour s'assurer que l'isolement était effectif. Sachant que ce n'est pas suffisant, on a maintenant recours à la police. Personnellement, je pense que ce n'est pas nécessairement de cette façon qu'il y aura un isolement plus effectif.

J'aurais voulu avoir votre avis sur l'accompagnement et l'aide véritable qui peuvent être des facteurs de réussite d'un isolement effectif des patients positifs. De nombreuses personnes vivent dans des petites structures, dans des petits appartements, des petites maisons. Parfois trois générations vivent sous le même toit. De plus, il y a la situation de familles monoparentales, avec des enfants. Il est extrêmement difficile de pratiquer l'isolement pour toute une série de raisons logistiques.

En tant que médecins généralistes, n'avez-vous pas eu l'occasion de constater ces difficultés pour l'isolement des personnes positives? Quelles réponses pourrions-nous apporter? Une aide et un accompagnement particuliers n'ont-ils pas manqué?

Je pense au fait de téléphoner tous les jours aux personnes qui sont positives et qui doivent s'isoler, de leur proposer une aide logistique. Lorsqu'il y a trois générations sous le même toit, je pense au fait de proposer une chambre d'hôtel pour avoir un isolement effectif. Je parle bien évidemment de personnes qui ne sont pas malades mais qui sont positives et asymptomatiques. Avez-vous des recommandations en la matière?

Sur les équipements de protection, vous avez relaté tous les manquements. Je souhaiterais, quant à moi, que l'on en arrive à la situation actuelle. Avec l'arrivée et le développement manifestement important des souches mutantes et beaucoup plus contagieuses en Belgique pour le moment, doit se poser la question, me semble-t-il, du port systématique d'un masque FFP2 pour les soignants.

Certains pays ont d'ailleurs pris des dispositions pour que tous les citoyens dans un certain nombre de situations, par exemple dans les transports en commun, portent un masque FFP2, dont on sait que la protection, dans les deux sens, pour soi-même mais aussi contre tout ce qui est aérosolisation, est plus importante qu'un masque chirurgical simple.

Tous les soignants ne devraient-ils pas porter un FFP2? Quelle est votre position à ce sujet? Disposez-vous aujourd'hui, que ce soit au niveau de la première ligne, de la deuxième ligne, dans les structures hospitalières ou non hospitalières, de suffisamment d'équipements de type FFP2 pour pouvoir en porter un de manière systématique, compte tenu de la situation de ces mutants beaucoup plus contagieux?

Nous n'avons pas évoqué les masques, aussi bien en médecine générale que dans les spécialisations. Or ils ont joué un rôle important dans nos soins de santé et, en particulier, dans le cadre du covid. Avez-vous des recommandations à émettre? Nous savons que des avancées sont nécessaires quant à leur statut. Auriez-vous des points particuliers sur lesquels vous voudriez attirer notre attention?

Puisque vous avez abordé le sujet de la vaccination, je me permets de m'y arrêter un instant. À plusieurs reprises, j'ai demandé que les médecins généralistes soient représentés dans la task force fédérale. Or ce n'est toujours pas le cas. J'aimerais connaître votre avis sur deux points. Tout d'abord, au-delà de la population fragilisée par l'âge, évidemment très simple à objectiver, comment va-t-on identifier et convoquer les patients à risque en dessous de 65 ans, dont la pathologie – quelle qu'elle soit – est telle qu'ils doivent bénéficier d'une vaccination plus rapide dans les groupes prioritaires? Certains médecins ont proposé qu'une ordonnance puisse attester de leurs besoins particuliers et donc de leur appartenance à un groupe prioritaire. Qu'en pensez-vous?

Par ailleurs, dès que la vaccination a été faite en maison de repos – également pour les soignants –, l'organisation s'appuie essentiellement sur les

centres de vaccination – aussi bien les plus grands que les autres – ainsi que sur des équipes mobiles. En même temps, on constate que nombre de patients sont fort isolés, sans aucune famille et incapables de se déplacer. De même, plusieurs d'entre eux restent dubitatifs quant à la question de la vaccination. La plus-value d'une vaccination par le médecin traitant leur permettrait, dans certains cas, de se faire vacciner, alors même qu'ils ne l'accepteraient pas dans le cadre d'un centre de vaccination. Dès lors, n'estimez-vous pas judicieux d'associer les médecins traitants à l'opération qui existe sur le papier, mais pas encore sur le plan opérationnel? En effet, s'il faut adapter certains points, il en est encore temps.

Je voudrais aussi avoir votre avis concernant une population particulièrement fragilisée sur le plan des revenus. Il me semble plus difficile que ces personnes bénéficient réellement d'un taux de vaccination important, parce qu'elles ne seront pas nécessairement volontaires pour se faire vacciner dans un centre de vaccination. Là encore, les médecins traitants peuvent avoir un rôle de persuasion. Comment voyez-vous les choses? Notre objectif à tous doit être d'obtenir un taux de vaccination de 70 %, voire probablement bien plus, compte tenu de la survenue des souches mutantes nettement plus contagieuses.

Je voulais parler du financement, mais je pense que j'aurai des contacts avec vous concernant les volets de certains financements dans le cadre du covid, et je n'allongerai pas inutilement mon intervention sur ce sujet.

Je voudrais terminer, en rejoignant certains appels que plusieurs d'entre vous avez formulés. N'attendons pas de nouveau d'être dans une dynamique exponentielle liée à la survenue de ces mutants! Nous sommes dans un *momentum* vital aujourd'hui, comme avant la première vague, et comme avant la deuxième. Si nous sous-estimons cette potentielle troisième vague à venir, et le fait que ces mutants risquent de devenir dominants en Belgique, si nous réagissons trop tard, nous risquons de nouveau d'aller au devant de très nombreux décès que nous pourrions éviter. Merci pour cet appel lancé aujourd'hui. J'ose espérer que chacun pourra l'entendre.

La crise n'est pas finie. Je salue votre engagement à la fois passé et à venir. Il sera encore important, et votre emploi du temps sera chargé. Je vous remercie pour vos interventions d'aujourd'hui et les recommandations, au-delà des constats, que vous avez formulées pour nous.

Sophie Rohonyi (DéFI): Messieurs, à l'instar de mes collègues, je voulais vraiment vous remercier

pour tout le travail que vous avez réalisé durant cette crise et qui, comme l'a dit ma collègue Fonck, n'est malheureusement pas terminé – un travail qui a été fait dans des conditions extrêmement difficiles. Je n'ose imaginer aujourd'hui votre épuisement physique, psychologique, mais aussi votre déception face au manque de considération auquel vous avez eu droit de la part du politique. Vous avez parlé d'abandon. Je pense qu'on doit vraiment pouvoir l'entendre.

Malgré cela, vous êtes là aujourd'hui à parler à des représentants politiques avec des réponses vraiment étoffées, concrètes, mais aussi avec des demandes constructives et cela nous sera vraiment très utile dans le cadre de notre travail de rédaction de recommandations justement.

Vous avez fait état de constats accablants qu'il était important d'entendre puisque vous les posez en tant qu'acteur de première ligne dans le cas de cette crise. Ils convergent d'ailleurs déjà avec les constats qui ont déjà pu être posés avec les précédents experts que nous avons eu l'occasion d'entendre dans cette commission.

Je fais par exemple allusion au déni politique dont vous parlez; à savoir que certains responsables ont sous-estimé la gravité de la situation et n'ont, par conséquent, pas adopté les mesures qui s'imposaient pour mesurer l'ampleur de cette pandémie. L'absence de communication aussi: cela revient sans cesse lors de chacune de nos auditions. Cette communication, elle était importante non seulement pour vous aider à gérer au mieux cette épidémie, mais aussi pour répondre aux nombreuses et légitimes questions que se posaient vos patients.

Vous êtes également revenu sur le morcellement des compétences, avec cette métaphore du Rubik's Cube qui, c'est vrai, me semble plus adéquate que cette fameuse lasagne.

Dr Orban, vous avez évoqué l'inadéquation d'avoir séparé le curatif et le préventif. C'est exactement ce que nous a dit également le Dr Emmanuel André, à savoir à quel point cela avait été délétère de séparer ces deux aspects qui sont complémentaires.

D'ailleurs, je pense que cela doit vraiment nous pousser à avoir une vraie réflexion sur l'efficacité des dernières réformes de l'État, mais aussi, en attendant, à prévoir cette fameuse unité de commandement qui nous a tant manqué durant la gestion de cette crise.

D'ailleurs, mon parti a déposé une proposition de loi à ce sujet pour que le fédéral soit compétent non

pas uniquement pour adopter des mesures urgentes, mais soit aussi compétent pour coordonner les mesures qui doivent pouvoir être prises tant par le fédéral que par les entités fédérées.

Vous êtes revenu sur l'absence d'un plan de pandémie actualisé. C'est un grand point d'interrogation qui demeure dans nos travaux! Pourquoi les experts et les médecins n'ont-ils pas été consultés depuis 2009 pour actualiser ce plan?

Vous avez aussi évoqué le manque de matériel de protection qui a finalement été minimisé. Erika Vlieghe nous expliquait qu'elle pensait "naïvement" que les autorités feraient le nécessaire pour renouveler ce fameux stock stratégique de masques après sa destruction alors que cela n'a jamais été fait finalement. Cela a eu des conséquences dramatiques, comme vous l'avez dit: des contaminations, des médecins en soins intensifs, voire même des décès parmi eux.

Cela m'amène à vous poser ma première question concernant les conséquences de ce manque de matériel de protection auprès des médecins durant la 1^{ère} vague. Le Dr Devos disait que nous disposerions du taux de soignants infectés, mais toujours pas du nombre de morts et d'hospitalisés parmi eux. Vous ajoutez d'ailleurs, Dr Devos, que Sciensano disposerait de toutes ces données mais ne les communiquerait pas. Comment expliquez-vous ce qu'il convient d'appeler (je pense, si c'est bien le cas) une rétention d'informations? Avez-vous sollicité ces informations, quand et avec quelle réponse de la part de Sciensano?

Je me dois aussi de revenir sur un point fondamental: le report des consultations. Nous savons que de nombreux patients n'osaient plus franchir la porte d'un hôpital ou d'un cabinet médical. Vous expliquiez qu'en conséquence, vous avez dû accueillir ensuite de nombreux patients dont l'état de santé s'était fortement dégradé. Vous ajoutez également que nous devons craindre des conséquences à long terme de ces situations.

Dans vos réponses écrites et lors de votre exposé, vous avez cité les raisons qui expliqueraient ces reports de consultations. Mais aujourd'hui, pourriez-vous nous dire quelles sont les mesures urgentes à prendre pour gérer au mieux les conséquences concrètes de ces reports de soins dans les prochaines semaines et les prochains mois qu'il s'agisse des traitements des patients comme de leur diagnostic, puisqu'il reste sans doute et malheureusement de nombreux diagnostics à réaliser.

Ce report de consultations soulève aussi, je pense, la question de l'automédication, car beaucoup de patients à cause de cette peur de consulter leur médecin ont préféré s'administrer eux-mêmes des médicaments et cela peut-être pas toujours de la bonne manière. Dans quelle mesure avez-vous été amené à prendre en charge des patients qui avaient recours à cette automédication à défaut d'avoir osé vous consulter?

Vous avez également tous souligné le problème de la pénurie d'infirmiers. L'un de vous expliquait que pour pallier ce manque, des médecins s'étaient portés volontaires dans certains hôpitaux pour pratiquer des actes infirmiers, que c'était positif, mais que finalement, cela s'avérait inadéquat parce qu'un médecin n'est pas un infirmier. Vous dites même que "ce fut assez souvent un infirmier sous-qualifié et se sentant en difficulté". C'est ce qui ressort de l'une de vos réponses écrites.

Cela m'amène à vous interroger sur votre opinion aujourd'hui par rapport à cette fameuse loi qui porte délégation d'actes infirmiers à du personnel non qualifié. Considérez-vous que cette solution est acceptable, même si elle a été prévue de manière temporaire?

On sait que le secteur infirmier est furieux contre cette loi. Il y a un recours pendant devant la Cour constitutionnelle. Mais nous n'avons finalement jamais entendu l'opinion des médecins par rapport à cette loi, alors que les médecins travaillent en équipe avec les infirmiers, en particulier dans les hôpitaux. Je pense que leur opinion en la matière serait assez importante à entendre.

À défaut, je vous ai peu entendus sur le manque de médecins. Je ne sais pas si c'est en raison de votre humilité, mais je pense que c'est aussi un point sur lequel nous devons vous entendre. Pouvez-vous nous dire de quelle manière ce problème du manque de médecins, aujourd'hui, dans notre pays, se manifeste, tant au niveau des hôpitaux qu'au niveau des médecins qui travaillent dans leur cabinet? Pouvez-vous nous dire comment nous aurions pu éviter cette pénurie durant la crise, mais aussi bien avant?

Je me dois de vous poser cette question parce que, lorsque j'ai défendu, il y a peu, ma proposition de loi visant à mettre fin à ce système de contingentement fédéral pour les quotas INAMI, j'avais formulé la demande auprès de mes collègues de vous entendre sur cette question, parce que je pense qu'elle ne fait pas l'unanimité. J'ai l'honnêteté de le dire. Mais par conséquent, il me semblait que c'était important de vous entendre. Cette demande a été rejetée et donc, ce texte a été rejeté avant même de vous entendre sur

cette question.

J'en profite donc pour vous poser directement la question quant à ce système, mais aussi quant aux autres mesures qui peuvent être en place pour revaloriser vos conditions de travail, mais aussi pour vous soulager face à cette surcharge de travail. Nous l'avons vu avec une enquête récente de Sciensano, énormément de médecins décrochent et abandonnent leur profession. D'ailleurs, vous avez fait état de médecins, tant jeunes que plus âgés, qui cessent malheureusement leur activité.

Il y a d'autres questions auxquelles, sauf inattention de ma part, je ne vous ai pas entendu répondre. Qu'en est-il du soutien psychologique qui vous a été apporté tout au long de cette crise? Sur quel soutien psychologique avez-vous pu compter?

J'en viens à la surcharge administrative. On sait que les cabinets de médecine générale, notamment, ont été vraiment assaillis de formalités administratives. C'est peut-être un travail administratif justement, mais avez-vous pu lister les tâches administratives qui auraient pu être évitées? Je pense aux certificats ou aux prescriptions. Avez-vous formulé des demandes auprès du monde politique ou d'autres organes de réflexion à ce sujet? Avez-vous été écoutés? La situation a-t-elle évolué lors de la deuxième vague?

J'aimerais aussi vous interroger sur la question des patients covid longs. Comme vous le savez peut-être, le cdH et DéFI ont déposé un texte visant à améliorer la prise en charge de ces patients. Certains états font état de 10 % du total du nombre de patients contaminés par le covid. Ce chiffre vous semble-t-il réaliste? Pouvez-vous quantifier, dans le cadre de votre pratique, la proportion de ces patients? De quelle manière avez-vous pu le prendre en charge? Quel travail cela représente-t-il pour vous? Ces patients nécessitent qu'on leur accorde un travail sur le très long terme.

Enfin, je me dois de revenir sur la question de la responsabilité des décisions politiques, en particulier sur l'assouplissement des mesures sanitaires décidé avant la deuxième vague. Ce constat revient sans cesse. Il a notamment été rappelé par le Dr Van Giel. Vous savez que, dans trente minutes, un nouveau comité de concertation se réunira. Par conséquent je ne peux m'empêcher de vous sonder par rapport aux mesures qui sont sur la table, notamment la réouverture des métiers de contact à la mi-février. On a toujours dit qu'on disposerait d'un baromètre, un outil qui ne porte pas ce nom mais qui en véhicule l'idée, qui fixerait

certaines seuils à partir desquels on pourrait rouvrir certains secteurs, notamment ce fameux seuil de 75 hospitalisations en moyenne par jour. Nous n'y sommes toujours pas aujourd'hui J'ai consulté les chiffres, nous sommes à 123. Par conséquent, comment accueillez-vous ces possibilités d'assouplissement? J'en terminerai par là, monsieur le président. Considérez-vous que les seuils définis pour déconfiner petit à petit sont adéquats et optimaux pour ne pas foncer vers une troisième vague? Je vous remercie encore sincèrement pour vos réponses et votre travail.

Le président: M. Orban est encore présent. Un très grand merci.

Heel veel leden hebben heel veel beschouwingen gegeven en vele vragen gesteld, die vaak reeds schriftelijk zijn beantwoord. In dat geval verwijst u misschien beter naar het schriftelijk antwoord.

Ik zou ook willen vragen om de spreektijd per groep tot 15 minuten te beperken. Ik weet dat ik heel veel vraag, maar we hebben om 15.00 uur nog een volgende hoorzitting.

Ik zou graag de heer Orban als eerste het woord geven, zodat hij daarna kan vertrekken.

Paul De Munck: Monsieur le président, avec tout le respect, donner quinze minutes à chaque organisation pour répondre à toutes les questions qui ont été posées, c'est le bon exemple d'un travail bâclé. Je m'excuse d'être un peu "cash" mais cela ne va pas! Il faut trouver un autre moyen ou un autre moment peut-être. Et, si vous voulez, on se donne le temps de répondre aux questions. Mais relever le défi de répondre à toutes ces questions qui ont été posées en quinze minutes, ce n'est tout simplement pas possible. Excusez-moi de le dire!

Le président: Je comprends, monsieur De Munck. En fonction de notre état d'avancement, nous verrons si nous devons organiser une deuxième session.

Thomas Orban: Monsieur le président, merci à toutes et tous pour vos questions. Je vais effectivement aller vite. Vous excuserez donc le style synthétique voire télégraphique de certaines réponses.

Tout d'abord, je veux vous dire que les mercis que vous nous avez adressés sont pour moi surtout adressés à nos collègues qui ont travaillé avec nous. Je vous invite d'ailleurs à réitérer ces mercis via tous vos canaux respectifs aujourd'hui et dans les prochains jours.

Je commence par répondre à une question qui est

venue souvent et qui est une question générale. Quand avez-vous dit? Quand avez-vous informé? Quand avez-vous questionné? Quand avez-vous prévenu? Je vous demande de m'indiquer le canal que je dois utiliser pour prévenir les politiques que quelque chose se passe. Actuellement, le meilleur, selon moi, c'est Twitter! Je ne sais pas si c'est tout à fait normal dans une démocratie. Il faudra donc peut-être créer ce genre de canaux car ils n'existent pas et, quand ils existent et qu'on connaît les adresses mails, les numéros de téléphone, etc., nous n'avons pas vraiment de réponse.

On a parlé des débats publics des experts. La réponse est celle de Peter Piot: le débat public, voire les querelles publiques d'experts, amènent à une inaction politique. Dont acte.

En quoi la ministre de la Santé a-t-elle été responsable? Son retard, son manque de *leadership* a amené des flottements, une perte de temps, une perte de réactivité. Et vous savez très bien comme moi que, quand une courbe épidémique démarre, le retard est extrêmement délétère.

Quid des données de Sciensano ou des commissions qui travaillent? Elles doivent être transparentes dans la mesure du possible. Je pense notamment à la transparence des avis du RAG. Cela me paraît important. Je pense à la transparence des données dont on vient de parler. Cela me paraît extrêmement important. Je souligne le fait que la SSMG est tout autant membre du RAG. J'y ai donc participé régulièrement, et pas plus tard que cette semaine. Je ressens une indépendance politique dans le RAG. Je dois vous le dire. Par contre, l'agenda est sous pression du politique, c'est-à-dire que, très souvent, on reçoit un mail avec déjà un travail pré-mâché qu'on nous demande de lire. Et puis, quelques jours plus tard, maximum quatre à cinq jours plus tard, on a une réunion ensemble.

Cela ne permet donc pas toujours une réflexion de fond. C'est toujours dans la vitesse car le politique pose des questions.

Qu'est-ce qui a différencié la première vague de la deuxième vague? Premièrement, les protections. Deuxièmement, le *testing*. Troisièmement, les connaissances.

Je demande que soit amélioré le *tracing*. Je réponds ici à une question de Mme Fonck, me semble-t-il. La psychologie cognitive a donné lieu à pas mal de travaux. Il faut rappeler que c'est en étant positif qu'on encourage et qu'on améliore le comportement des gens. Nous avons tous été à l'école. Vous vous souviendrez du professeur qui

vous a encouragé et soutenu et dont le soutien a été fondamental dans votre vie et vous aurez tous envie d'oublier l'horrible professeur de mathématiques qui était castrateur et négatif. C'est pareil pour le *tracing*. Il faut téléphoner tous les jours, expliquer, encourager, guider vers les solutions administratives. Je plaide aussi à ce niveau pour un encouragement. Vous avez demandé ce qui pouvait améliorer la santé mentale des gens. La seule mesure de Maggie De Block que j'ai appréciée est celle relative aux psychologues de première ligne. Aujourd'hui, j'ai la chance d'en avoir dans mon cabinet. Il est extrêmement précieux de pouvoir envoyer directement un patient chez une psychologue de première ligne avec une accessibilité financière, une accessibilité en termes d'agenda. Cela doit être généralisé. C'est extrêmement important.

On voit aussi toute la misère administrative. Je ne vous parlerai pas des généralistes. Vous connaissez le problème mieux que moi. Vous savez très bien de quoi il est question. Mais la misère administrative est également vécue par les gens actuellement. Je ne m'étendrai pas sur les indépendants qui attendent toujours leur indemnité, sur ces dentistes qui sont fatigués et qui doivent reprendre leur travail parce qu'ils n'arrivent plus à payer leurs charges car les assurances, les mutuelles ne suivent pas. On a envie de dire en rigolant qu'ils sont tous en télétravail, raison pour laquelle cela n'avance pas. Je ne dirai pas cela, mais il y a quand même énormément de retard administratif avec un manque d'empathie administrative, si je peux dire ainsi.

Je vais laisser Paul De Munck répondre à la question de savoir quand nous avons demandé un commissaire. Il connaît la réponse tout aussi bien que moi.

Pour ce qui concerne la santé publique, une question m'a un peu frappé. Elle portait sur la question de savoir si cela fonctionnait mieux avant de passer à un fonctionnement régional. Et bien, oui, madame, cela fonctionnait mieux avant car je ne devais pas participer à deux ou trois réunions pour un même sujet avec des gens différents, qui ont des couleurs politiques différentes, des avis différents. Pour ce qui me concerne, je suis toujours le même. Au niveau de la médecine générale, nous travaillons tous en commun.

Si nous arrivons à le faire, pourquoi n'arrivez-vous pas à le faire?

Je vous pose une question. C'est une vision de santé qui me paraît recroquevillée sur une Région plutôt qu'ouverte sur une Nation. Cela s'appelle un choix politique.

En ce qui concerne la vision de santé, M. Rigot se disait heureux du gouvernement actuel. Tant mieux! Je dirais qu'il faut faire attention. Nous avons demandé une vision de santé à vingt ans, monsieur Rigot; cela signifie sur plusieurs gouvernements successifs. Je vous retourne donc la question. Comment allez-vous assurer un plan de santé à vingt ans en sachant que votre gouvernement ne sera peut-être pas le même pendant vingt ans, même si j'imagine que c'est votre souhait?

Pour les groupes auxquels nous participons, je vais laisser mes collègues répondre.

Comment peut-on faire mieux? Il y a une efficacité de la quarantaine. Je viens d'en parler maintenant et c'est surtout des félicitations, des encouragements et être au service des gens. Cela signifie étoffer le *tracing* et mieux le former. Il faut un monitoring de détection. On revient à la communication. La phrase qui revient le plus souvent chez mes patients, c'est: "Docteur, je vous appelle. J'ai un rhume, j'ai quelque chose mais vous savez, ce n'est pas le covid." Moi, je n'arrive pas à faire un diagnostic de covid mais mes patients arrivent à le faire. C'est extraordinaire! Il ne faut pas leur en vouloir. Ils n'ont pas envie d'avoir le covid. Avoir le covid signifie peur, inquiétude de ce qui va arriver, arrêt de travail. Je vous rappelle qu'en plus, quand on est en quarantaine, se pose aussi la question du salaire. Qui paie quoi et comment? J'avais demandé dès le départ, lors des réunions auxquelles j'ai participé, que ces gens mis en quarantaine continuent à toucher leur salaire comme si de rien n'était. Cela n'a pas été le cas. C'est à mon sens une erreur.

Il faut aussi améliorer le management ou la gestion étatique. C'est ainsi qu'on pourrait améliorer les choses.

Pour ce qui concerne la santé mentale, il faut booster les projets qui soutiennent la santé des soignants. Il y a des projets mais ils avancent à un train de tortillard depuis plusieurs années! Ils devraient pourtant nécessiter un gros soutien tant au Nord qu'au Sud du pays et à Bruxelles. Quand je dis des soignants, il ne s'agit pas uniquement des médecins. Il faut aussi aider les soignants au niveau administratif.

Sur le plan de la communication, je pense qu'il faut des messages clés répétés. Il faut que ces messages clés soient fournis en même temps à toutes les associations de soignants, médecins généralistes y compris puisque, vous le savez, ils ont une grande confiance de la population. Il faut aussi une interaction avec une cellule de

communication de crise qui gère cette communication au niveau fédéral et utilise tous les médias possibles à différents niveaux de compréhension. C'est extrêmement important. Aujourd'hui, nous avons un tas de données disparates des différentes Régions. Un de mes collègues disait ce matin: "Les webinaires pleuvent". C'est extraordinaire! En Belgique, il ne pleut pas que de l'eau mais aussi des webinaires!

En attendant, on ne trouve pas en un seul endroit toutes les infos que l'on voudrait voir répercutées par les soignants. C'est quand même incroyable!

Quelque chose qui me tient à cœur est de rappeler que, dans une démocratie comme la nôtre, il existe une responsabilité sociale en santé. Figurez-vous qu'elle n'appartient pas qu'aux soignants, aux médecins généralistes, aux infirmiers, aux psychologues; elle appartient à tout le monde: aux sphères politique et économique, mais aussi aux journalistes. Du reste, je l'ai souvent rappelé à ces derniers. Des émissions font peur aux gens et les rendent malades au lieu de les rendre en bonne santé. Il faut y réfléchir. De même, la manière de gérer la politique - dans toutes ses dimensions, même si elles ne comportent pas un aspect prévisible de santé - nécessite que l'on pense systématiquement à la santé.

Cette crise est, dans le fond, le révélateur de nos manquements précédents. C'est surtout cela que l'on voit: tout ce qui n'a pas été préparé auparavant. Comment aurait-on pu améliorer les choses? Je réponds à cette question de la manière suivante: si les armées se livrent à des exercices, comme nous le montre Twitter avec la marine chinoise, ce n'est pas pour rien; c'est parce qu'en temps de crise, il ne faut plus se demander comment agir, mais avoir l'habitude de le faire. Pour cette raison, il faut se connaître et interagir régulièrement. C'est ce que l'on ne faisait pas suffisamment chez nous jusqu'à présent. Cela doit donc être mis en place.

S'agissant des MRS, quelque chose doit se développer davantage et de manière plus formelle: les projets thérapeutiques. Nous avons vu dans les médias des situations présentées comme dramatiques, mais elles s'écartaient parfois de la réalité. Je rappelle que certaines personnes préféraient mourir en maison de repos. La décision leur appartenait; ce n'était pas celle de leur famille.

Pour terminer, qu'attends-je des décisions de ce soir? Pour vous le dire franchement, j'attends que l'on ferme les frontières. Il est temps! Vous me demandiez quel pays gère mieux les choses. Regardez, par exemple, des pays comme Israël ou le Danemark. Ce dernier a fermé ses frontières, a

imposé un *lockdown* à pas mal d'écoles et a vacciné à toute vitesse. Voilà l'exemple danois. Je pense qu'un seul commandement régit ce pays, et cela a bien fonctionné.

Je pense qu'il faut fermer les frontières. Pourquoi? Parce que nous sommes face à des variants beaucoup plus contagieux et ils sont déjà présents sur le sol belge. Nous avons plusieurs petits *clusters* de variants. Ils ne vont faire qu'augmenter. Je dirais, avec un brin d'humour, que si nous n'avons pas réussi à gérer une épidémie avec un virus normal, je vois mal comment nous gérerons une épidémie avec un variant. Il faut donc les fermer.

Je pense qu'il faut laisser les écoles ouvertes. Pourquoi? Car il en va de la santé mentale de tous nos enfants et à d'autres aspects que je vous épargne et que vous connaissez aussi. Il faut fermer les *clusters* dans les écoles et, pour cela, il faut être efficace.

Je pense qu'il faut des masques FFP 2 pour les soignants. J'en ai assez de ces discussions sur les masques qui disent que, scientifiquement, les masques chirurgicaux protègent. Je rappelle qu'il y a eu un excellent reportage de la RTBF sur la manière dont on a jugé les masques en Belgique. On y voit qu'en fait, si vous êtes un peu du secteur pharmaceutique, on a fait une variation au niveau de l'évaluation. Or, lorsque l'on fait des variations dans ce secteur, on demande l'avis de l'Agence européenne du Médicament. En l'occurrence, il n'a pas été sollicité. La variation a été faite et on vous a dit que les masques FFP2 en cours étaient bons. Les masques chirurgicaux étaient-ils bons? Je n'en sais rien, mais qui peut le plus peut le moins. On n'est plus en mars-avril. On a des masques FFP2. Je pense qu'on a même des fournisseurs belges de masques FFP2. On pourrait très bien dire aujourd'hui, même si l'on n'est pas certain: pourquoi se priver de protéger davantage nos médecins? Je ne vois aucune raison de ne pas le faire. Il faudrait leur donner des masques FFP2.

Enfin, je voudrais que le *tracing* soit renforcé. Vous m'avez assez souvent entendu dire que je pense que c'est très important. Si l'on réussit à faire tout cela, il faut penser à donner de l'espoir aux gens et rouvrir certains métiers de contacts. Je terminerai par dire que l'être humain est un animal social. À vivre seul derrière un écran en télétravail, il va finir par dépérir. Je vous remercie.

Le président: Monsieur Orban, je vous remercie pour vos réponses et je vous souhaite déjà un bon week-end.

Philippe Devos: Monsieur le président, je vais

aussi répondre en mode télégraphique. Si vous voulez plus d'informations, vous connaissez tous mon adresse e-mail. La manière de préparer la pandémie, comme on l'a dit, c'est comme préparer une guerre. Qu'est-ce que l'on fait quand il y a un risque de guerre: on met en place des équipes que l'on forme et à qui on propose des rappels annuels, de manière à entretenir la formation. On peut imaginer des systèmes de mise à jour annuelle d'entretien des connaissances de base après cette pandémie. Cela coûterait moins cher que d'ouvrir des unités "au cas où"; cela rendrait les choses un peu plus dynamiques.

En ce qui concerne les experts du début, je sais qu'au sein de la Société belge d'inféctiologie, mais le Dr Belkhir pourra probablement mieux vous informer que moi, il n'y avait pas de consensus sur la dangerosité ou pas de cette épidémie - je parle de fin février, début mars. Certaines personnes étaient sûres que cela allait être problématique - version Chine - et d'autres pensaient que cela allait être comme le SARS-CoV-1, une épidémie qui allait s'éteindre. Cette absence de consensus n'a pas été relayée par les experts au niveau du gouvernement. C'est là que je pense qu'il y a un problème. C'est étonnant qu'une société belge spécialisée, lorsqu'elle est en non-consensus, aboutisse à des informations qui ne suivent pas jusqu'au ministre. L'idée d'élargir le groupe, c'est qu'en cas d'absence de consensus, il y ait quand même une information qui remonte jusqu'au décideur. Je ne suis pas sûr que le décideur ait été informé, ou alors, s'il a été informé, il a fait confiance à un groupe et pas à un autre. C'est un autre problème.

En ce qui concerne les soins reportés, je pense qu'il y a des recherches internationales sur ce sujet. Je ne suis pas au courant à propos de recherches en Belgique. Je suppose qu'il y en aura. C'est une étude à suggérer aux universitaires.

L'échange de données entre maisons de repos et hôpitaux a manqué, j'y reviendrai un peu plus loin.

On pourrait imaginer aussi un échange de données entre maisons de repos. Si on constitue des réseaux hospitaliers aujourd'hui, avec des échanges de bonnes pratiques en leur sein, il serait logique de créer des réseaux de maisons de repos, avec des échanges de bonnes pratiques en leur sein également. On a tous à y gagner et ce n'est pas très compliqué à mettre en oeuvre.

En ce qui concerne la plateforme-bis, fallait-il la faire ou élargir les laboratoires? C'est la question à mille points. La plateforme-bis a rendu les choses difficiles au niveau *tracing* du médicament, donc de

l'informatique, (...) de toute une série de choses. Par contre, ils avaient une expertise pour réaliser de larges volumes d'échantillons en peu de temps; cela représente pour moi un débat qui sera difficile.

Pourquoi la deuxième vague était-elle plus gérable? Tout d'abord, les équipes étaient sereines, parce qu'elles n'avaient plus le risque d'être contaminées. Cela n'a l'air de rien, mais venir travailler tous les jours dans la peur ou dans la sérénité, cela change quand même votre démarche intellectuelle pendant toute la journée.

Il y a aussi des grandes modifications et un des coups de génie, sincèrement, c'est la création de ces fameux lits ventilés HFO au sein de l'hôpital. Cela a vraiment largement amélioré les choses. Comme je l'ai déjà dit, la première ligne était vraiment sur le terrain et plus en "télé" sur le terrain. Il n'y a rien à faire, le regard clinique d'un généraliste est plus simple qu'à distance. Par ailleurs, lors de la première vague, on a dû à la fois organiser les soins et, en même temps, donner les soins.

Lors de la deuxième vague, si l'État n'était toujours pas préparé, nous l'étions. Nous n'avons pas dû faire deux choses en même temps et cela nous a quand même moins épuisés.

Pour les médecins en formation, comment les aider? Ils ont déjà eu accès à un soutien psychologique qu'ils ne prennent pas. Pourtant, c'est difficile pour eux. Une des choses qui m'inquiètent, c'est que plusieurs médecins spécialistes m'ont dit que, finalement, au bout de cette année, ils n'auront pas été spécialistes en gynécologie, en infectiologie ou en pneumologie, mais bien qualifiés de "covidologues", ce qui doit probablement être un nouveau diplôme.

Cela constitue une inquiétude dans la qualité de la formation. J'espère qu'on pourra la rattraper et je pense qu'on peut le faire en respectant leur temps de travail. Il faut simplement une position beaucoup plus proche du maître de stage par rapport à ses assistants qu'actuellement. Il faut vraiment une volonté d'instruire de la part de tous les maîtres de stage. Sur le terrain, je peux vous dire que c'est un problème qui persiste.

En ce qui concerne le plan pandémie, on pensait qu'il existait et que le contenu était mis à jour. On n'a jamais posé la question parce qu'on avait assez de questions à poser sur les problèmes rencontrés. On a découvert comme tout le monde qu'il n'était pas fait, mais on pensait vraiment qu'après les grands débats sur le H1N1 de 2008, cela allait être poursuivi.

Est-ce qu'on a demandé un commissaire covid-19? Oui, et je laisserai la parole à Paul De Munck.

Dans la continuité des soins, le stock stratégique, quand on l'a découvert, c'est par la presse. Je n'avais pas d'informations sur l'existence du stock stratégique et sur sa destruction avant que les journaux en parlent.

Y a-t-il eu de la communication plutôt que des outils stratégiques? Il est clair qu'il y en a eu à tous les moments, y compris concernant la vaccination. Quand on nous dit qu'on démarre la vaccination dans les hôpitaux lundi et que, pour ma part, dans mon hôpital, pour mes 103 infirmières de soins intensifs et mes 20 médecins, on me dit que j'ai 100 doses à donner lundi pour l'ensemble de l'hôpital, c'est-à-dire pour les 3 000 mille collaborateurs, fatalement on savait très bien que c'était très bidon dès le départ.

Oui, il y a de la com' et à chaque fois qu'il y a de la com', cela énerve le terrain car, lui, il attend plus que de la com'!

Qui doit faire des missions de recommandations? Est-ce la SSMG ou quelqu'un d'autre qui doit reprendre les missions du fédéral? Je dirais que peu m'importe, mais il faut que les mandats soient clairs! Si Sciensano décide de ne pas faire les recommandations, il faut qu'elle mandate officiellement telle société pour le faire et que tout soit sur un seul site. À partir du moment où les médecins savent que celui-là a un mandat officiel pour les *guidelines*, il les respecte et y adhère. Si Sciensano est sous-staffé, ce qui est la réalité, il serait intelligent de transférer cela aux sociétés scientifiques parce que les *guidelines* sont leur job. Par contre, il faut le dire de manière claire et tout mettre sur un seul site internet afin que l'on n'ait pas à chercher dans toutes les sociétés scientifiques. Il y a un problème de mandat.

En ce qui concerne le paiement des médecins en centres de tri, on pourra vous en dire beaucoup. Je n'en parlerai pas. On aura la même discussion sur la rétribution dans les centres de vaccination. Là non plus, il n'y a rien. Les médecins qui n'ont pas eu de revenu, comme j'ai écrit dans mon texte, ont perçu le droit passerelle.

Le plan vaccin: anticiper, pour moi, cela n'aurait rien changé dans les délais de vaccination parce que le facteur limitant est le délai de livraison des doses vaccinales. Pour l'instant, le délai est court entre les livraisons et les injections. Tant qu'il est court, cela ne me tracasse pas. Si le délai s'allonge à un mois, là vous allez me voir furieux, car ça, c'est honteux!

Comme on n'a pas fait de plan de com', je crains que nous perdions toutes les semaines des adhésions vaccinales. C'est ma vraie crainte pour les semaines à venir. À un moment donné, comme les gens en ont eu marre du coronavirus, ils vont aussi en avoir marre du vaccin. C'est une certitude.

En ce qui concerne la santé mentale de la population générale, des perspectives claires et à long terme peuvent être une solution pour les aider.

En effet, nous avons le problème de contact au niveau des responsables et je rejoins les propos de mon collègue.

Soins de santé régionaux ou nationaux: grand débat au sein de l'ABSyM! Nous n'avons pas de position claire à ce sujet. Notre position est qu'il ne faut qu'un ministre pour un malade, qu'il soit issu au niveau fédéral ou régional. Il y a un modèle régional qui fonctionne très bien en Allemagne. Il y a des modèles nationaux qui fonctionnent très bien dans d'autres pays.

La seule chose, c'est que les chevauchements, c'est complètement pourri. Je me suis retrouvé à plusieurs reprises sur des plateaux télé avec des ministres qui me disaient en aparté qu'ils ne savaient même pas eux-mêmes si, par exemple, le masque, c'était à eux ou au fédéral ou aux Régions de le faire. Même les ministres étaient perdus. Cela, vous m'excuserez, c'est une honte! Tant que nous allons faire du Rubik's cube, nous allons avoir des zones d'ombre. Et ces zones d'ombre, à chaque fois, tuent des gens. C'est cela qu'il faut retenir.

Comment faire le plan national? L'État a donné ordre à chaque hôpital de faire son plan pandémie. Nous allons donc avoir 110 plans pandémie qui vont être écrits. Il y a 110 raisons de s'inspirer. J'espère que nous allons l'utiliser.

Évidemment, il ne faut pas faire un plan pandémie spécial pour cette covid. Je rappelle que la grippe de 1918 tuait principalement les jeunes. Elle ne tuait pas les âgés. Il faut avoir un plan pandémie qui prend toutes les hypothèses en compte, et pas uniquement "on va protéger les MRS".

Dans quel groupe voudrait-on être? Il aurait fallu faire une cellule de communication, et c'est dans ce groupe-là que les médecins auraient dû être. Mais comme il n'est pas créé, fatalement, on n'y siège pas. Cela me paraissait logique de faire une cellule de communication et de coordination interrégionale.

Un autre endroit, en tout cas pour la médecine spécialisée, où il est fou qu'il n'y ait pas de

médecin, c'est quand même dans l'Hospital & Transport Surge Capacity Committee. Il faut savoir que, pour organiser l'hôpital, pour organiser les transferts, c'est une cellule qui n'a que les fédérations hospitalières, donc que des gestionnaires, aucun médecin. C'est comme si, pour vous, l'hôpital, ce sont des murs qui soignent. Pour moi, ce ne sont pas les murs qui soignent. Pourtant, nous n'y sommes pas.

Au niveau de la médecine générale, je laisserai mes collègues parler.

La stratégie selon le contexte. Oui, en fait, le niveau de pouvoir qui m'a le plus aidé pendant la deuxième vague et pendant les mois de juillet et août, c'est le bourgmestre. Les bourgmestres étaient en contact avec les hôpitaux et cela nous permettait vraiment de pouvoir prédire les clusters, les aider à résoudre leurs problèmes, parce qu'on donnait du conseil. D'ailleurs, à titre personnel, bravo au bourgmestre Demeyer qui a été vraiment super efficace sur l'hiver, pour le moment, et qui est très à l'écoute, beaucoup plus à l'écoute que tous les pouvoirs au-dessus!

Il ne s'agit pas d'un plaidoyer pour faire des ministres de la Santé locaux. Mais il faut une logique qui descend et qui remonte. C'est cela, le message que je veux donner. Y a-t-il de l'intérêt à être au fédéral? Oui, il y a certains intérêts. Un marché public commun, cela a quand même un intérêt. Gérer le problème des patients qui vont prendre des soins dans une autre Région, il y a quand même un intérêt. Et à Bruxelles, sans les patients de Wallonie et de Flandre, je ne sais pas très bien comment fonctionnerait le système de soins.

Donc, il y a de l'intérêt à faire du fédéral, il y a de l'intérêt à faire du régional, il y a de l'intérêt à faire du communal. La santé, c'est complexe. Il faut juste réfléchir à comment on fait pour que tout fonctionne sans chevauchements. Et là, pour le moment, on a plus chevauché que fait fonctionner.

Que veux-je dire quand je parle de triage? C'est un mot anglais atroce issu de la littérature sur le sujet, qui signifie que, quand on se trouve avec deux malades alors qu'il ne reste plus qu'une place en soins intensifs, on choisit celui que l'on va y placer tout en sachant que l'on va augmenter le risque de mortalité de l'autre. On ne le tue, mais on augmente son risque de mourir.

La difficulté juridique qui se pose à moi – mais des juristes m'aideront – est la notion d'"état de nécessité". On a parfois entendu que, comme il y avait de la place à La Panne, le médecin de Verviers ne se trouvait pas dans une telle situation.

Or son patient était intransportable en deux heures d'ambulance. Il se trouvait donc en état de nécessité locale, mais n'étant pas reconnu à l'échelle nationale, cela aurait pu entraîner des conséquences médico-légales. Selon moi, il importe que les gouverneurs reconnaissent les états de nécessité provinciaux. Cette solution permettrait de protéger le médecin dans l'exercice d'une mission qu'il ne veut pas remplir, mais qu'il est amené à assurer à la suite d'une décision politique.

Ensuite, pour le port du masque FFP2 par les médecins généralistes, Thomas Orban a bien résumé les choses. Je n'y reviendrai pas.

Pour la responsabilité du dernier lit et son rapport avec la loi sur les droits du patient, vous verrez l'avis du Comité de Bioéthique – quand il sera rendu public – qui explique très bien la question. Cet avis est magnifique!

Pour les formations spécialisées, le problème des transferts a nécessité que mon hôpital paie un service d'ambulances privées pour s'en charger à la place du 112. À un certain moment, il faut peut-être faire appel à ces sociétés qui font du transfert international pour aider, car elles disposent de compétences dont sont parfois dépourvus certains ambulanciers 112.

Par ailleurs, je n'ai pas eu de transferts ni de retour d'aucun hôpital lors de la première vague. Donc, je ne peux pas vous répondre.

Pour améliorer les choses, j'ai mille idées, mais elles sont très opérationnelles. Nous pouvons toujours en discuter.

Quant au report des soins, si l'on voulait disposer d'études, il conviendrait de relancer une culture de la donnée dans ce pays ainsi qu'une meilleure informatisation de l'hôpital et des médecins spécialistes hospitaliers. L'informatisation va croissante chez les généralistes, mais les hôpitaux ont pris du retard, notamment dans le partage de données. Des PDF sont ainsi partagés entre hôpitaux, mais nous sommes loin de la donnée structurée. L'autre problème est que l'informatisation en Belgique représente un tout petit marché. Donc, tous les grands leaders internationaux imposent des prix de dingue pour entrer dans le marché, parce qu'ils ont donc des coûts d'adaptation élevés, ou bien ils s'en retirent. Nous l'avons encore vécu avec plusieurs logiciels, dont l'un était utilisé par la moitié des Pays-Bas et a fini par se retirer de la totalité du marché wallon. Nous souffrons de grandes difficultés dans l'informatisation, qui mériteraient que l'on y consacre une réunion entière!

Concernant la santé mentale, au niveau médical, il y a une certaine fierté. Une cellule de soutien psychologique était présente 24/24 heures dans beaucoup d'hôpitaux pour soutenir les médecins. C'est ce qu'on m'a relaté. Finalement, ces cellules avaient un à deux médecins qui venaient leur rendre visite par semaine. Pour profiter de ce système qui demande d'aller chercher le soin, de reconnaître qu'on a une faiblesse et de consulter le psychologue, il faut déjà avoir une fameuse santé mentale! C'est le paradoxe. Pour les plus faibles, il faut trouver d'autres moyens de les aider. Cela peut prendre la forme de groupes de parole. Dans les années soixante, il y avait les groupes Balint qui fonctionnaient très bien mais qui n'existent plus. Ils sont tombés en désuétude. On pourrait cependant imaginer de faire ce genre de chose.

Concernant la prévention, je voudrais insister. Ce n'est pas l'affaire de la médecine mais bien celle de tous et ce, dès l'école. La seule chose que la médecine demande, c'est d'avoir des supports de communication pour nous aider à faire une meilleure prévention.

Concernant les stocks, on fonctionne en rotation pour éviter de les jeter. On a des exemples avec le propofol qui est d'habitude stocké à Neder-over-Heembeek pour les catastrophes en Belgique. Ce stock est jeté tous les ans. Il n'est pas utilisé. C'est pour cela que je plaide plutôt pour des stocks en rotation auprès des hôpitaux. On pourrait faire comme avec les vaccins, des hubs, c'est-à-dire une dizaine d'hôpitaux en Belgique qui auraient le stock pour l'ensemble du pays, que ce soit les maisons de repos ou les hôpitaux. On le fait pour les vaccins et cela fonctionne. Pourquoi cela ne fonctionnerait-il pas pour le reste? Il faut vraiment réfléchir à ce système de hubs. Cela me paraît d'une grande intelligence et permettrait d'éviter de jeter le matériel, ce qui est une honte sur le plan économique et environnemental.

Sur le plan du *testing*, j'ai entendu que le test salivaire était meilleur que le test PCR. Dans mon texte, je parle de PCR salivaire, je ne parle pas de *testing* non-PCR. Le *testing* est très complexe et prendrait une heure à être expliqué. Je ne pourrai pas aller plus loin sur ce sujet.

Comment a-t-on choisi le remdesivir ou d'autres traitements? C'est simple. Dans les hôpitaux d'une certaine taille, on organise des Journal clubs, des débats, des discussions entre spécialités avec des infectiologues. On a des discussions sur Whatsapp. On décide de prises de position par service. En général, les plus petits hôpitaux téléphonent à ces grands services. On leur transmet et cela se passe ainsi. Nous avons

régulièrement des discussions. Certains procèdent peut-être différemment mais la plupart agit ainsi car c'est ce que nous faisons tout le temps, en dehors des épidémies aussi.

Concernant les e-mails que j'ai envoyés à la ministre, j'en ai une petite pile. Si certains veulent les consulter, ils peuvent me contacter. Le secrétariat de l'ABSyM les transmettra.

Je ne répondrai pas aux questions sur la communication journalière car il faut vous adresser à des psychologues sociaux pour savoir comment mieux communiquer. C'est leur job même si je pense qu'effectivement, il y a du travail.

Pour ce qui concerne la diversité des experts, la difficulté à laquelle nous avons été confrontés était que des experts qui participaient aux groupes de travail s'exprimaient en dehors. Cela montre une certaine frustration. En effet, outre la décision finale, il serait souhaitable d'indiquer quel a été le débat, quelles ont été les positions qui ont été débattues de manière à ce que chacun puisse, dans un rapport lisible par tous, faire comprendre qu'il y a eu débat. Il faut évidemment que cela soit anonyme. En tant que politiques, vous connaissez mieux que moi le bénéfice du huis clos pour arriver à l'unanimité. Il ne faut donc certainement pas que le rapport dise que tel expert a dit ceci.

En revanche, je ne vois pas où est la honte de faire figurer le débat dans le rapport. À partir du moment où le débat figure dans ce dernier, selon moi, éthiquement, l'expert du groupe doit se taire dans toutes les langues et ne rien dire à tous les médias, une fois que la décision a été prise. Cela me paraît être une décision saine. C'est comme cela que les huis clos sont organisés dans les CPAS. Ceux qui en ont fait partie, le savent mieux que moi. Mais cela n'empêche pas la tenue d'un débat. Et, selon moi, comme je l'ai expliqué, l'État démocratique mérite la lecture du débat.

Cela permettrait aussi à toute une série d'experts qui ne font pas partie du groupe de se taire également. En effet, on parle parfois parce qu'on a l'impression que le point de vue qu'on a n'est pas défendu au sein du groupe. Si on peut lire qu'il a effectivement été défendu, mais qu'il n'a pas été retenu, c'est très différent que d'avoir l'impression que personne n'accepte ce point de vue. Cela fait aussi une grande différence dans le cadre des interventions des autres experts dans les médias. Pour ce qui concerne les comparaisons avec les autres pays, je vous renvoie vers la Norvège qui a eu un certain nombre de pratiques exemplaires depuis le début. Certains pays d'Asie de l'Est ont eu des politiques assez efficaces.

Pour ce qui concerne le masque FFP2, certains hôpitaux m'ont fait savoir qu'ils ne seraient pas en capacité d'en donner à tous leurs soignants car ils ne peuvent pas avoir suffisamment de stock pour leur distribuer un masque tous les jours. Il y a donc une tension au niveau des FFP2. Il faut interroger les politiques sur la question. Il y a également un autre problème, c'est celui du coût qui n'est pas le même. Il faudrait donc créer un budget extraordinaire. Une décision politique s'impose donc également en la matière.

J'ai beaucoup critiqué le *lean* management, mais j'y suis favorable. Je voulais simplement dire qu'il faut garder la dimension hospitalière du *lean*. Par contre, dans ce dernier, il y a une délégation de tâches. En cas de guerre, il y a du personnel formé à faire des intramusculaires et qui n'est ni médecin, ni infirmier. C'est pareil quand on est au milieu d'une épidémie: on peut accepter que certaines tâches soient déléguées de manière exceptionnelle, tant qu'il y a un cadre qui définit que c'est exceptionnel, qu'il y a une supervision efficace et directe de la personne.

Selon moi, les infirmiers ont surtout mal vécu le fait qu'on dise que c'est le médecin qui décide quel acte infirmier est peut être délégué et non l'infirmier. En tout cas, c'est surtout cela qui ressort des discussions que j'ai eues avec les syndicats infirmiers.

C'est logique que chacun décide de déléguer à son niveau d'en dessous mais cela peut être une solution lorsqu'on est en plein foutoir, en pleine vague. Il y a quand même toute une série d'actes que les infirmiers font pour le moment, comme noter des paramètres sur des feuilles en papier, qui ne nécessitent pas d'avoir fait un BAC+5.

Pour ce qui est du fossé entre le *tracing* et le médecin généraliste, je voudrais vraiment insister sur un point. Autant on va former les gens au *tracing*, les coacher en pensée positive et en renforcement positif des messages, autant, à un moment donné, si on informe le médecin généraliste des patients qui sont positifs, il va pouvoir déceler ceux chez qui le *tracing* posera problème car il sait qu'ils ne parlent pas la langue, etc. C'est un atout qu'on a complètement scotomisé du débat. C'est dommage parce que le coach professionnel du patient en termes de santé, c'est quand même le médecin généraliste. C'est aussi son job d'être coach.

Pour ce qui concerne les décès en MRS et quant à savoir si j'ai essuyé des refus d'admission en hôpital, je peux difficilement répondre. Je n'ai pas de témoignage direct de refus d'admission en milieu hospitalier. Je sais que la situation était un peu plus tendue en Flandre qu'en Wallonie mais mes collègues flamands ne m'ont pas fait de témoignages directs. Ils m'ont juste dit que cela

avait été plus difficile.

Ce que je pense, c'est surtout qu'il y a un manque de communication entre les médecins de maisons de repos et l'hôpital et que, par erreur, les médecins de maisons de repos pensaient que l'hôpital était tellement surchargé qu'ils n'ont même pas téléphoné au médecin hospitalier pour voir s'il accepterait ou pas le malade. C'est cela qui a changé entre la première et la deuxième vague.

Il y a aussi eu un problème de communication entre nos lignes à certains endroits et pas partout. Il ne faut pas faire de généralité. S'il y a eu surmortalité, elle est donc surtout liée à cela. Je dis "si" car, à même âge, il y a eu une mortalité plus importante parmi les patients de maisons de repos qu'en dehors. Mais une étude de l'Institut Pasteur dans le magazine *Nature* de la semaine dernière qui montre qu'il y a vingt fois plus de morts dans les maisons de repos tous pays confondus. C'est dès lors aussi peut-être dû au fait que ces patients étaient plus fragiles plutôt que de simplement constater qu'ils ont été plus nombreux à décéder. Vous essayez peut-être de pointer du doigt un coupable qui n'existe pas. Oui, il faut enquêter. C'est ce que vous faites. Mais si vous n'avez pas de conclusion, ce n'est pas pour cela qu'il y a une espèce de complot mondial, comme on l'entend dans d'autres choses.

Pourquoi, alors qu'on ne cesse de leur dire qu'ils doivent s'isoler et le signaler, continuent-ils à nous dire que c'est juste un petit rhume? Toute une série de voix disent qu'on en fait trop et que l'épidémie n'existe plus. Cela revient comme au mois d'août. J'entends encore des patients dire que c'est fini. Il n'y a pas de communication là-dessus. On continue à leur dire de faire attention mais on ne communique pas sur les arguments qui font qu'on pense que ce n'est pas fini.

C'est une erreur et cela pousse les gens à ne plus y croire. Fatalement, quand ils ne croient plus, ils ne respectent pas les messages. C'est logique.

Mon texte et le texte de l'ABSyM sont-ils personnels? C'est un texte qui a été validé par l'ensemble du conseil d'administration pendant le week-end. J'ai rassemblé en fait, tous les témoignages que j'ai récoltés depuis le mois d'avril. J'espérais, en effet, qu'un jour vous puissiez nous entendre. Ce travail a été préparé de longue date ce qui le rend assez complet.

Je comprends la difficulté de l'État et des mandataires. Effectivement, nous sommes des soignants et nous devons juste nous préoccuper que les soins soient adéquats. Vous, vous devez tenir compte de tout et ce n'est pas le même métier.

Il est logique que nous soyons orientés sur les messages de soins et concentrés sur eux, mais que vous, vous deviez prendre d'autres décisions. On voit que certains philosophes, comme André Comte-Sponville, déclarent qu'on sacrifie les jeunes pour sauver les vieux. C'est quelque chose qui circule beaucoup sur les réseaux sociaux. Je suis médecin et je suis dans un système de santé. Je respecte les lois du système de santé. Si un jour le politique décide qu'effectivement, on a trop sacrifié les jeunes et qu'il faut laisser l'épidémie aller, je dirai évidemment que je ne suis pas d'accord, mais la seule chose que je demanderai à ce moment là, c'est qu'on nous couvre sous l'état de nécessité et qu'on définisse exactement ce que nous ne pouvons plus faire, parce que nous saturerons. Je peux entendre que ce soit un message politique, parce que l'économie n'en peut plus, parce que les gens n'en peuvent plus moralement, pour toute une série de raisons. Je peux entendre ce message, mais je demande que nous ne soyons pas les pigeons du système, coincés entre le marteau et l'enclume.

Comment intégrer mieux la maison de repos? Je pense que des liens directs téléphoniques obligatoires entre le gériatre et le médecin coordonnateur de la maison de repos pourrait être une idée. Avoir des infirmiers volants formés en rappel, j'en ai déjà parlé. Essayer de partager un certain nombre d'informations avec les généralistes serait pertinent. Et évidemment, la télémedecine et la médecine hospitalière en lien avec le généraliste sont une solution qui pourrait encore être franchement développée.

Au sujet du projet thérapeutique, moi dans ma région, j'ai le sentiment qu'on est passé d'une minorité à une majorité de gens. Je n'ai pas interrogé les autres membres de l'ABSyM. Donc, je ne sais pas vous dire niveau belge quelle est la pratique, mais on voit une vraie évolution des mentalités, et c'est super. Ce qui manque, c'est sensibiliser les patients et les familles à l'intérêt de ce projet thérapeutique. Il faudrait que des campagnes d'informations à ce sujet soient menées. Les médecins maintenant sont sensibilisés.

J'en viens au problème de l'isolement; je suis d'accord, il ne faut pas que l'isolement soit vécu comme une punition, qu'elle soit financière, morale ou autre. Tant que quelqu'un se dira que, s'il est isolé, il subit une punition, ce système d'isolement des malades échouera.

En matière de vaccination, quel est le rôle du médecin généraliste? Je pense qu'il faut que l'on puisse donner à ce dernier des lignes de conduite, des *guidelines*, afin de savoir comment trier ses

malades et décider qui est à risque. Il ne faut pas faire une seule population à risque: il faut faire des strates. Car nous n'allons pas vacciner tout le monde en même temps. Il faut mettre les plus à risque parmi les prioritaires (P1, P2, P3...) parce que cela prend du temps de vacciner. À l'hôpital, il faut voir la guerre qu'il y a entre les différents spécialistes qui prétendent être plus en situation de risque qu'un autre! Il ne faudrait pas que la population se comporte comme cela! Ce qui serait intelligent est de créer des *guidelines* et des priorités.

L'ordonnance sur le système web peut être une bonne idée. Il ne faut pas oublier que certains patients chroniques sont suivis par des spécialistes et n'ont aucun médecin généraliste. Il ne faut pas oublier ceux-là. Ils ne sont pas nombreux, mais ils sont parfois super malades.

Oui, à 1000 % pour l'alternative aux grands centres. Il faut que le patient, s'il ne veut pas aller dans un grand centre, ait une alternative locale. Les patients défavorisés socialement sont un vrai problème puisque les sondages montrent que ce sont ceux qui sont les moins adhérents au vaccin et en plus, ce sont ceux qui ont la plus grande concentration en termes de maison et d'habitat. Ce sont des *clusters* en puissance. Il y a un énorme boulot à faire en la matière. Il faudra que tout le monde s'y mette.

Eu égard au report de consultations, comment répondre aux soins reportés? Il va falloir faire un grand effort de communication sur des plans de dépistage à la télévision, etc., pour rattraper les dépistages qui n'ont pas été faits. Il faut investir beaucoup plus dans la prévention en 2021 que les autres années, c'est le seul moyen de les rattraper. Il faut leur faire comprendre que le bénéfice est plus grand que ce qu'ils ne pensent. Il ne faut pas hésiter à publier le nombre d'infections nosocomiales, soit le nombre de patients dans le *tracing* qui ont choppé la maladie en allant chez le généraliste. Je suis convaincu qu'il y en a très peu et que les gens se font un fantasme. Leur mettre les faits devant les yeux, cela aiderait aussi. Or, cela n'est pas fait.

En ce qui concerne le manque de médecins, sincèrement sur le numerus clausus, réinvitez-moi deux heures! Simplement, il y a des spécialités manquant de médecins et d'autres qui n'en manquent pas. Je ne suis pas sûr qu'en ouvrant la vanne tout au-dessus, cela rendra attractif ceux qui sont pour le moment en pénurie, car il y a toute une série de problèmes à régler: la pénibilité du travail, sa reconnaissance, le financement de certaines spécialités... Il y a des spécialistes tels que des infectiologues qui méritent d'être largement mieux

payés que ce qu'ils ne sont. Cela les aiderait sûrement davantage que d'ouvrir la vanne du dessus.

Thomas en a dit beaucoup au sujet du soutien psychologique, mais il faut une réflexion spécifique sur les médecins.

À propos de la surcharge administrative, l'ABSyM a introduit dix propositions de réduction de surcharge administrative au mois de novembre (de mémoire) envoyées au ministre et à la presse. Le ministre a tenu compte d'une partie mais pas de tout.

Donc, nous avons formulé diverses propositions concrètes et avons été partiellement écoutés.

Le covid long fait l'objet d'un grand débat. Les pneumologues, les cardiologues et les médecins en service de revalidation me décrivent des patients souffrant de covid long. Cela mérite une réponse, mais nous avons d'autres problèmes de santé plus aigus à gérer pour le moment. Je redoute bien plus les reports de soins cardiovasculaires et oncologiques que du covid long, en termes de santé publique générale. Il ne faut donc pas trop concentrer la communication sur ce sujet.

Comment produire une meilleure adhésion aux mesures? Sont-elles suffisantes pour le moment? Je ne peux pas vous répondre pour cette deuxième question. Pour ce faire, je devrais disposer d'une analyse mathématique épidémiologique prédictive, qui tienne compte des nouveaux variants et des différents scénarios. Ceux-ci existent, puisque les épidémiologistes nous disent les avoir élaborés. Toutefois, comme ils ne les ont pas encore transférés aux médecins, il m'est impossible de vous répondre. Nous revenons donc au problème de départ, comme toujours. De ce fait, sur le plan hospitalier, je ne sais pas si je dois me préparer à un pic dans trois, quatre ou cinq semaines et si je peux accorder des vacances à mon personnel pendant le carnaval. Je ne sais rien du tout et je dois lui répondre: "Attends la semaine prochaine, et on te dira ce qu'il en est!". C'est très frustrant pour le personnel. Or, il n'y a pas mille scénarios...

C'est pareil pour le mois de juin: il n'y a que trois ou quatre scénarios possibles, qui pourraient être modélisés, afin de communiquer au public: "Dans le meilleur des cas, voici ce que vous allez récupérer comme libertés; dans le pire, voici celles qui ne vous seront pas restituées". Donner des perspectives aux gens à long terme, en termes d'effet psychologiques, là aussi, j'en suis convaincu, parce que nous le vivons tous et que le point d'interrogation quotidien est: "Qu'allons-nous

faire à Pâques?" Or, nous n'avons pas de perspectives, bien qu'elles soient modélisables. En l'occurrence, je ne suis pas content.

Je crains que, pour le moment, quelles que soient les mesures, l'adhésion soit perdue. Si c'est le cas, peu importe qu'on les renforce ou qu'on les relâche: ce sera le boxon! De plus en plus, avec le temps qui passe, telle est la vraie menace qui devrait occuper 90 % du temps des experts et des politiciens. Or, je suis convaincu que cela n'en prend même pas 10 %!

Reinier Hueting: Mijnheer de voorzitter, ik hoop dat u ons minstens een halfuur geeft, want ik heb mij aan het begin van deze vergadering proberen houden aan de 15 minuten en ik heb niet kunnen zeggen wat ik wilde, terwijl we daarna wel moesten luisteren naar het steeds opnieuw herhalen van vragen die al op onze vragenlijst stonden en waarop we een antwoord hebben geformuleerd in onze teksten. Ik denk dat we vandaag constructiever bezig hadden kunnen zijn dan we tot nog toe zijn geweest. Tot hier mijn kritiek.

Langs de andere kant ben ik ook blij dat u wilt luisteren naar onze opmerkingen. Ik zal niet alles nog eens 100 keer herhalen. Ik begrijp dat iedereen vanuit zijn eigen visie wil scoren en zijn mening wil laten horen. Die hebben we dan gehoord.

Er waren bepaalde vragen specifiek aan ons gericht en die zal ik zeker nog beantwoorden. Wat betreft de vraag in welke expertengroepen wij opgenomen willen zijn, daarop ga ik niet concreet antwoorden, maar ik weet alleen dat er veel te veel groepen zijn die zich op dit ogenblik bezighouden met het proberen beheersen van de crisis. Niemand weet op de duur nog goed wie waarvoor bevoegd is.

Van welk comité willen wij precies deel uitmaken? Dat is mij ook niet helemaal duidelijk. Op een bepaald ogenblik zaten wij in een vergadering en zeiden dat we nu toch snel iets moesten gaan beslissen omdat over 20 minuten een andere commissie misschien over hetzelfde zou vergaderen en wel eens een ander besluit zou kunnen nemen. Zover is het gekomen door de complexiteit in dit land.

Ik zal u dus niet zeggen van welk comité wij precies nog deel willen uitmaken. Ik wil alleen zeggen dat het af en toe een misvatting is te denken dat het niet nodig was om mensen die ervaring op het terrein hebben te betrekken bij beslissingen. Af en toe hebben we onze plaats moeten opeisen in bepaalde comités waarvan anderen deel uitmaakten op grond van het feit dat ze een

wetenschappelijke vereniging waren. Wij hebben andere leden en andere contacten met het terrein. Die zijn ook nuttig en er moet daarmee dan ook rekening worden gehouden.

Ik overloop even snel een paar praktische zaken. Wat betreft de triage- en de testcentra, wil ik nogmaals benadrukken dat die echt bottom-up zijn ontstaan. In een heleboel huisartsenkringen wilde men toch patiënten onderzoeken omdat men na telefonische triage oordeelde dat dit niet genoeg was, maar omdat er een gebrek aan beschermingsmateriaal was, had men eigenlijk alleen de keuze om de patiënten naar het ziekenhuis te sturen, waar er wel beschermingsmateriaal was.

Dat wilde men niet, dus huisartsenkringen begonnen zelf al systemen te bedenken hoe ze met een soort wachtdienst op een bepaalde plaats aanwezig konden zijn om het beschermingsmateriaal op een economische manier te gebruiken en op die manier patiënten lichamelijk te kunnen onderzoeken.

Dat was dus eigenlijk een triagecentrum.

Dat is dan uitgebreid over het hele grondgebied in een minimum van tijd. Daar hebben de syndicaten samen met het RIZIV zeer snel op ingespeeld. Zeer snel was er een regeling om dat te financieren. In ieder geval in theorie. Ik kan daarbij zeggen dat die regeling zo bedacht was dat de huisartsen die daar moesten werken zo weinig mogelijk administratieve belasting hadden om aan hun verloning te geraken. Dat hield ook in dat het een iets langer traject was, waardoor het uiteindelijk de mutualiteiten waren die hen moesten betalen in dat eerste systeem. Dat heeft lang geduurd.

In maart was er dus een regeling, maar in juli werden de meesten pas voor het eerst betaald. Dat is natuurlijk een situatie die te betreuren was. Bij sommigen kwam dat immers over als: er is niets voor ons geregeld. Dat was niet waar, er was wel iets geregeld, maar de betaling liet op zich wachten.

De betaling van de infrastructuur, die door de gemeenschappen moest gebeuren, was een veel heikeler punt. Het heeft zeer lang geduurd voor de kringen definitief te horen kregen welke vergoeding daar tegenover stond. Het zijn de huisartsenkringen die dit moesten voorfinancieren.

Er was ook een specifieke vraag over de schakelcentra. Ik wil daarover opmerken dat dit een interessante denkoefening was. Niet alleen een denkoefening, want op sommige plaatsen is er

gebruik van gemaakt, maar niet zo veel, omdat ze gelukkig niet nodig bleken omdat de bezetting begon af te nemen. Dat neemt niet weg dat als het nog iets langer geduurd had, er zeker een beroep op gedaan zou zijn. Wij hebben gezien dat toen in de tweede golf de situatie in Luik moeilijker werd, men ze daar opnieuw begon te organiseren.

Bovendien is dit een interessante structuur om in de toekomst rekening mee te houden. Moeten wij alle ziekenhuizen uitbreiden voor het ogenblik dat er misschien een pandemie is? Het zou ook anders kunnen. Als wij naar een ziekenhuislandschap gaan waar gespecialiseerde zorg geconcentreerd wordt op bepaalde plaatsen, zullen wij ook mensen hebben die op een gegeven ogenblik nog niet naar huis kunnen, maar die ook geen gespecialiseerde ziekenhuiszorg meer nodig hebben en dus eigenlijk in een soort zorghotel zouden terecht kunnen. Wel, dat zijn tussenstructuren die men kan vergelijken met de schakelcentra.

Dat is toch een manier van organiseren waar we over moeten nadenken voor de toekomst. De communicatie is zeer belangrijk. Het zou inderdaad handig zijn als er wordt gecommuniceerd naar de beroepsgroep vanuit één centraal punt. Dat ene centrale punt wordt gevoed uit alle mogelijke richtingen. Nu hebben de beroepsorganisaties, de syndicaten, Domus Medica, SMG en Collège de médecins die rol gespeeld. Zij hebben de selectie gemaakt en hebben getracht dat te vertalen in bruikbare communicatie voor hun leden. Ik heb altijd geprobeerd om alleen te communiceren op momenten dat er iets te communiceren viel. Dat was al meer dan genoeg. De mensen hadden al meer dan genoeg werk. Men kan ook de keuze maken om dat dagelijks of wekelijks te doen, maar als er minder nieuws te melden was, liet ik het liever zo. Ik hield het bij concrete informatie voor onze leden. Dat werd op prijs gesteld, toch volgens de feedback die wij daarover hebben gehad.

Ik krijg het verwijt te horen dat ik heb gezegd dat we de politici te weinig gezien hebben. Nee, we hebben de mensen die bevoegd waren om beslissingen te nemen te weinig gezien en gehoord, zeker tijdens de eerste periode. Zodra er een beslissing viel, waren er opeens allerlei ministers en politici die daar hun mening over ventileerden. Dat ondermijnde het vertrouwen in de genomen beslissingen. Dat betreur ik en dat bedoel ik als ik op uw vragen antwoord en een steek geef naar 'de gezagsdragers' die achteraf met commentaren het beleid weer voor een stuk onderuit haalden.

Volgens mij moet een vaste huisarts verplicht zijn. Het staat de patiënt wel vrij om te veranderen van

huisarts. Dat is met het huidige systeem van het GMD perfect mogelijk. Het is nu zo geregeld dat als een patiënt, bij wijze van spreken, elke week van huisarts wil veranderen, dat perfect mogelijk is. Patiënten verhuizen, worden hun huisarts beu of krijgen een conflict met de huisarts. Alles is mogelijk en dan moet het mogelijk zijn om te kunnen veranderen. De patiënt moet zich aansluiten bij een mutualiteit, wat staat er dan nog in de weg om dan ook aan te geven wie zijn huisarts is? Dat is tenslotte zijn toegangspoort tot de zorg en die trachten we zo laagdrempelig mogelijk te houden.

Als wij dat al veel langer gedaan zouden hebben, dan zouden we over een goed GMD beschikken van praktisch alle patiënten, ook de patiënten die veel specialistische zorg nodig hebben of een zeldzame aandoening hebben. We zouden dan vanuit de GMD's bijvoorbeeld de selectie van risicogroepen voor de vaccins gemakkelijker kunnen maken. We zouden dan ook niet het probleem hebben dat we niet weten wie verwittigd moet worden in het geval van een positieve test. Alle patiënten zouden dan veel meer vertrouwd zijn met het fenomeen. Een gemakkelijk aanspreekbare huisarts kan bijvoorbeeld in het geval van tracing een enorm voordeel zijn.

Er was ook een vraag over de medicatie. Hoe moeten we daarmee omgaan? Moeten er richtlijnen zijn? Artsen gaan daarmee om zoals zij altijd omgaan met informatie over medicatie. Zij proberen inlichtingen te krijgen vanuit de literatuur en uit discussies met de collega's. Voor een onbekende aandoening kan men natuurlijk geen evidencebased richtlijnen vinden. Dat gaat niet. Dat betekent ook dat er geëxperimenteerd wordt en dat er af en toe zaken geprobeerd worden waarvan men al tamelijk snel inziet dat die beter niet voortgezet worden. Veel van die medicatie wordt offlabel gebruikt en heeft daar niet de officiële indicatie voor. Als die op een bepaald ogenblik toch nuttig blijkt te zijn, dan moeten wij ervoor zorgen dat die zo goed en zo snel mogelijk terugbetaald wordt.

Zo worden bepaalde antischimmelmiddelen op dit ogenblik nog niet goed terugbetaald voor covidpatiënten die op intensieve zorg liggen. Er is nog altijd een administratieve barrière, die wij op dit ogenblik trachten weg te werken, maar dat is een beetje achter de feiten aanhollen, in een tamelijk log systeem. Dat brengt mij direct tot de heikele vraag hoe ik dan wel zou willen dat de gezondheidszorg georganiseerd wordt.

Was het vroeger beter, toen alles nog federaal was? Ik ben oud genoeg om dat allemaal meegemaakt te hebben. Eerlijk gezegd, het was

wel een stuk gemakkelijker, zoals mijn collega ook zei. Wat ik vooral vaststel, is dat bij het opsplitsen van de bevoegdheden iedereen de neiging heeft om het allemaal nog ingewikkelder te willen maken. De administratie en de regelgeving zijn alleen maar toegenomen. Dat is zeker zo bij de Gewesten, maar eigenlijk ook federaal. Er is kennelijk een steeds groter gebrek aan vertrouwen in wat bepaalde mensen moeten doen. Alles moet bewezen worden. Over alles moeten formulieren ingevuld worden.

Ieder niveau wil dan ook nog eens zijn eigen bewijzen ontwerpen, zodat ze ook die cijfers krijgen. Dat betekent dat de administratie steeds groter en groter en groter wordt en de regeling steeds ingewikkelder.

Als men dan bepaalde maatregelen probeert te nemen, dan maakt men ze niet ruim genoeg en geeft men niet voldoende vertrouwen aan de mensen die ze moeten toepassen dat ze dat wel op een verstandige manier zullen doen. Dan tracht men ook alle mogelijke uitzonderingen in die regels te vervatten. Dat is zo in richtlijnen van Sciensano. Dat is zo in voorschriftregels voor medicatie en hoofdstuk 4. Dat is overal hetzelfde. Ook de verpleegkundigen en zorgkundigen moeten elke dosis die ze toedienen afvinken om te kunnen bewijzen dat ze hun werk op de juiste manier hebben gedaan.

Dat is een ziekte waar we in hevige mate aan lijden in dit land. Ik ga mij niet uitspreken over welk niveau dit het best zou kunnen regelen. In elk geval, zoals het nu is werkt het niet. Ik denk dat dit genoeg duidelijk is gemaakt aan iedereen door iedereen.

Wat zou er gebeurd zijn als het niet Italië was maar wij? U weet dat het een exponentiële groei is. Als wij niet hadden geleerd van anderen en we waren in die exponentiële curve blijven zitten, dan denk ik dat men alles minstens met vijf had moeten vermenigvuldigen in de eerste golf. Ik mag er niet aan denken wat er toen zou zijn gebeurd. Ik denk dat we in ons beroep allemaal collega's kennen in Italië. Wij hoorden de noodkreten uit Italië. Ik denk dat we daarom allemaal al iets eerder alert waren dat er dringend maatregelen moesten worden genomen.

Denken dat wij het beter kunnen omdat het ginder op niet veel trekt, als we weten op welk niveau de gezondheidszorg in Lombardije staat, dan denk ik we op veel punten nog veel kunnen leren, eerlijk gezegd.

U vraagt in welk buitenland ze het beter doen. Er zijn al voorbeelden gegeven. Ik denk dat elk land

daarin zijn eigen cultuur heeft. De natie toespreken zoals de Franse president werkt misschien in Frankrijk, maar dat zou bij ons niet werken. Dat weet ik wel. De schouders eronder, de handen uit de mouwen, op de Hollandse manier, werkt bij ons waarschijnlijk ook niet. In ieder geval is er daar één leider die zich uitspreekt over hoe het nu in de rest van het land moet. Als we dan toch gaan vergelijken, vond ik het bijzonder verrijkend om te zien hoe in Nederland een enorm lang debat wordt gehouden in de volksvertegenwoordiging over bepaalde maatregelen die betrekking hebben op de hele bevolking. Ik heb hier nog niet veel volksvertegenwoordiger zo uitgebreid over maatregelen horen debatteren, eerlijk gezegd.

Dat vind ik dan ook. Als we dat met elkaar vergelijken, wil ik u dat toch ook meegeven.

Wat ik bijvoorbeeld enorm heb gemist, wij wisten half december dat er maatregelen waren uitgewerkt om alle reizigers die terugkwamen uit een rode zone - en dat was ongeveer heel Europa - te testen en quarantaine op te leggen. Dat was compleet uitgewerkt, ook technisch. Opeens horen we verklaren, iets voor de kerstvakantie, dat men, integendeel rekening moest houden met de *passenger location form*, het aantal punten en het gedrag dat men daarop heeft ingevuld, zoals dat in de grote vakantie voordien was uitgewerkt. Kennelijk hadden lobby's hun werk gedaan om te zorgen dat de maatregelen toch niet voor iedereen zouden gelden. Daar heb ik heel weinig ophef over gehoord, van niemand, en dat verbaast mij ten zeerste. Het maakte mij voor de eerste keer weer ongerust dat het met de nieuw aangetreden ploeg toch niet weer dezelfde kant op zou gaan. Af en toe slaat de schrik je om het hart, zoals ik Roel Van Giel ook heb horen zeggen.

Hebben we dan nog niet geleerd? Ik denk dat we voorlopig genoeg hebben gezien dat de slogan "leren leven met het virus" tot nu toe niet veel goeds heeft opgeleverd. Alle landen waar men dat heeft geprobeerd, alle momenten waarop we dat hebben geprobeerd, hebben er telkens weer toe geleid dat de pandemie stilaan en daarna exponentieel weer om zich heen begint te grijpen. Dus dat is een illusie, vrees ik. Ik denk dat we beter luisteren naar experts die ons goed kunnen vertellen hoe we een exponentiële groei vermijden in dit infectieuze, virale verhaal.

Nogmaals, ik kom niet te veel terug op de geschiedenis van de mondkmaskers, maar ik heb het ook in mijn tekst gezet dat het grotesk is te twijfelen aan het nut van beschermingsmateriaal bij een infectieuze. Er komt steeds meer literatuur die bewijst dat het gebruik daarvan zijn nut heeft en niet alleen ter bescherming van anderen, maar ook

ter bescherming van uzelf. De literatuur daarover is allang voorhanden. Op het ogenblik, FFP2-maskers, prima, maar ze moeten er zijn en ze moeten ook weer gefinancierd worden, dus daar moeten we dan wel rekening mee houden.

Wat het plaatselijk niveau betreft, ik denk dat huisartsen, zeker hun rol hebben in het mee helpen opsporen en beheersen van clusters. In Vlaanderen wordt dat trouwens ook aangepakt met behulp van de eerstelijnszones.

Wat met het gebrek aan gekwalificeerd personeel? Ik bedoel daarmee inderdaad het verplegend personeel en het verzorgend personeel in de rusthuizen.

De rusthuizen zijn voor het ogenblik geen federale materie, maar in het algemeen zijn residentiële settings met reusachtige groepen bij elkaar niet echt een goed idee, ook niet voor komende pandemieën, ongeacht of nu oude of jonge mensen bij elkaar zitten. Het in kleinere groepjes reorganiseren van die zaken blijkt op vele ogenblikken bijzonder nuttig te kunnen zijn. Daarover is dus ook na te denken.

Is er een tekort aan artsen of aan sommige artsen? Het antwoord is ja. Er is een tekort aan huisartsen, vooral op sommige plaatsen. Het huisartsenberoep is nog altijd niet attractief genoeg, hoewel wij op dat vlak grote vooruitgang hebben geboekt.

Wat vooral is aangetoond, is dat professionele ondersteuning bijzonder belangrijk is, zodat zij hun eigenlijke echte werk kunnen doen. Dan komen wij er zeker, alleszins in Vlaanderen, met de manschappen die wij nu hebben.

Ik wil nogmaals een pleidooi houden om veel meer aandacht te besteden aan vroegtijdige zorgplanning. Iedereen zou ervan moeten doordrongen zijn dat wij ons daarmee veel meer moeten bezighouden. Is de vraag voldoende gesteld aan bejaarde bewoners van rusthuizen? Wat was hun mening? Is met die mening voldoende rekening gehouden?

Wij hebben daar geen cijfers over. Wij hebben daar alleen geruchten over. Het is bijzonder goed om daar grondig over na te denken en te documenteren, zodat we weten wat mensen willen, beseffend dat een woon-zorgcentrum de woonplaats is van iemand en dat die kan aangeven wat zijn of haar wensen daar zijn, zonder dat iemand daarover voor hem of haar een beslissing neemt.

Paul De Munck: Je ne vais évidemment pas reprendre tout ce qui a été dit par mes collègues et

par M. Reinier Huetting. Je voudrais prendre un peu de hauteur par rapport au débat et quand même mettre les choses en perspective à court, moyen et long terme. Aujourd'hui, j'ai trop de respect pour la démocratie pour prétendre répondre à toutes vos questions, et de respect pour votre travail et pour votre mission pour dire qu'aujourd'hui, je répondrai à toutes vos questions. Je le répète, c'est trop important pour dire qu'on a répondu, aujourd'hui, ou essayé de répondre à toutes les préoccupations et à tout ce que vous avez dit. Si M. le président et la commission sont d'accord, il faudrait envisager de voir comment éventuellement aller un peu plus loin, pas nécessairement lors d'une nouvelle séance d'auditions mais peut-être par écrit. Je ne sais pas. Il faut réfléchir.

Voici ce que je veux dire. Une de mes diapositives mentionnait Horton, qui disait "Face au covid, la faillite des États a tué des milliers de fois". C'est de là qu'il faut partir. Des États! Il n'a pas dit de la Belgique, mais des États. Donc, je pense qu'à partir de ce que nous avons vécu et continuons à vivre aujourd'hui, ne pas remettre en question fondamentalement notre système de santé... ne pas donner enfin une perspective et une vision de santé publique à long terme... comment dans les trente années qui viennent allons-nous développer notre système de santé? Quand je dis développer notre système de santé, c'est plus large que le soin, vous l'aurez bien compris. On parle beaucoup de prévention; mais cela reste dans le domaine du soin. Mais on n'a pas encore abordé les déterminants de santé qui ont une incidence sur d'autres aspects de la vie qui se vivent douloureusement en période de crise.

Deuxièmement, on a discuté du niveau auquel il serait opportun de développer ceci ou cela. On n'a toujours pas développé dans ce pays une approche de santé communautaire. La santé – pas le soin – se construit là où vivent les gens. Je l'ai toujours dit et je continue à le soutenir, le niveau communal doit être réinvesti pour que l'on puisse par la proximité avec les citoyens, prendre un certain nombre de mesures. Il faut d'abord écouter ce que les gens vivent avant de savoir comment s'organiser. Depuis combien d'années dit-on qu'il faut renforcer la première ligne? Combien de fois, aujourd'hui, pendant la crise les gens ont-ils dit: "Sans la médecine générale, cela ne marcherait pas. On compte sur vous. Vous êtes incontournables et essentiels"? Est-elle soutenue suffisamment, cette médecine générale? Non! Et si vous voulez des exemples, je peux vous en donner. Voyez les moyens alloués aux syndicats, puisqu'aujourd'hui, ce sont les syndicats qui s'expriment, avec les sociétés scientifiques! Si vous voulez, je vous donnerai à l'occasion ce avec

quoi mon syndicat, le GBO, travaille aujourd'hui. C'est risible et cela fait des années que nous demandons à être soutenus.

Si on croit encore à un système démocratique de concertation, notamment avec les syndicats des médecins, il va falloir réfléchir pour qu'à un moment donné, un ministre ait le courage de sortir du bois et dise: " Oui, j'investis dans cette concertation et ces gens doivent être soutenus."

On a beaucoup discuté de la fragmentation et de la manière dont on a contacté les autorités pendant cette période, depuis un an. Je ne vous donnerai qu'un exemple, le dernier vécu. Le Collège de médecine générale demande depuis le début d'être dans les instances ou les cénacles décisionnels. Il a été admis au RAG par la petite porte: "Vous pouvez envoyer quelqu'un de la SSMG." OK, merci beaucoup. Grâce à cela, au fond, le Collège de la médecine générale francophone était présent au RAG puisqu'on travaille main dans la main.

Quand on a commencé à discuter de la vaccination et qu'on a entendu qu'il y avait une *task force* qui se mettait en place à cet effet, on a dit au Collège de médecine générale - et je ne suis pas le seul, je pense que Roel Van Giel a aussi essayé de contacter les autorités de tutelle: "Ce serait quand même bien qu'il y ait un médecin généraliste francophone et un médecin généraliste néerlandophone qui soient présents, pas comme invités mais comme membres de cette *task force* vaccination." On a demandé cela au ministre Vandenbroucke. Quelqu'un de son cabinet - et pas le plus petit - nous a dit par téléphone: "Ce n'est pas de notre compétence". Bon, ok, de qui est-ce la compétence? "Il faut vous adresser au président de la Conférence interministérielle, de la commission Santé, plutôt au ministre de la Santé". OK. On écrit donc une lettre à M. Wouter Beke. Je l'ai ici et je peux la donner au secrétaire de la commission, comme ça vous avez une copie. La lettre explique que "ce n'est pas possible, vous comprenez", etc. Vous verrez l'argumentaire. "Si on admet les médecins, alors il faut admettre les pharmaciens, et si on admet les pharmaciens, il faut les infirmiers, et c'est compliqué et on se retrouve trop nombreux autour de la table". Je peux comprendre cela, mais alors, qu'on arrête le discours selon lequel les médecins généralistes sont une pièce maîtresse. Qu'on arrête!

Je veux en venir à la dernière phrase pour vous montrer où nous en sommes dans ce pays! "Je vous invite à adresser également votre question spécifiquement à l'entité fédérée où le Collège de la médecine générale est actif". Mais enfin! Avouez qu'à ce moment-là, on se demande dans quelle

structure de pays on vit. Nous voulons faire avancer les choses. Ce n'est pas pour le plaisir ni pour la gloriole d'être présents dans une *task force*. C'est simplement parce qu'on savait dès le départ que, si on devait organiser la vaccination, la médecine générale serait incontournable pour donner ses *inputs*. Et on nous répond ça!

Donc je vais à présent écrire au ministre-président de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour lui demander s'il veut bien nous introduire un médecin francophone et un médecin néerlandophone. Si vous pouviez faire quelque chose tout de suite, ce serait déjà un bon signal de faire accepter par cette commission qu'il y ait un représentant de la médecine générale.

Il faut aussi créer immédiatement une équipe, une cellule chargée - indépendamment de toute autre tâche -, de commencer la rédaction d'un plan de gestion de crise d'une pandémie, d'une épidémie ou d'une crise sanitaire. Cela manque, à moins que vous me disiez que cela a déjà démarré. Je n'en sais rien, mais je crains que non.

Ce que je redoute par-dessus tout, c'est qu'on vous donne des réponses aujourd'hui. Vous remarquerez d'ailleurs qu'il y a une très grande convergence entre nos différentes organisations de ce matin et de cet après-midi sur les réponses à vos questions et les analyses faites avec parfois des sensibilités et des avis différents sur certaines questions. Que va-t-on faire de tout cela, dans l'avenir? C'est ma question et c'est ma crainte. Si on arrive à vaincre ce virus et qu'il n'y a pas de troisième vague, si tout s'éteint et si on peut s'en sortir avec la vaccination, etc., va-t-on de nouveau attendre dix ans pour avoir un plan, pour refonder notre système de santé, pour redonner la place que la première ligne mérite, avec les moyens qu'elle mérite, pour revoir au niveau sociétal les maisons de repos et de soins? Tous ceux qui sont dans nos maisons de repos et de soins doivent-ils s'y trouver? S'interroge-t-on suffisamment sur la manière de maintenir le plus possible nos aînés à domicile?

Toutes ces questions sont des questions sociétales auxquelles les médecins peuvent bien entendu apporter leur avis, leur perception et leur vision, mais pas seuls. Il faut prendre de la hauteur et engager aujourd'hui ce gouvernement pour, dès maintenant, pendant la crise, commencer à penser le futur et l'après covid-19 si tant est qu'il y en ait un.

Parce que nous ne sommes plus en résistance, nous sommes en résilience. À présent, on doit aussi s'attaquer au futur des jeunes générations et avoir à disposition les outils et les équipements

dont nous avons manqué.

Aujourd'hui, quelqu'un peut-il me garantir qu'on commence déjà à stocker des matériels d'équipement de protection individuels à suffisance pour faire face, demain, à autre chose? Je n'en suis pas certain. Nous n'avons pas d'informations là-dessus.

Je ne sais pas comment je vais faire. Je vais peut-être en discuter avec votre président, mais les questions que vous avez posées méritent à mes yeux des réponses plus détaillées que ce qu'on a pu vous répondre aujourd'hui dans le temps imparti.

Merci beaucoup de m'avoir écouté. Je terminerai en disant ceci: nous allons tous sortir abîmés de cette crise, les médecins aussi. Pour ma part, dans quelques semaines, j'aurai 70 ans. J'ai un peu de recul, un peu d'heures de vol et je n'ai jamais, dans ma vie professionnelle, vécu une situation aussi pénible, stressante, fatigante.

Je n'ai jamais aussi peu dormi! Ma famille n'a jamais autant souffert qu'aujourd'hui, par rapport à notre investissement dans cette lutte.

Je tenais à vous le dire, parce que c'est ce que nous vivons. Cela ne peut pas se prouver par des études, et ce ne sera pas exploré, ni investigué, ni analysé. Mais vous devez savoir que c'est par passion et par sens de notre devoir et de notre responsabilité sociale, comme l'a dit Thomas Orban, que nous continuons. Mais il y a parfois des jours, et surtout des nuits, où on se dit: "Cela suffit! Continuer à travailler comme ça, ce n'est pas possible!"

Je tenais quand même à faire ce petit message pour vous dire qu'on continue, on est là, et on va continuer, mais que ce n'est pas tous les jours facile avec les moyens dont nous disposons. Il faudra bien réfléchir pour demain: si on ne nous donne pas plus de moyens, demain ce sera encore plus difficile. Et quand les plus jeunes nous voient travailler aujourd'hui, nous les plus âgés, ils se disent vraiment: "Comment faites-vous? En tout cas, ça, jamais! Ça, ce n'est pas pour nous, et ça, on ne fera jamais." Et cela pose question. Merci.

Le président: Merci beaucoup. Nous discuterons de la manière d'aller plus loin avec les questions. Vous pourrez bien évidemment fournir les réponses ultérieurement.

Roel Van Giel: Mijnheer de voorzitter, ik zal een aantal vragen uitkiezen om hier te beantwoorden. Dat is dan het voordeel van een beperkte spreektijd. Ik zal daarna bekijken hoe we de andere

vragen kunnen beantwoorden.

Mevrouw Gijbels en vele andere sprekers hebben de vraag gesteld of de juiste experts werden geconsulteerd. Doorheen de hele periode zijn er verschillende samenstellingen van expertenpanels geweest. Mevrouw Fahri heeft daarnaar verwezen. Die opeenvolging heeft volgens mij voor wat verarring gezorgd, maar ik volg daarin deels de mening van Erika Vlieghe. Als ik een hartinfarct heb, dan heb ik het liefst dat aan mijn ziekenhuisbed de cardioloog staat en dan heeft het weinig nut dat op dat moment ook de maatschappelijk assistent, de socioloog en de psycholoog daar staan.

Ik denk dat met de huidige samenstelling van de GEMS een goed evenwicht is gevonden tussen die zaken, dat er een evenwicht is gevonden tussen epidemiologen en virologen die toch wel een belangrijke rol spelen en mensen die ook de andere aspecten van de samenleving meenemen.

U vroeg ook naar de personeelsbezetting in de organen. Ik ben het er helemaal mee eens dat men in crisissituaties beroep moet doen op externen. Dat gebeurt vandaag ook. Er wordt veel beroep gedaan op externe experts, maar wij mogen toch ook niet ontkennen dat een aantal organen, zoals Sciensano, structureel onderbemand zijn.

Wat betreft uw vraag of de RAG politiek onafhankelijk is, ik wil hier echt de verdediging van de RAG op mij nemen. Die mensen hebben ongelooflijk werk geleverd, telkens onder heel grote tijdsdruk. Ze hebben dat op een onafhankelijke manier gedaan.

U vroeg ons of wij daar op onze plaats zitten. Het is natuurlijk aan de anderen om te oordelen of wij daar een meerwaarde zijn, maar ik denk absoluut van wel. Wij brengen daar ervaring vanuit de praktijk mee. Wat ik in de RAG heb geapprecieerd, is dat daaruit adviezen zijn gekomen die toepasbaar zijn op het terrein. Ik heb immers niets aan theoretische adviezen van de RAG die dan niet toepasbaar zijn.

U moet ook weten dat de adviezen van de RAG daarna ook nog naar de RMG, de IMC en andere organen gaan en daar soms worden aangepast. We moeten ook de eerlijkheid hebben om de adviezen van de RAG helemaal te willen lezen. Vaak heeft de RAG gezegd dat dit het advies is op basis van de wetenschappelijke informatie, maar dat gezien bepaalde omstandigheden - ik denk aan het verhaal van de mondklappers - dit *the second best option* is om toe te passen, om ook iets te hebben dat op het veld toepasbaar is, maar dan moet men natuurlijk wel het hele advies willen

lezen.

Ik heb mevrouw Vlieghe gehoord in de hoorzitting van deze commissie. De adviezen van de RAG zijn niet bedoeld om druk te zetten op andere organen om bepaalde zaken sneller te doen gaan. De adviezen van de RAG dienen ook om daarmee iets te kunnen doen in de praktijk.

Mevrouw Depoorter, ik ben het wel eens met het volgende. Men gebruikte de adviezen van de RAG wanneer het uitkwam. Als het in de lijn lag met de genomen beslissing, verwees men ernaar. Indien dat niet het geval was, werd het tegengesproken. Adviezen veranderden ook, met het traject RAG-RMG. Daar is absoluut meer transparantie nodig, over wat het oorspronkelijke advies van de RAG was, wat er veranderd is in de RMG en wat er veranderd is op politiek niveau. Dat kan, men mag op politiek niveau gerust een andere beslissing nemen omdat men daar allerlei zaken samen moet brengen. Er moet echter een duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen die zaken.

Mevrouw Depoorter, u vroeg of het vaccinatieplan te laat werd opgesteld. Als wij vroeger begonnen waren, hadden wij waarschijnlijk verder gestaan. Ik heb ook gezegd dat er omstandigheden waren waarom men daaraan niet begonnen is.

U vroeg of ik het de taak van Domus Medica vind om een stuk die rol van informatieverspreider te spelen. Ja, ik geloof dat men moet gebruikmaken van organisaties die dicht bij het veld staan om de informatie die van verschillende organen komt, te verspreiden naar de huisartsen en de huisartsenkringen. Dat was echter niet structureel afgesproken. Wij hebben dat zelf opgenomen en wij hebben dat zelf gedaan. Er waren daar geen afspraken rond gemaakt. Dat is organisch gegroeid vanaf het begin van de crisis. Ik geloof wel dat men organisaties zoals de onze daarvoor kan gebruiken, om die informatie te verspreiden. Dat zou zelfs de goede manier zijn om informatie te verspreiden, eerder dan een regeling van hogerhand.

Toen ik sprak over niet beslist, dan doelde ik vooral op het feit dat men over sommige maatregelen niet op tijd besliste, niet dat de experts de beslissing namen.

U vroeg hoe ik die politieke verantwoordelijkheid vertaal. Gelukkig, ik ben arts, u bent politicus, u gaat dus hier in de commissie mee moeten bepalen wat de politieke verantwoordelijkheden van de ene of de andere zijn. Het is niet aan ons om daarover te oordelen. Wij kunnen wel een stukje feedback geven over hoe wij de crisis ervaren hebben.

Dan kom ik aan de betaling van de artsen in de triagecentra. De heer Hueting sprak er ook reeds over. Er zijn daar verschillende aspecten, ook zaken die aan onszelf lagen. Bij de eerste beslissing over het betalen van die artsen, is er onder druk van een bepaald syndicaat gekozen voor een financiering per prestatie. Na één à twee maanden hebben wij dat weer moeten bijsturen omdat dit gewoon onhaalbaar was. Wij moeten soms ook kritisch naar onszelf durven kijken. Dat heeft ook zeker een rol gespeeld. Daarnaast is er natuurlijk een enorm getouwtrek geweest tussen de Gewesten en het federale niveau over wie wat moest betalen. Het ging zelfs om de betaling van een stomme computer, of dat een investeringskost of opstartkost was, dus federaal of Vlaams. Dat zijn zaken die allemaal meegespeeld hebben.

Men had het ook over het achterhouden van informatie. Er zit wel veel informatie bij Sciensano maar men moet ook mensen hebben die deze data kunnen verwerken, om er iets mee te doen.

Mevrouw Creemers, wat de schakelzorgcentra betreft, sluit ik mij aan bij wat de heer Hueting gezegd heeft. Heel wat elementen die we in deze pandemie vanaf nul en ad hoc hebben moeten opbouwen, kunnen absoluut geïntegreerd worden in een pandemieplan voor de toekomst. Dat zal ook flexibel genoeg zijn want er zijn wel verschillende virussen maar er zit niet zoveel verschil in de aanpak van die pandemieën. Er zijn dus heel wat elementen beschikbaar om een goed pandemieplan op te stellen. Uiteraard vergt het jarenlange opvolging om dat up-to-date te houden, ook op momenten waarop we niet met een pandemie geconfronteerd worden.

Wat het mentale welzijn van de zorgverleners betreft, zijn er bottom-up veel initiatieven geweest. Er bestonden tevoren al co-artsen bij de huisartsen en er is het initiatief dat samen met de ziekenhuizen is opgebouwd om de zorgverleners te ondersteunen.

Mijnheer Rigot, u sprak over een uniforme strategie tegenover de verschillen tussen de Gewesten. Heel wat discussies die we gehad hebben, hadden er net mee te maken dat er verschillen waren bij de Gewesten in hoe men iets wou aannemen. We hebben heel lange discussies gehad over hoe we dat in regelgeving konden vertalen, zodat iedereen het kon doen op de manier waarop men het wou doen. Er is dus geen heel uniforme strategie opgelegd, de verschillen tussen de Gewesten zijn wel degelijk gerespecteerd.

Hoe kan men een doeltreffende stock organiseren? Het zal de combinatie van lokale

stocks en een centrale stock worden maar ik ben het ermee eens dat we een mechanisme moeten zoeken waarmee die centrale stock kan roteren zodat we die niet om de zoveel tijd moeten vernietigen en vervangen.

Mevrouw Sneppe, u had het over de testen. Al die verschillende testen klinken wel goed, speekseltesten en zelftesten, maar dit is een zeer moeilijk debat.

Er worden ook heel veel foute verwachtingen gecreëerd en wij moeten zeer goed bepalen – de taskforce teststrategie probeert dat zo goed mogelijk te doen – welke testen wij gebruiken in welke situaties. Dat heeft te maken met de betrouwbaarheid van die testen. Wij mogen echt niet toelaten dat wij alle types testen zomaar in alle situaties toelaten.

Er werd gevraagd naar de opflakkingen na de vakantie. Wij weten dat import van het virus na vakanties een belangrijke rol speelt. Laten wij hopen dat het Overlegcomité de niet-essentiële reizen richting de krokusvakantie toch gaat verbieden, want ik geloof ook niet meer in het sluiten van de grenzen. Europa is gewoon te divers geworden. Ik woon in een grensgemeente. Men sluit geen grenzen meer. Het dagelijks leven van de mensen in de grensregio's beperkt zich niet meer tot een land, maar is verspreid over beide landen. Het sluiten van de grenzen is dus een idee-fixe, maar het verbieden van niet-essentiële reizen kan wel gebeuren.

Waarom moest de lockdown stoppen op 4 mei? De maatschappelijke druk was heel groot, maar ik heb uitgelegd dat toen jammer genoeg de mechanismen niet voor handen waren om dat goed te kunnen doen.

Mevrouw Gilson, u haalde het spanningsveld tussen epidemiologen en virologen enerzijds en het mentale welzijn anderzijds aan. Soms stoor ik mij aan de opmerking over dat spanningsveld, alsof virologen of iemand zoals Erika Vlieghe geen oog hebben voor het mentale welzijn van de burgers. Wij moeten ook een beetje eerlijk zijn: een economie heropbouwen en werken aan het mentale welzijn van anderen, doet men niet op een virologisch kerkhof. Men moet de stappen chronologisch zetten en de eerste stap is de pandemie onder controle krijgen, om daarna zo rap mogelijke andere zaken, zoals het sociaal leven en de economie, weer op gang te krijgen. Men mag de zaken echter niet door elkaar gooien.

Mevrouw Farhi, u vroeg naar referentielanden. Ook daar heb ik geleerd om niet altijd te vergelijken met andere landen. Het is goed dat men kijkt en leert,

maar het gras lijkt ook altijd groener aan de overkant. Als men echt in het land zou hebben geleefd en daar zou hebben gekeken naar hoe men de crisis heeft ervaren, zullen daar vaak dezelfde analyses worden gemaakt als hier, wat niet wil zeggen dat wij niet kunnen leren van andere landen. Een aantal elementen is naar voren gebracht, bijvoorbeeld de communicatie, waar het in het begin ontbrak aan politici die de communicatie naar buiten deden. Daar speelt ook voor een stuk het spanningsveld met de experts, die voor een stuk hebben moeten invullen wat de politici niet hebben gedaan. Zij hebben geprobeerd om die boodschap zo uniform mogelijk te maken. Als men aan mij vragen stelde, heb ik altijd geprobeerd om niet de polemiek op te zoeken als expert, want daar heeft de bevolking ook geen baat bij.

Ik heb geprobeerd dat altijd intern te doen, binnen de organen.

Mevrouw Merckx, u vroeg naar de versoepelingen in september. Dat is inderdaad één van de punten waarmee ik het heel moeilijk blijf hebben. Had ik dan geen oog voor de psychologische belasting, voor hoe moeilijk de bevolking het had met de maatregelen? Absoluut. Ik zie elke dag patiënten. Ik weet dus hoe moeilijk sommige patiënten het hebben. Maar nogmaals, men mag de maatregelen niet versoepelen want het gevolg is dan nog veel erger dan wanneer men de mensen probeert te ondersteunen en te begeleiden op hun moeilijke momenten.

U had het over het bepalen van de risicopatiënten. Ik blijf erbij dat wij daar als huisartsen een heel belangrijke rol in hebben. Wij zijn een mechanisme aan het uitwerken om dit op een heel eenvoudige manier op basis van het globaal medisch dossier te doen. Ik geloof niet in een voorschriftje maken. Bespaar ons alstublieft dat honderdduizenden patiënten ons bellen om een voorschriftje te krijgen om een vaccin te krijgen. Alstublieft, iedereen vraagt om een administratieve vereenvoudiging, dus ik meen dat dit niet de juiste manier is.

Ik steun wat Reinier zei: net zoals men een mutualiteit moet kiezen, zou iedere Belg een globaal medisch dossier moeten hebben en een vaste huisarts. Die kan veranderen, daarover ben ik het helemaal mee eens met Reinier, maar dat is het toegangsticket tot de zorg.

Kunnen wij het als huisartsen aan, vroeg mevrouw Rohonyi. Als men het objectief bekijkt, hebben wij hier in België heel veel artsen vergeleken met het aantal inwoners. Maar er is een slechte verdeling, dat zal iedereen erkennen. Maar goed, als u vanavond na deze lange vergadering een heerlijk

bad wil nemen en op een bepaald moment voelt dat het water wat te warm of te koud is, lost u dat niet op door beide kranen open te zetten, maar door ofwel de koude kraan, ofwel de warme kraan wat meer open te zetten. Wat wij nodig hebben is een betere herverdeling van de artsen binnen de specialismen in plaats van meer artsen, want wij hebben objectief gezien nog altijd heel veel artsen vergeleken met het aantal inwoners.

Mijnheer Pillen, u vroeg naar de communicatie tussen de gezagsdragers en de communicatie tussen de experts. Ik meen dat de experts een gat hebben ingevuld dat op een bepaald moment niet was ingevuld. Maar er zijn ook andere experts geweest die hun debat tussen experts in de media probeerden te voeren. Ik meen dat dit niet geholpen heeft om de bevolking mee te krijgen, zeker niet voor het langdurig verhaal, omdat die op de duur niet meer wist wat te doen.

Mevrouw Fonck, begeleiding van patiënten die in quarantaine of isolatie gezet worden, is inderdaad heel belangrijk. Vanaf het begin van de crisis is er al het probleem van de quarantaineattesten en de arbeidsongeschiktheidsattesten. Zeker mensen die vaker in quarantaine moeten, hebben daar een enorm financieel verlies van. Dit brengt die patiënten soms in de problemen. Afhankelijk van de omstandigheden zijn er steun of andere opties nodig om die quarantaine mogelijk te maken. Er is veel meer een beleid op maat nodig.

Ik ben arts, en geen politicus die vanavond beslissingen moet nemen. Ik besef ook hoe moeilijk die beslissingen zijn. Er moet toch op zijn minst de beslissing genomen worden dat niet-essentiële reizen verboden worden. Zo komt er met de krokusvakantie geen nieuwe import van het virus. Ik vertrouw heel sterk op de epidemiologen en de virologen dat zij heel goed naar de curve kijken. Vanaf het moment dat die curve neigt de knik te maken, zullen we het aantal contacten helaas moeten verminderen. Dat is het enige dat werkt. De politiek beslist hoe dit wordt gedaan of met welke maatregelen. Het enige dat werkt om de epidemie op dat moment onder controle te krijgen, is het aantal contacten naar beneden halen.

De voorzitter: U zal sowieso een verslag krijgen van deze vergadering, waarin ook de vragen van de leden vermeld zullen worden. Uiteraard kunt u die dan nadien nog schriftelijk bezorgen. We zullen die dan ook toevoegen als bijlage bij dit verslag. De leden kunnen nog tussenkomen als ze willen, maar vragen met een uitgebreid antwoord kunnen schriftelijk bezorgd worden via het secretariaat. Ondertussen zijn ook onze volgende gasten gearriveerd, de heer Mahieu en mevrouw Berx, voor het tweede deel van onze zitting.

Reinier Hueting: Mijnheer de voorzitter, aan het eind van deze vergadering wil ik enkel nog een lans breken en uw aandacht vragen voor de assistenten in opleiding. Tijdens mijn toelichting had ik nog willen zeggen dat de assistenten in opleiding ongelooflijk veel werk hebben verricht en het minst de kans hebben gehad om te recupereren, aangezien zij vaak contracten van één jaar hadden, waarna zij weer op een andere plaats moesten beginnen, waardoor zij de kans niet hebben gehad om vakantie te nemen. In de regeling van de voorschotten aan de ziekenhuizen is er voor de assistenten in opleiding wel een regeling ingebouwd, al is die tamelijk flou verwoord en wordt die op sommige plaatsen zodanig geïnterpreteerd dat een en ander toch niet de assistenten ten goede komt. Wij hebben daar de nodige aandacht voor en wij vragen u om dat alstublieft mee op te volgen. De assistenten in opleiding waren namelijk nog flexibel. Een heleboel specialisten is reeds zodanig gespecialiseerd dat zij moeilijker inzetbaar zijn op andere plaatsen. Assistenten in opleiding konden echter op alle plaatsen ingezet worden. Daarom wilde ik nog eens voor hen pleiten.

De **voorzitter:** Mijnheer Hueting, bedankt om dat nog te benadrukken. Wij hebben de assistenten in opleiding ook nog om een schriftelijk advies gevraagd. De leden kunnen hun vragen voor de assistenten in opleiding nu nog indienen via het commissiesecretariaat.

Geachte sprekers, bedankt voor jullie heel duidelijke en open communicatie. Ik denk dat wij daar zeker veel aan hebben.

La réunion publique de commission est levée à 15 h 10.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.10 uur.