

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

du

VENDREDI 05 FÉVRIER 2021

Matin

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

van

VRIJDAG 05 FEBRUARI 2021

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.00 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de la commission est ouverte à 10 h 00 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met:

- de heer Jonas Brouwers, voorzitter van de Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding (VASO);

- de heer Jean-Michel Mot, woordvoerder van het Comité Interuniversitaire des Médecins Assistants Candidats Spécialistes (CIMACS).

Audition de:

- M. Jonas Brouwers, président de la Vlaamse vereniging voor arts-specialisten in opleiding (VASO);

- M. Jean-Michel Mot, porte-parole du Comité Interuniversitaire des Médecins Assistants Candidats Spécialistes (CIMACS).

Jonas Brouwers: Mijnheer de voorzitter en commissieleden, bedankt om ons uit te nodigen. Ik ben voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding (VASO). Wij hebben een bevraging gehouden rond de impact van COVID-19 op de opleiding van specialisten. Daar zijn heel relevante resultaten uit gekomen, die ook voor deze commissie interessant zijn.

Ik zal eerst kort uitleggen wat VASO is, wat we doen en hoe we zijn opgebouwd. Ik zal de resultaten van onze bevraging toelichten en de problematiek ook in een bredere context schetsen. Eigenlijk is er niets nieuws: de covidcrisis is een accelerator om bepaalde zaken in gang te zetten en voor het voetlicht te brengen. Ten slotte zal ik ook een aantal concrete actiepunten voorstellen.

De VASO is samengesteld uit vertegenwoordigers van de specialisten in opleiding van de vier universiteiten waar een manama specialistische

geneeskunde gedoceerd wordt: Antwerpen, Brussel, Leuven en Gent. Er zijn nu ongeveer 3.000 Vlaamse arts-specialisten in opleiding. Ter vergelijking, er zijn een kleine 1.000 huisartsen in opleiding, maar de huisartsenopleiding is korter dan de gemiddelde specialistenopleiding. Onze bevraging heeft gelopen van 30 januari tot 4 februari. De analyse van de resultaten is dus net afgerond. We hebben intussen al enkele interessante cijfers aan de commissie bezorgd. De respons was heel groot, met meer dan 38 %. Dat is meer dan de meeste vorige enquêtes.

Het onderwerp was de impact op het persoonlijke en professionele leven. De assistenten waren een essentiële spil in de covidzorg. Twee op drie arts-specialisten in opleiding zijn ingeschakeld, aangezien zij in de Belgische gezondheidszorg een cruciale rol spelen. In België zijn er ongeveer 6.000 specialisten in opleiding. Zij zijn aan het werk in alle ziekenhuizen en werden, door de crisis, ook ingeschakeld op andere diensten dan voorzien in hun wettelijk vastgelegd stageplan. Ze hebben ook bijkomende overuren en wachtdiensten georganiseerd. Ook die cijfers heb ik u bezorgd.

De ondermaatse arbeidsomstandigheden zijn tijdens de crisis op scherp gesteld. Die problematiek brengen we overigens niet voor de eerste keer ter sprake.

Voor ons is dit een zoveelste enquête, maar het is toch een belangrijke enquête omdat de covidcrisis de zaken extra heeft aangetoond. Als we bijvoorbeeld vroegen of de arbeidstijd geregistreerd werd, bleek dat in de meeste gevallen niet te gebeuren. Ook vóór de crisis was dat meestal zo. Dat is een belangrijk gegeven. De wet op de arbeidsduur dateert van 2010, onder directie van Europa, maar is sindsdien nauwelijks of niet gecontroleerd. Vorig jaar werd in het Parlement aan de minister van Werk de vraag

gesteld waarom er sinds 2010 geen audits uitgevoerd werden bij arts-specialisten in opleiding. Ook de wachtdiensten worden niet, of niet altijd, uitbetaald, omdat die betaling niet wettelijk vastgelegd is. Er is momenteel geen minimumwetgeving rond basisloon, wachtvergoedingen of overuren.

De kwetsbare positie van assistenten is een belangrijk punt. De opleider, of de stagemeeester, en de werkgever die de specialist in opleiding uitbetaalt, zijn in België dezelfde persoon of instantie, en dat is geen gezonde situatie. Er is ook weinig inspraak in het ziekenhuisbeleid. De arts-specialist in opleiding kan pas vertegenwoordigd zijn in de medische raad als hij er een jaar werkzaam is. In de meeste gevallen is dat niet zo omdat de meeste assistenten jaarlijks van ziekenhuis wisselen.

Op het terrein merken we dat er weinig controle is. Dat blijkt trouwens ook uit de cijfers die bij de controle-instanties bekend zijn.

Een ander probleem is het sociaal statuut sui generis. Dit werknemersstatuut light werd in 1983 ingevoerd. Dat betekent dat er verminderde werkgevers- en werknemersbijdragen betaald, met als gevolg minder sociale rechten. Er is bijvoorbeeld geen of geen tijdelijke werkloosheidsvergoeding. Tijdens deze crisis heeft dat een rol gespeeld voor 2 % van de assistenten. Zo werden in het begin van de crisis op minder bevroegde diensten als dermatologie of oftalmologie assistenten tijdelijk werkloos zonder dat ze het recht hadden op een vergoeding. We hebben toen relatief luid aan de alarmbel getrokken waardoor slechts 2 % op tijdelijke werkloosheid is gezet. Toch kregen in die periode twee assistenten op honderd geen loon of andere vergoeding. Er was ook geen palliatief verlot, wat in deze crisis toch een belangrijk gegeven is. De pensioenopbouw is een breder probleem dat wij al lang aanklaarten. Ook de decanen, de rectoren en de Orde der artsen, legio mensen hebben in het verleden het probleem al aangekaart.

Volgens mij zouden het Parlement en de regering deze kwestie tijdens deze legislatuur moeten aanpassen.

"De veiligheid van zorgverlening komt mogelijks onder druk door COVID-19", het is een straffe titel, maar het is belangrijk om dit even te belichten. Veel arts-specialisten in opleiding zijn vaker van wacht geweest, dat betekent meer dan een gemiddelde werkweek, die wettelijk maximaal 72 uur mag duren. In principe is het 60 uur, maar met excessen tot 72 uur voor de wachtdiensten. Veel specialisten in opleiding hebben aangegeven dat er nog meer

wachtdiensten werden gepresteerd. Hoe meer een specialist in opleiding moet werken, hoe groter het risico op fouten. Dat spreekt voor zich.

De werkdruk is uiteraard heel hoog. Dat heeft ook te maken met de aard van ons gezondheidszorgsysteem, met de prestatiefinanciering en de dubbele rol van werkgever/opleider. Dat verhoogt de druk om prestaties te leveren en het werk gedaan te krijgen.

Er werd tijdens de crisis ook geregeld gevraagd om te presteren boven het opleidingsniveau. Dat geldt wellicht voor alle zorgverleners, omdat COVID-19 een nieuw gegeven is. Het was ook niet altijd gemakkelijk om het juiste personeel voor de juiste afdelingen te vinden. Alle artsen-specialisten in opleiding zijn natuurlijk afgestudeerde basisartsen en werden daarom ingeschakeld op diensten waar het nodig was. In de enquête werd ook aangetoond dat er soms onvoldoende adequate supervisie was.

De doorstroom van informatie. We zijn wellicht niet de eersten om dit te vermelden maar de informatie vanuit de overheid stroomde niet altijd adequaat door naar de arts-specialisten in opleiding. We volgden de communicatie van de ziekenhuizen en van de stagemeeesters, maar op sommige momenten was het toch moeilijk om er een lijn in te trekken.

"Ook na de COVID-19-crisis willen we de nadruk leggen op de negatieve impact door een ondermaatse opleiding". Ook dat is een straffe titel, maar voor een heel groot deel van de specialisten in opleiding heeft de crisis een negatieve impact gehad op het professionele leven. Ook de drop-out, het aantal specialisten dat eraan twijfelt om te stoppen met de opleiding, is zelfs verdubbeld, naar 2 op 10. Dat is een belangrijk gegeven.

Door in te springen op andere diensten dan opgenomen was in het stageplan is er ook een rechtstreekse impact op de opleiding. Volgens een koninklijk besluit konden die stages wel geassimileerd worden met het stageplan, maar bij de erkenningscommissies op het niveau van de Gemeenschappen zijn er toch opmerkingen over gemaakt. Vandaar onze grote bezorgdheid over de opleiding an sich.

We hebben heel hard aan de kar getrokken om steunmaatregelen te bekomen, want initieel waren die niet vooropgesteld. We zijn heel blij dat we gehoor gekregen hebben bij de regering en bij het vorige kabinet van Volksgezondheid.

Zo voorziet het koninklijk besluit inzake de uitzonderlijke federale tegemoetkoming voor de ziekenhuizen in een covidpremie voor de specialisten in opleiding en ook de

aanmoedigingspremie voor het federaal zorgpersoneel is uiteindelijk voor hen toegekend. Maar uit de bevraging op het terrein blijkt dat in een kwart gevallen die premie nog niet is toegekend, ook al dateert het koninklijk besluit van 30 oktober 2020. Ook de aanmoedigingspremie slaat op een periode die al voorbij is. Voor assistenten en specialisten in opleiding is het moeilijk om daarnaar te vragen bij hun werkgever. Eigenlijk zou de betaling automatisch moeten gebeuren.

Ook het mentale welzijn heeft klappen gekregen, zoals in andere beroepsgroepen. Uit de bevraging blijkt dat meer dan helft van de respondenten een negatieve impact hebben ondervonden. Opvallend was dat 4 op 100 assistenten professionele hulp gezocht hebben. Dat heeft ons verrast omdat specialisten in opleiding dat niet snel aan de buitenwereld willen tonen. We hebben goede contacten met organisaties als Dokters4Dokters en Arts in Nood, en ook daaruit blijkt dat de problematiek rond mentaal welzijn een belangrijke factor is.

Assistenten riskeren ook een burn-out door die arbeidsomstandigheden, door het gebrek aan inspraak inzake hun opleiding in de ziekenhuizen. Een bijkomende factor is de gebrekkige controle op de wet op de arbeidsduur, met een nefast effect tot gevolg. Voor de langetermijneffecten is het nog koffiedik kijken. Er zijn nog geen cijfers over het aantal mensen dat effectief uitgevallen is door een burn-out. We volgen dit wel op. Het is belangrijk de gevaren op een burn-out te beklemtonen.

De pijnpunten zijn gekend. De dubbele rol werkgever/opleider heb ik al voldoende toegelicht. We vragen vooral een duidelijke actie en controle op het terrein. Als er geen controle is op bepaalde inbreuken en evenmin gevolgen, kun men moeilijk verbetering vaststellen. Dat is het belangrijkste gevoel dat nu leeft bij veel specialisten in opleiding. Daar kunnen we nog stappen vooruit zetten. Er is een gebrek aan billijke en uniforme arbeidsvoorwaarden. Ik wijs er nogmaals op dat die momenteel nergens in de wet ingeschreven staan. Volgens een ministerieel besluit moet een arts in opleiding billijk verlonen worden. Maar wat betekent 'billijk' voor de modale ziekenhuisbeheerder of stagemeeester? Het hoeft geen betoog dat het huidige sociaal statuut niet meer van deze eeuw is.

Ik verwijs naar twee persartikels van in het begin van de crisis. Het eerste komt uit *Knack*: 'Assistenten dreigen kind van de COVID-19-rekening te worden.' Wel, vandaag maken we die rekening. Het artikel dateert van maart 2020. We zijn nu een jaar verder en we merken inderdaad grote problemen die nochtans te voorzien waren.

De titel van het tweede artikel komt uit een persbericht van VASO: 'Technisch werkloze arts-specialisten vallen zonder inkomen.' We wilden toen de problematiek van het sociaal statuut nog eens aantonen.

Welke zijn onze actiepunten? Er zijn een aantal *quick wins*. Ten eerste mentale ondersteuning, maar ook een onafhankelijke ombudsdienst. Daarbij is het belangrijk dat die onafhankelijk is. Vandaag bestaan die diensten al wel op universitair niveau of op ziekenhuisniveau, maar ook daar is de grens tussen de functie van opleider en werkgever heel flou. Hetzelfde geldt voor de Hoge Raad der Artsen, waar de minister van Volksgezondheid nog naar verwezen heeft in de commissie Volksgezondheid. In dat orgaan zijn de specialisten in opleiding niet zelf vertegenwoordigd en het is moeilijk om daar iets aan te kaarten omdat de anonimiteit van de ASO meteen opgeheven wordt en omdat rechter en partij bij dezelfde instantie liggen. We pleiten voor een onafhankelijke ombudsfunctie naar analogie met de federale ombudsdienst Rechten van de patiënt, die onder de FOD Volksgezondheid valt en die actie kan ondernemen en rapporteren aan de minister en de directeur-generaal van de FOD.

De controle op de arbeidsduur zou redelijk gemakkelijk kunnen gebeuren via de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Momenteel doet de Sociale Inspectie geen controles voor specialisten in opleiding. Er zou met de specialisten in opleiding op het terrein moeten gesproken worden. De geregistreerde uren komen immers niet altijd overeen met de effectief gepresteerde uren.

Er zijn ook een aantal structurele zaken. De opleiding moet worden losgekoppeld van de werkgever. In Nederland is dat zo maar ook bij onze huisartsen in opleiding. Er is daar een aparte instantie voor de werkgeverskwesties en er is ook een opleidingsinstantie. Dat zou ook voor de specialisten in opleiding moeten geïmplementeerd worden. We lopen daar echt achter.

De arbeidswetgeving is een zaak voor de beleidsmakers. Dit moet in wetgeving gegoten worden en niet *à la tête du client* behandeld worden. Het sociaal statuut is een moeilijk gegeven, dat weet ik. Maar we kunnen op het vlak van pensioenopbouw en werkloosheid wel stappen in de goede richting zetten, mits het nodige animo daarvoor.

Ik besluit met een aantal belangrijke punten. De onafhankelijke ombudsdienst is makkelijk te realiseren, bij voorbeeld via een resolutie. We

moeten alleen maar naar het voorbeeld van de ombudsdienst voor de patiënten te kijken.

Een ander punt is dat het Parlement of de minister het initiatief moeten nemen om een aantal arbeidsvoorwaarden in de wet in te schrijven. Dat is een heel concrete vraag van ons. Op 1 augustus 2021 start er weer een hele cohorte specialisten in opleiding. Dat is voor ons een absolute deadline. We hopen dat er tegen dan een aantal zaken in de wet ingeschreven is.

De verbetering van het sociaal statuut zal niet lukken tegen 1 augustus. Maar laten we toch stappen nemen in een gefaseerde aanpak: pensioenopbouw, werkloosheid, palliatief verlot. De crisis heeft het belang van deze sociale rechten aangetoond.

De VASO probeert aan te tonen dat we goed georganiseerd zijn en dat we de nodige inspraak kunnen hebben. In elke sector wordt de werknemer betrokken in de onderhandelingen met de werkgever. In onze sector is de werknemer totaal niet betrokken in die onderhandelingen. Daardoor zitten we in een kwetsbare positie, zeker omdat sommige tot hun dertigste of eenendertigste in een opleiding zitten. Het aspect inspraak mag niet vergeten worden als we over een goed opleidings- en werkklimaat spreken.

Over deze bevraging komt er nog een uitgebreid rapport. De volgende weken zetten we nog extra gegevens op onze website. We hebben op korte tijd reeds veel gegevens aan uw commissie bezorgd. We werken daaraan voort.

De **voorzitter**: Dank voor uw duidelijke toelichting en introductie. Ik geef nu het woord aan de heer Mot.

Jean-Michel Mot: Bonjour mesdames et messieurs. Tout d'abord, merci de nous recevoir pour cette audition. Comme mon collègue le Dr Brouwers l'a souligné, la situation des médecins-assistants candidats spécialistes est déjà très précaire dans les conditions de base. Nous avons beaucoup de problèmes sur le terrain hors covid-19. Cette crise a souligné les différents problèmes que nous avons pu rencontrer durant cette dernière décennie, dirons-nous.

Globalement, par rapport aux retours du terrain, nous avons lancé une grande enquête ici pour recueillir un maximum d'informations. On vous l'a transmise pour avoir les chiffres.

Il y a quelques services pour lesquels cela s'est bien passé, avec un encadrement assez satisfaisant vis-à-vis des médecins en formation,

mais globalement, sur la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) en tout cas, ils ont fortement été livrés à eux-mêmes. Au quotidien, on leur a demandé de gérer comme des médecins agréés complètement, ce qui n'est pas nécessairement inhabituel. Comment se passe la formation de base en FWB: vous êtes un médecin – d'ailleurs, on est tous médecins en étant médecins en formation – et vous gérez des patients de A à Z dès les premiers jours de formation. Pendant le covid-19, cela n'a pas fait exception évidemment. On a dû s'organiser entre nous pour pouvoir gérer notamment les rôles de garde.

Au niveau de la reconnaissance, on est très limités. Déjà en temps normal, on a l'impression que les médecins en formation ne sont vraiment pas considérés comme faisant partie à part entière des soins de santé en Belgique. Pourtant, tout un pan des soins de santé repose sur nous. Si vous vous rendez dans un hôpital, si c'est la nuit – par exemple de garde, c'est un médecin en formation qui vous soignera. Si vous êtes hospitalisé, c'est un médecin en formation qui vous soignera. Vous les côtoyez au quotidien, ces médecins en formation. Concernant la médecine générale, c'est pareil. Si vous allez voir votre médecin généraliste, il y en a énormément qui sont des médecins en formation. Vous ne voyez pas la différence car ce sont des médecins professionnels, tout simplement.

Ici, on a eu vraiment énormément de retours assez choquants, bouleversants de la part de confrères à travers la fédération. On voit que cette crise a mis en exergue l'irrespect qu'on a, au quotidien, de ces travailleurs qui ont pourtant ce rôle essentiel. Globalement, on a assisté à des dérives assez importantes. Par exemple, dans le réseau liégeois, on va jusqu'à des retraits sur salaire pour cause de maladie. En pleine période de pandémie, cela me semble complètement injustifié, surtout qu'on était tous là sur le pont.

Globalement, de l'enquête que nous avons faite sur la FWB, 97 % des médecins en formation ont participé aux soins covid-19, ce qui est assez énorme comme résultat. On a tous été sur le pont, on nous a tous envoyés en unité covid-19 ou, en tout cas, mis en contact avec des patients covid-19, sans pour autant avoir les protections nécessaires pour ce faire et ce, dès le début de la crise.

Nous avons été et nous sommes rarement écoutés, ce qui n'est pas étonnant, que ce soit pendant la crise ou hors crise. C'est un peu toujours la même chose. De fait, je rejoins le Dr Brouwers dans son constat: c'est un peu désolant dans le sens où la directive européenne date de 2003. Elle a été transposée en 2010 dans le droit

belge. Nous sommes en 2021 et il y a toujours autant d'abus sur le terrain.

Pour ce qui concerne les prestations et la reconnaissance, nous avons posé la question de savoir ce qui avait été décidé pour les primes selon l'arrêté en vigueur. Globalement, la moitié des médecins ne l'ont pas reçue. Cette prime a été ressentie comme un écran de fumée. Il y a beaucoup de mécontentement dans nos rangs. Nous avons l'impression que cette prime est là pour que nous n'abordions pas les problèmes de fond: sur la formation etc.

Il faut le dire, la formation est quasiment inexistante: Nous ne sommes pas forcément encadrés sur le terrain dans la plupart des cas et toute la responsabilité nous revient. Nous nous formons au contact des patients, ce qui n'est sécuritaire pour personne: ni pour les assistants ni pour les patients, ni pour les soins de santé de manière globale. Mais malgré cela, on continue à nous imposer des conditions de travail inadmissibles sous couvert d'une formation qui est donc inexistante pour des raisons - excusez-moi de le dire - tout simplement pécuniaires.

Pourquoi? Parce qu'un assistant est rémunéré pour un 38 heures par semaine, alors qu'il en fait en moyenne beaucoup plus que 60, avec des maxima pouvant atteindre les 120 heures en Fédération Wallonie-Bruxelles. On comprend assez rapidement qu'il est facile de maintenir un système tel qu'il est pour faire des économies. Cela n'a aucun sens de l'avis général tant de nos médecins en formation vis-à-vis de la qualité et de la sécurité des patients.

Cette crise a vraiment servi de révélation. Nombre d'assistants ont ouvert les yeux sur leurs conditions de travail et beaucoup d'entre eux se sont révoltés. Malheureusement, nombreux sont ceux qui ont aussi remis en question leur vocation, alors que ce sont des médecins professionnels qui ont tout donné pendant cette crise: il y a un tiers des assistants qui s'est posé la question de savoir s'ils continueraient ou non, surtout dans ces conditions-là.

Une ancienne enquête réalisée au CIMACS témoigne du fait qu'un assistant sur deux ne referait pas médecins à cause des conditions de travail justement et des conditions de valorisation et de reconnaissance.

Nous avons l'impression d'avoir été délaissés. Et à l'écoute des discours et des ressentis, on n'a pas l'impression de faire partie de ces soins des santé, alors que nous y avons un rôle essentiel et indéniable.

Malheureusement, la crise covid a fait de nombreux dégâts psychologiques dans nos rangs à cause du manque de soutien, la lourdeur importante du travail au quotidien.

En effet, on restait face à une nouvelle maladie, comme tout médecin, avec des conséquences assez dramatiques. On enregistre dans les soins intensifs des taux de décès importants, peu importe les différentes vagues. Je pense que plusieurs choses auraient pu être mises en place bien avant l'arrivée de la crise. Une fois celle-ci installée, c'était déjà un petit peu trop tard. Les recommandations faites par le gouvernement et les mesures qui ont été prises étaient nécessaires. Elles ont dû être prises, on est bien d'accord! Malheureusement, on constate qu'elles ont été prises souvent avec un cran de retard, par rapport à la réalité du terrain, ce qui n'a absolument pas amélioré les choses.

Je suis accompagné d'une de mes collègues du groupe de travail du SIMACS, qui a énormément participé à l'enquête et à la récupération de toutes ces données si précieuses. Je remercie d'ailleurs tous les MACS (médecins assistants candidats spécialistes) qui ont participé. Le délai fut très court pour y répondre. Je laisse la parole à ma collègue, le Dr Sérîma Tebbache, pour intervenir en la matière.

Sérîma Tebbache: Monsieur le président, mesdames, messieurs, bonjour. Je m'appelle Sérîma Tebbache. Je fais partie du SIMACS avec Jean-Michel. Nous nous sommes décidés un peu en dernière minute, raison pour laquelle vous n'aviez pas... On a lancé cette enquête un peu en catastrophe. On a reçu beaucoup de réponses. On était donc contents. On vous remercie de nous auditionner aussi, parce qu'on a l'impression qu'on ne nous écoute pas beaucoup.

Je voudrais faire une relecture globale des résultats qu'on a eus dans cette enquête. On a posé les questions que vous nous aviez fait parvenir auparavant. Les résultats sont très intéressants et j'imagine que vous allez poser vos questions et qu'on pourra y répondre au fur et à mesure. Ce que je voudrais souligner, pour avoir une idée globale de la façon dont les MACS ont vécu la crise, on a l'impression que c'était déjà très inhomogène. Déjà entre hôpitaux et médecine générale, c'était complètement différent. Entre hôpitaux, c'était aussi complètement différent, entre services dans un même hôpital, c'était aussi complètement différent. Il y a un certain reproche vis-à-vis du gouvernement du manque d'homogénéité au point de vue des décisions, de la supervision, des contrôles effectués, de ce qui a

été mis en place pour protéger les MACS.

Les MACS, en médecine générale, se sentent complètement oubliés de la crise. Je pense qu'il en est globalement de même pour les généralistes. Le fait que la prime ne leur ait pas été accordée n'a évidemment pas aidé, même si tel n'est pas le problème pour eux. Mais quand je lis les témoignages, et je vous les ferai parvenir, on a un épais dossier de 80 pages de témoignages de chaque MACS, qui explique comment cela s'est passé pour lui. En médecine générale, je trouve cela interpellant. Certains travaillaient même avec des sacs poubelle parce qu'ils n'avaient pas de blouse. Les délais d'obtention des vêtements de protection se sont étendus sur plusieurs mois, alors que les hôpitaux ont été approvisionnés assez rapidement.

C'était juste une parenthèse à propos de la médecine générale.

Au niveau du cadre global, on se rend compte que le sentiment d'urgence existait déjà avant la crise. Il existe depuis au moins dix ans. Nous avons l'impression que la survenue de la crise a été un catalyseur de tous les problèmes qui régnaient déjà en intra-hospitalier.

Nous avons réalisé l'enquête à l'attention des médecins assistants. Je pense que cela vaudrait la peine de voir pour les médecins résidents et les infirmiers et paramédicaux. Ce qui se passe dans les hôpitaux est vraiment dramatique et ce n'est pas la crise qui en est l'unique responsable.

Nous avons des problèmes pour ce qui est des heures supplémentaires non payées. On se rend compte que les MACS travaillaient plus pendant la crise qu'avant, voire un peu moins maintenant à cause des annulations de consultations. C'est terrible! Il n'y a aucun contrôle, rien n'est respecté. Les MACS travaillent parfois pendant trois semaines d'affilée en faisant trois fois 24 heures par semaine. Il n'y a aucun contrôle. Ce n'est sécuritaire ni pour les MACS ni pour les patients. Je ne voudrais pas être le patient qui doit être pris en charge pour une réa avec quelqu'un qui vient de travailler plus de 24 heures et qui passe trois semaines d'affilée à l'hôpital.

Je terminerai par quelques témoignages pris au hasard afin de vous donner une idée de la façon dont cela a été vécu. Certains travaillaient à l'identique, mais avec une charge, soit plus élevée, soit plus faible en fonction des spécialisations. Jean-Michel et Jonas en ont déjà parlé, mais un tiers des assistants ont déjà pensé à arrêter leurs études ou leur spécialisation. Un tiers de ce tiers (10 %) depuis la crise y pensait déjà avant.

Au niveau de la communication de la part du gouvernement et des recommandations, cela a été très difficilement compris. Il y avait trop en même temps, ce n'était pas assez clair. Les patients étaient parfois au courant avant nous que le soyons. Nous recevions les mesures en même temps et ne savions expliquer pourquoi les mesures étaient comme ça.

Un dernier problème que je voulais vous rapporter est celui des commissions d'agrément. Ce n'est pas de votre responsabilité, mais de celle de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il y a eu de gros problèmes, car les commissions d'agrément, censées être là pour gérer nos formations et s'assurer que nous sommes bien formés, ne font pas bien leur travail en temps normal, mais en plus de ne pas faire leur travail, de ne pas nous superviser correctement, on se rend compte qu'ils ont mis des prolongations abusives: parce que les médecins avaient envoyé leurs plans de stage un mois en retard, ils ont été prolongés de trois mois. Certaines situations sont vraiment aberrantes et même si elles existaient déjà avant, cela se passe surtout depuis la crise.

Le président: Merci monsieur Mot. Madame Tebbache, mes excuses, je n'avais pas prévu votre intervention.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik dank de verschillende sprekers. Wij wisten eigenlijk allemaal dat er een probleem is met het statuut waaronder u aan de slag moet gaan, en dat de problemen alleen maar scherper zijn geworden, en vooral ook zichtbaarder zijn geworden.

Ik maak even een zijsprongetje.

Dokter Brouwers, ik heb een vraag over die opting-out. Als specialist in opleiding kan men ervoor kiezen een opting-out te ondertekenen waardoor er meer uren gepresteerd mogen worden. Maar als ik het goed begrijp, wordt dat niet gecontroleerd. Heeft die opting-out dan eigenlijk wel zin? Wordt daar op een of andere manier toezicht op gehouden?

Wat heel frappant is, zijn de mentale moeilijkheden. Door de eisen die men stelt aan artsen in opleiding is mentaal welzijn altijd al een sluimerend probleem geweest. U ervaart ook moeilijkheden om ergens terecht te kunnen. Het is frappant dat 53 % aangeeft het mentaal moeilijk te hebben en dat maar 4 % professionele hulp zoekt. Men zou kunnen menen dat dit weinig is. Is daar een bepaalde reden voor? Meent u dat het beter anders aangepakt zou worden en dat er bijvoorbeeld groepsgesprekken of zo moeten

worden georganiseerd zodat men met de collega's van gedachte kan wisselen? Ik kan mij voorstellen dat net in zo'n crisis het sociale leven ook heel erg beperkt wordt, nu men na een zware shift niet samen een pint kan gaan drinken om de dag te bespreken. Zou er in zulke dingen moeten worden voorzien, zeker in crisistijd?

Wat de kwaliteit van de opleiding betreft, is het choquerend te horen dat er zo'n hoge drop-out is. Dat is heel jammer. Wat zijn de toekomstplannen van de mensen die uitvallen? Zoeken die iets heel anders te gaan doen? Volgen zij een andere opleiding, of wat kunnen zij dan doen? Zij zijn natuurlijk basisarts maar wat is het mogelijke vervolg voor hun carrière?

Is er een concreet zicht op de kwaliteit van de opleiding? Worden de uren ingehaald op dit moment? Zijn er op dit moment nog problemen met tekorten aan stage-uren op de dienst waar die mensen zouden moeten staan?

Is de inzet van de artsen-specialisten in opleiding in deze crisis vergelijkbaar met die in andere landen? Hebt u daar een zicht op? Is het in andere landen ook gebruikelijk dat zij volop meedraaien?

Ik las in de tekst die ons werd bezorgd dat er blijkbaar geen spoedcursus inzake covidzorg werd georganiseerd maar dat u zelf uiteraard wel opzoekingen deed in de wetenschappelijke literatuur. Dat is natuurlijk heel logisch. Kon dat niet beter georganiseerd worden door de overheid, samen met de universiteiten, zodat de specialisten ter zake hun jongste bevindingen, en vooral hun jongste praktische ervaringen inzake beademing en zo, die toch heel delicaat bleek te zijn, goed konden meegeven?

Was er voldoende aandacht voor besmettingen bij de specialisten in opleiding? Werd er voldoende getest? Werd er ook gerapporteerd hoeveel besmettingen er waren bij artsen in opleiding? Ik heb het altijd moeilijk gevonden daar cijfers over vast te krijgen. Dat geldt trouwens ook voor de huisartsen en de tandartsen. Daar wordt eigenlijk heel weinig over gerapporteerd. Dat staat toch in schril contrast met andere landen, waar dat sinds het begin van de crisis heel goed werd meegegeven.

Ik hoorde ook dat er niet altijd een adequate supervisie was op de diensten. Wat wordt daar precies mee bedoeld? Kunt u daar voorbeelden van geven?

Ik hoorde ook dat 10 % van de mensen die covidpositief waren, bleef doorwerken. Was dat iets wat gevraagd werd? Of was dat op eigen

initiatief?

Enerzijds wordt heel wat ervaring gemist in de gekozen specialisatie, door het wegvallen van stage-uren, anderzijds heeft men toch nieuwe ervaringen opgedaan in de covidzorg die voor iedereen nieuw was en die hopelijk voor iedereen een unieke ervaring was. Kan u die ervaring ergens terugkoppelen? Kan die worden meegenomen naar een eventuele volgende crisis? Is er ergens een meldpunt?

Ik was verbaasde te vernemen dat stageboekjes nu per e-mail kunnen worden doorgestuurd. Dat kon vroeger niet. Dat is iets wat wij echt wel moeten meenemen. Het kan toch niet meer dat die in deze tijden allemaal gedrukt moeten worden en dan opgestuurd?

Ik las ook dat de situatie op het terrein niet altijd strookte met de boodschappen die werden verspreid via andere kanalen. Kunt u daar ook voorbeelden van geven?

Over de aanmoedigingspremie hoor ik van Franstalige mensen dat die slechts in de helft van de gevallen uitbetaald zou zijn. Dokter Brouwers, van u hoorde ik dat die in 75 % van de gevallen uitbetaald werd. Dat is natuurlijk sowieso veel te weinig. Hebt u er een zicht op of u de basisvergoeding, de wachtvergoeding zal ontvangen? Wie heeft daar zicht op? Hebt u een of andere garantie dat die wel degelijk zal terechtkomen?

Als ik zo alles aanhoor, meen ik dat vooral inspraak ontbreekt, en ook een onafhankelijke ombudspersoon. Ik meen dat het al heel veel zou oplossen als die er wel zou zijn.

Zowel qua mentaal welbevinden, het gevoel dat men zelf ook mee beslist en grip heeft, als wat betreft de praktische zaken, zoals de verloning, zou dat al heel veel kunnen oplossen. We moeten dat met z'n allen onthouden en meenemen als we aan dat gebrekkige statuut willen werken.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Merci aux orateurs d'avoir délivré ce témoignage. C'est une situation qu'on connaissait malheureusement depuis longtemps. Force est de constater que la crise du covid-19 a encore servi de miroir grossissant à des failles du système qui vous touchent de plein fouet. Ce sont évidemment des questions dont on a déjà énormément discuté en commission santé et qui tardent, depuis des années, à trouver une solution.

Mme Gijbels a déjà posé beaucoup de questions complémentaires précises. Pour faire le lien avec

la précarité de votre statut et la crise du covid-19, dans les retours que vous avez eus, ce serait vraiment intéressant d'avoir ces témoignages. Il s'agit de faire le lien entre la précarité de votre statut, le nombre d'heures, la surcharge de travail et les risques encourus par rapport aux patients, à la qualité des soins et l'équilibre physique et psychique des assistants médecins dans le cadre de la crise du covid-19. Vous êtes-vous sentis suffisamment prêts pour faire face aux tâches que vous deviez surmonter?

Pour les semaines à venir - car la crise n'est toujours pas terminée - ce serait aussi intéressant de savoir ce qui pourrait être mis en place très rapidement pour pouvoir gérer au mieux cette situation. C'est clair qu'on entend des retours assez différents suivant les hôpitaux. Avoir un statut qui serait pareil pour tous avec une même sécurisation du statut social, quel que soit l'établissement dans lequel on va effectuer son stage, serait évidemment pour moi une priorité. Selon moi, il est illogique qu'on entende une telle disparité dans les conditions de travail entre les hôpitaux.

C'est un dossier à part entière qui nécessite également un travail parlementaire à part entière, car il est complexe et il devient urgent de sortir du Moyen Âge dans certaines conditions de travail dont vous êtes les premières victimes. Ma collègue Marie-Colline veut-elle prendre la parole? Alors je voudrais excuser ma collègue Barbara Creemers qui n'a pas pu se joindre à nous aujourd'hui. Merci.

Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je rejoins les propos tenus par ma collègue. Comme je suis régulièrement en contact, par le biais de la commission des Affaires sociales, avec les partenaires sociaux, je me demandais par rapport à cette réalité, ce qu'il en est et quelle est votre perception des contacts entre partenaires sociaux et ce qui permet l'organisation de ce fonctionnement, de ce nombre d'heures absolument délirant par rapport à ce qui est supposé être attendu de n'importe quelle personne qui est censée travailler. On ne peut aller plus loin que ce que le corps peut faire. Je suis sidérée de ce que j'ai lu et entendu aujourd'hui. *Quid* des syndicats aussi et des relais que vous pourriez avoir?

En tout cas, je pense qu'un travail supplémentaire me semble, aujourd'hui, indispensable et important en concertation avec les collègues de la commission Santé, de la commission spéciale Covid. Et j'espère pouvoir assurer le relais. Je vois des collègues qui siègent à la fois ici et en commission Affaires sociales avec moi, mais il est indispensable de relayer ces conditions de travail.

Je sais que le travail est déjà bien engagé, que des choses sont faites et concertées, mais voilà, j'aurais voulu connaître votre retour à vous, votre ressenti en termes de concertation sociale sur les conditions de travail qui sont les vôtres.

Je vous remercie beaucoup pour vos présentations qui étaient très explicites, claires et impactantes.

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, je tiens avant tout à remercier notre oratrice et nos deux orateurs. On a la chance, au sein de cette commission, d'avoir des auditions très intéressantes. Elles prennent toujours une dimension particulière quand on a évidemment le vécu du terrain. Ce qui me frappe très fort dans les témoignages de ce matin, c'est que nous sommes face à trois jeunes, qui représentent assurément l'avenir de nos soins de santé, dont nous sommes fiers, malgré les difficultés que l'on peut rencontrer à l'un ou l'autre endroit. Et on sent un profond désarroi dans les témoignages rapportés. On ne peut pas ne pas être interpellés et on ne peut pas ne pas tirer de leçons des auditions de ce jour. On sait que c'est une situation qui dure et perdure au niveau des MACS. Aujourd'hui encore, ils tirent la sonnette d'alarme, notamment - cela a été dit - parce que le covid a été un catalyseur, un révélateur des difficultés qui vivent au quotidien. Le covid a eu un impact sur leur formation, sur leurs heures et leurs conditions de travail de manière générale.

On a évoqué les heures démentielles auxquelles certains étaient soumis. Cela ne va pas. La question du manque de contrôle de ces prestations a déjà été évoquée à de nombreuses reprises et des reportages nous ont montré que certains employeurs (les formateurs) ne respectent pas cette législation. Mme Tebbache l'a dit: il n'y a aucun contrôle.

Ce sera ma première question. La situation a-t-elle été encore plus critique pendant cette crise? Comment contrôler ce qui se passe réellement sur le terrain? De par votre expertise, avez-vous d'autres pistes que celles qui ne fonctionnent assurément pas?

Mme Tebbache disait aussi, et c'est interpellant, qu'elle ne voudrait pas être le patient devant être pris en charge par quelqu'un qui enchaîne des horaires démentiels. Avez-vous le sentiment que pendant cette crise et même en dehors, cela a un véritable impact négatif sur les soins prodigués aux patients, ce qui serait plus qu'interpellant?

On a aussi entendu, et cela été dit par M. Mot je pense, que les MACS avaient été principalement dirigés vers des services autres que ceux repris

dans leurs plans de stage et donc des services où les besoins étaient les plus grands (les soins intensifs, les unités covid), ce qui démontre par l'absurde que malgré le manque de reconnaissance dont vous faites l'objet, vous êtes des acteurs et actrices indispensables de nos soins de santé aujourd'hui, hier et également demain. C'est très perceptible en cette période de crise.

Par rapport à ces reports de soins non urgents et à la baisse de certaines activités, qu'en est-il de votre formation? Dans vos réponses, vous évoquez des manquements dans cette formation, mais parfois aussi un manque de supervision adéquate. Cela a été d'ailleurs rappelé ce matin. Avez-vous une vision sur les spécialités les plus impactées par ce manque de supervision et sur ces manquements au sein de la formation? Avez-vous d'éventuelles pistes pour y remédier?

De manière plus générale, quelle est votre opinion sur ces reports de soins dont il est énormément question? Avez-vous des pistes pour les éviter à l'avenir dans le cadre d'une crise comme nous vivons actuellement?

Je voudrais également revenir sur les primes qui n'ont pas été reçues par les spécialistes en formation, alors qu'elles ont été décidées il y a plusieurs mois.

Cela non plus, ça ne va pas. Je peux vous dire que je vais reprendre l'historique parlementaire et voir les éventuelles réponses qui auraient été apportées par les ministres. En tout cas, je m'engage à déposer une question au ministre à ce sujet, car les employeurs formateurs doivent évidemment payer ce qu'ils vous doivent sans que vous deviez mendier pour réclamer un droit qui vous a été très naturellement accordé.

Je ne manquerai pas d'interroger le ministre par rapport à cela et de voir ce qui a peut-être été fait ou dit par d'autres de mes collègues ces derniers mois et les réponses qui ont pu être apportées.

Enfin, et je termine là monsieur le président, dans les réponses qui nous sont parvenues, le VASO indiquait que 14 % des médecins envisageaient d'arrêter leur formation, que la moitié d'entre eux l'envisageait déjà avant la covid-19. On parlait de 67 % qui estimaient que la crise avait eu des répercussions sur leur vie privée, 53 % estimaient que c'était mentalement très difficile. M. Mot a également souligné, lors d'une étude antérieure je pense, qu'un médecin en formation sur deux ne referait plus médecine à l'heure actuelle, sachant certainement tout ce qu'ils savent maintenant et les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain.

Cela est évidemment interpellant aussi. J'ai commencé mon propos comme cela: les personnes que nous auditionnons aujourd'hui, les personnes qui se lancent aujourd'hui dans des études difficiles comme la médecine, seront évidemment les piliers de notre système de soins de santé de demain. On ne peut pas ne pas réagir quand on entend ce découragement en amont des études, avec des étudiants et étudiantes qui, quelques semaines, quelques mois, quelques années après être sortis de médecine, disent qu'ils referaient peut-être tout à fait autre chose s'ils avaient su.

J'aurais donc voulu savoir comment vous pensez qu'on pourrait vous accompagner au mieux. Je parle de la structure publique. Comment pourriez-vous être accompagnés au mieux? Quelles structures ont-elles été éventuellement mises en place pour vous soutenir? Qu'est-ce qui pourrait en tout cas vous aider concrètement? Voilà, je vous remercie d'avance pour vos réponses et j'en ai terminé pour ce premier tour.

Le président: Merci beaucoup. Je vois que M. Rigot est aussi arrivé. Je ne sais pas si vous voulez encore intervenir.

Hervé Rigot (PS): Bonjour monsieur le président, j'ai bien suivi l'ensemble des débats et M. Prévot a parfaitement résumé l'ensemble des questions portées par notre groupe. Merci à vous.

Dominiek Snelpe (VB): In naam van mijn fractie dank ik de sprekers. Wat we vandaag gehoord hebben, is zeer verhelderend.

Ik heb gehoord dat u normaal voor de stage ingeschakeld wordt in uw specialiteit, maar dat dat door de coronasituatie niet kon. Is dat een probleem voor het verdere verloop van uw opleiding? Wat zijn de oplossingen daarvoor, mocht dat een probleem zijn?

U hebt ook gezegd dat 2 % op tijdelijke werkloosheid werd geplaatst. Er werd overal getoeterd dat de zorg onder druk stond. Waarom kon die 2 % dan niet ingezet worden in de covidzorg? Was daar een bepaalde reden voor? Aan wie ligt dat? Wilden de specialisten dat niet of mochten zij dat niet? Ik vind het zeer eigenaardig dat in tijden waarin geroepen werd om zorgverstrekkers en zeker in tijden van crisis, waarin de zorg onder druk stond, toch nog 2 % niet in de zorg actief was.

Wat de premies betreft, u zegt dat de tegemoetkomingen nog steeds niet zijn terechtgekomen waar zij zouden moeten terechtkomen. Waar zit de kink in de kabel? Heeft

de overheid die nog niet uitgekeerd of zijn de ziekenhuizen traag in het doorgeven ervan? Waar wringt het schoentje?

Ik heb ook gehoord dat alle verantwoordelijkheid uiteindelijk op uw schouders valt. Als er iets fout loopt, bent u daar dan voldoende voor verzekerd? Hebt u een aansprakelijkheidsverzekering? Hoe gaat dat precies in zijn werk?

Het statuut is een oud zeer. Moet het statuut sui generis volledig op de schop of kan het worden hervormd? Kunnen de problemen opgelost worden met meer controle? Kunt u wat verheldering brengen over het statuut? Is het volledig voor de prullenmand of kan het nog worden hervormd? Moet er meer controle komen?

Was het volgens u nodig om de niet-dringende zorg uit te stellen? Er komen alarmerende berichten in de media. Ik heb gisteren nog de minister aangesproken over het probleem van de kankerzorg, die over 5 à 7 jaar een grote piek te verwerken zal krijgen. Was het sop de kool waard? Was het echt noodzakelijk om de zogenaamde niet-dringende zorg op pauze te zetten? Op korte termijn was dat misschien wel goed, maar wat zullen de problemen op lange termijn zijn?

Is er op dat vlak voldoende evenwicht bewaard?

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, je remercie MM. Brouwers et Mot ainsi que Mme Tebbache pour leurs témoignages. Chers médecins spécialistes en formation, vos témoignages sont éclairants et même particulièrement interpellants, quand M. Mot évoque des retenues de salaire pratiquées auprès de médecins assistants, malades en période covid. J'avoue que je ne peux pas le concevoir. J'y reviendrai.

Pour partager ma vie depuis plus de 30 ans avec mon épouse, qui a été elle-même comme vous médecin assistant spécialiste, avant de devenir chef de service d'un grand hôpital bruxellois, je mesure pleinement la charge, le dévouement, la vocation qui est la vôtre. Votre métier, quelle que soit la spécialité, est un investissement de tous les instants de jour comme de nuit. Durant cette crise covid, ces jours se sont confondus avec vos nuits au service du bien général, du bien public, de la santé de tous les citoyens, face à un virus que vous ne connaissiez pas. Souvent, vous avez été au front avec courage au temps fort du début de la crise sans matériel de protection suffisant.

La société tout entière qui vous a applaudi chaque soir, pendant de longues semaines, vous doit une reconnaissance infinie. Et si aujourd'hui, ces

applaudissements ont cessé au fur et à mesure de la maîtrise de la crise, je voudrais me faire le porte-voix des citoyens pour vous dire à tous un sincère merci. Nous pensons encore à vous. Le citoyen ne prend peut-être pas toujours la mesure. Mais oui, les médecins spécialistes en formation sont en première ligne, avec un statut très particulier des heures de travail interminables et pourtant, vous êtes l'avenir de notre médecine. Donc, c'est à nous, députés de cette commission spéciale Covid, de tenir compte de vos témoignages pour anticiper la potentielle survenance d'une crise similaire et, bien sûr, améliorer votre quotidien au bénéfice de tous.

Cela dit, j'aimerais vous poser à chacun et chacune des questions additives. Monsieur Brouwers, j'ai apprécié la présentation de votre enquête covid-19. Vous demandez l'adaptation du statut social *sui generis* de votre activité. J'aimerais en savoir davantage. Que faudrait-il très concrètement pour adapter ce statut social et le faire évoluer? C'est à mon sens une question éminemment importante, puisque, aujourd'hui, comme vous le dites, c'est un statut hybride, un statut *sui generis*, qui vous concerne uniquement. Comment pouvons-nous faire, nous, le législateur, les députés, pour améliorer cela?

Vous dites qu'il est difficile de s'y retrouver dans l'information reçue. Je vous demanderai de bien vouloir développer ce point qui me paraît capital en période de crise et qui est déjà relayé par nos quatre experts dans leur rapport préliminaire. L'information était compliquée et souvent, c'était les hôpitaux qui devaient finalement se débrouiller entre eux pour s'informer. Je voulais vous demander comment améliorer la chose, comment y remédier.

Vos maîtres de stage éprouvent-ils les mêmes difficultés que vous par rapport à ce manque d'information?

Vous avez parlé des souffrances mentales endurées: les burn-out; les spécialistes en formation qui envisagent d'arrêter leurs études. C'est terrible d'entendre cela, quand on sait que c'est une vocation et Dieu sait si vous y mettez toute votre énergie; ce sont des études complexes et prenantes.

Monsieur Brouwers, comment éviter cela à l'avenir pour ce qui est des conditions de travail? A posteriori en ce qui concerne le soutien psychologique, comment faire pour améliorer cette réalité? Je retiens vos recommandations, les fameux trois *quick wins* dont vous avez parlé.

Premièrement, le soutien mental. Des choses sont-

elles déjà en place et, si oui, comment les rendre plus efficaces et plus efficaces? Si non, comment faire pour les mettre en place?

Deuxièmement, la médiation indépendante. C'est une bonne idée.

Troisièmement, le contrôle de la durée de travail. Il est évident que vos heures sont interminables. Je l'ai vécu au plus près. Elles sont ni plus ni moins interminables. Le contrôle de la durée de travail est fondamental.

Quant à vos recommandations plus structurelles, monsieur Brouwers, il y a celle de l'amélioration de votre statut social et celle sur la législation du travail.

Monsieur Mot, vous avez bien fait ressortir le rôle essentiel joué par les médecins en formation. Ils sont en première ligne. J'entends votre message: ils sont souvent livrés à eux-mêmes, avec parfois des dérives (comme relaté dans le témoignage qui m'a glacé) comme le retrait sur salaire pour cause de maladie en pleine pandémie, pour un médecin spécialiste en formation dont on a besoin. Il est là pour combattre en première ligne le virus. Je vous avoue être interpellé et abasourdi.

Vous avez évoqué la prime. La moitié des médecins en formation ne l'ont pas reçue. Comment l'expliquer? Le système est-il vicié à sa base ou s'agit-il de dysfonctionnements? C'est important car, si l'on décide de donner une prime, il faut qu'elle arrive, sinon ce n'est rien de plus que de la communication. Vous l'avez précisé, monsieur Mot, vous l'avez ressentie comme un écran de fumée. Or, ce n'est pas son rôle.

Vous avez évoqué aussi la formation inexistante. Cela m'a fortement interpellé, car si vous me le permettez, il ne faut pas caricaturer la situation. Je vous demanderai de bien vouloir préciser cela et de nous dire sur quoi repose ce constat que vous faites de formation inexistante.

Je vous avoue que j'ai un peu peur, avec des mots aussi forts, qu'on puisse saper la confiance du citoyen envers le corps médical. Évidemment, quand on va à l'hôpital, on a besoin de rencontrer, même si ce sont des spécialistes en formation, des médecins compétents. Donc parler de formation inexistante me paraît, je vous l'avoue, un peu fort. J'aimerais que vous puissiez étayer davantage cette réalité. J'aimerais aussi demander à M. Brouwers ce qu'il pense de ce que M. Mot a dit, à savoir cette formation inexistante. Je pense que c'est important.

J'aimerais bien aussi poser d'autres questions à

Mme Sérime Tebbache, que je remercie également. Vous l'avez dit, madame Tebbache, "on ne nous écoute pas beaucoup". Je pense que vous avez mis le doigt sur quelque chose de vrai. La situation est très différente selon les différents hôpitaux et selon les différents services. Manifestement, cette crise a été vécue de manière différente en fonction que l'on soit dans l'un ou l'autre service et dans l'un ou l'autre hôpital. C'est important de le dire. Je pense qu'il faut remédier à ce manque d'homogénéité des mesures mises en place pour protéger les médecins assistants.

Vous l'avez dit, vous avez le sentiment d'être les grands oubliés de la crise. Madame Tebbache, comment remédier à cela? En termes d'information, faut-il une information plus fluide? J'aimerais vous entendre davantage sur cette question. Je vous remercie en tout cas tous les trois sincèrement, encore une fois. Je voudrais céder la parole, monsieur le président, à ma collègue Nathalie Gilson, qui a encore quelques mots à ajouter, je pense.

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le président, je remercie tous les intervenants pour les informations communiquées. J'ai une question concernant le temps de formation des médecins spécialisés. Certains médecins en formation de spécialisation m'ont dit qu'ils avaient volontairement choisi d'aller en unité covid, alors que d'autres ont préféré rester dans leur spécialisation en ayant parfois moins de travail. Comme mon collègue M. De Maegd, tout ce que vous avez mis en évidence m'a vraiment interpellée. Il faudra donner suite à tout cela. Mais un autre problème m'interpelle également beaucoup: tout le temps passé dans les unités covid ne compte pas pour le temps de formation spécialisée.

Donc j'aimerais vous entendre là-dessus car c'est très problématique. Sur le fond, on ne peut pas nier que dans le cas de quelqu'un qui se spécialise en ophtalmologie, s'il va en unité covid, il n'apprendra rien sur sa spécialisation. D'un autre côté, quel est l'impact que cela a sur ce temps de spécialisation que vous passez? Que peut-on trouver comme solution? Finalement, si je me mets à votre place, je m'imagine que l'on doit se sentir presque pénalisé dans son parcours de spécialisation.

Que peut-on trouver comme solution pour qu'il n'y ait pas ce résultat, presque de pénalisation, alors qu'en réalité, vous êtes des héros? Vous vous êtes sacrifiés. Je connais des jeunes qui ont continué à travailler. Ils étaient positifs au covid, ils étaient malades et comme ils travaillaient dans les unités covid, les hôpitaux leur ont dit de continuer à travailler. Certains n'étaient pas forcément

asymptomatiques. C'était donc parfois même très dur physiquement. Des jeunes ont témoigné en disant qu'ils étaient épuisés, avaient des gros maux de tête, des grosses nausées, mais qu'ils continuaient à travailler et tenaient bon. Sans oublier que certains n'avaient pas toujours le matériel de protection. Il s'agit d'une espèce d'héroïsme.

Je voudrais vraiment vous entendre sur des moyens concrets pour que cela soit récompensé, sans pour autant mettre à mal le contenu de la spécialisation, qui doit s'y retrouver. S'il faut un quota d'heures de spécialisation, on ne peut pas faire sans. Mais en même temps, j'ai le sentiment que certains d'entre vous avec qui j'ai parlé se sentent plus pénalisés par ce travail en unités covid que remerciés, alors que c'est à juste titre que cela devrait être le cas.

Nawal Farih (CD&V): Er zijn al heel wat vragen gesteld, maar ik heb nog twee onderwerpen waarover ik graag de sprekers wat uitgebreider zou horen spreken.

Het ging onder meer over de onafhankelijke ombudsdiensten. Wij weten dat er nog heel wat uitdagingen zijn voor de patiëntenrechten-ombudsdiensten. Wat is uw visie daarop? Wij merken vanuit het middenveld dat er heel wat klachten zijn over het functioneren van de patiëntenrechtenombudsdiensten. Het loopt dus nog steeds niet perfect, maar als ik het goed heb begrepen, heeft de eerste spreker wel verwezen naar dat model. Is dat effectief het model waarin u gelooft? Is het belangrijk om één overkoepelende ombudsdienst per ziekenhuis te organiseren om het vertrouwen van het zorgpersoneel om de stap te zetten naar de ombudsdienst wat op te krikken? Hoe ziet u dat op het terrein? Alle sprekers mogen daar uiteraard op ingaan.

Ten slotte heb ik nog een vraag over de rol van de vakbonden. Hoe goed hebben zij hun rol kunnen spelen tegenover uw groep? Vindt u dat de signalen die aan de vakbonden zijn gegeven, sterk genoeg zijn aangekomen bij de politiek? Hebt u genoeg tussentijds overleg gehad of vindt u dat het daaraan ontbrak, zowel voor als tijdens de crisis? Ik zou graag uw inzichten daarover horen.

Ik wil graag de drie jonge talenten bedanken voor hun sessie en voor alle informatie die zij ons bezorgd hebben.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mesdames et messieurs, je vous remercie pour vos témoignages. Je suis députée, mais je suis aussi médecin généraliste. Quand vous parliez, je me suis revue, il y a 25 ans, lorsque je faisais mes

deux ans de stage à l'hôpital. J'y fréquentais des médecins qui faisaient leur spécialisation et qui étaient complètement épuisés. Ils vivaient presque à l'hôpital n'en pouvant souvent plus. Les pleurs pendant la nuit aux urgences, on a ces souvenirs-là.

Quand je vous entends aujourd'hui, je constate que la situation ne s'est guère améliorée, alors qu'au niveau de la médecine générale, je pense qu'il y a eu une nette amélioration des conditions de travail des jeunes médecins généralistes en formation depuis que le médecin généraliste n'est plus seulement en relation avec son maître de stage, mais qu'il y a cette instance indépendante qui encadre les contrats.

Comment se fait-il que cela n'est toujours pas le cas pour les médecins spécialistes? Où en sont les discussions à ce sujet en lien avec le gouvernement actuel? Avez-vous des avancées?

Je suis étonnée d'apprendre qu'il n'y a pas de droit au chômage. Est-ce qu'il n'y a pas non plus de droit aux congés de maladie quand on est assistant? Pouvez-vous nous expliquer ce qui se passe lorsqu'un médecin spécialiste en formation est malade?

Dans l'enquête que vous nous avez fait parvenir, vous évoquez le manque de personnel infirmier mais aussi au niveau médical; vous dites que le médecin spécialiste en formation est utilisé, en quelque sorte, pour combler ce manque. Quelle est la solution pour y remédier? Quelle est votre position par rapport au numerus clausus qui est normalement d'application?

Sur la crise covid qui nous occupe, dans votre enquête, vous dites que quand il a fallu se former sur la prise en charge des patients covid, 18 % des médecins ont eu des informations via l'hôpital où ils travaillent. Cela me semble peu. Pouvez-vous l'expliquer davantage?

Vous dites également que 76 % des médecins interrogés se disaient qu'il était normal qu'un patient pris en charge dans une unité de soins intensifs "improvisée" aurait un moins bon pronostic. Comment avez-vous vécu la mise en place de ces unités de soins intensifs supplémentaires?

À la page 23 de votre questionnaire, vous dites qu'il aurait fallu faire des choix en amont et pas aux soins intensifs mêmes, par rapport à la prise en charge ou non de certains patients. Des choix ont-ils été faits en soins intensifs? On nous a toujours dit qu'en Belgique, on n'avait pas dû opérer des choix et que les patients avaient toujours été

transférés à temps. A-t-on pu prendre en charge aux soins intensifs ou a-t-on dû faire des choix parmi les patients?

Vous dites être en faveur d'hôpitaux covid et non-covid. Au plus haut du pic, tous les hôpitaux deviennent des hôpitaux covid. Mais dans certains hôpitaux, comme c'est le cas aujourd'hui où l'on a environ 2 000 patients hospitalisés pour covid, ne serait-il pas préférable d'avoir des hôpitaux qui prennent en charge les patients covid, pendant que les autres, plus sains, prendraient plutôt les autres? Ce système n'a pas été mis en place en Belgique, mais je pense que ce serait une idée pour éviter les contaminations.

Vous indiquez que 60 % des médecins interrogés disent ne pas avoir suivi les critères de *testing*. Pourrais-je avoir plus d'informations sur cette affirmation? Pourquoi les critères de *testing* n'ont-ils pas été suivis par les médecins sur le terrain? Dans quel cadre pouvez-vous me donner plus d'explications?

Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de voorzitter, eerst en vooral wil ik de sprekers bedanken voor hun uiteenzetting. Assez choquant zou ik die durven te noemen. Ik heb het thema in het verleden nooit echt opgevolgd, een collega van mij deed dat. Uiteraard wist ik dat er op het terrein een aantal problemen was met het statuut, maar ik moet heel eerlijk zeggen dat uw getuigenis, zo mogen we ze wel noemen, mij met verstomming slaat. Ik was er mij niet van bewust dat het zo erg was. Als ik alles optel wat hier werd verteld, vind ik dat toch qua statuut en qua werkomstandigheden behoorlijk zwaar.

Mijnheer Brouwers, u hebt gezegd dat er mensen met een besmetting voort zijn blijven werken in de ziekenhuizen. Ik zou graag weten hoe dat concreet verloopt op de werkvloer. Beslist degene die besmet is, daarover zelf en wordt er niets over gezegd? Of kondigt men dat aan bij de leiding van het ziekenhuis of bij de leidende arts? Vraagt iemand of dat kan? Of omgekeerd, werd dat gevraagd of zelfs opgelegd door de leiding van het ziekenhuis? Door wie dan juist? Wie besliste daarover, wie liet dat toe of vroeg dat? Ik zou graag weten hoe dat in concreto verloopt als er zoiets gebeurt, want als ik dat zo hoor, vind ik dat toch een groot probleem.

Ik heb begrepen dat er niet zoveel in tijdelijke werkloosheid werden geplaatst. Wat betekent dat juist? U moet het mij niet kwalijk nemen, ik heb reeds gezegd dat ik het onderwerp niet echt ken, maar wat betekent dat juist voor de mensen die een aantal weken of maanden op tijdelijke werkloosheid hebben gestaan? Moeten zij nu

langer stage lopen? Wat betekent het concreet voor hun toekomst? Wat betekent dat voor degenen die wel voortwerkten, maar niet in de specialisatie waarvoor ze aangesteld zijn, of waarin ze zich willen specialiseren? Dat zijn toch ook voor hen een aantal verloren weken of maanden?

Kortom, hoe verloopt zowel het blijven werken met besmetting als de tijdelijke werkloosheid op het terrein en welke gevolgen heeft dat?

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je remercie vivement nos orateurs. À l'image de tous les soignants, vous avez été au front pendant cette crise covid et, clairement, votre engagement, doit à l'image de tous les autres soignants être reconnu et salué à sa juste valeur.

C'est une réalité que j'ai connue de l'intérieur comme spécialiste en médecine interne et en néphrologie. Je ne vais pas raconter ici mes années d'assistanat. J'ai, depuis des années, conservé énormément de contacts avec les MACS sur le terrain et j'ai eu l'occasion de discuter avec eux depuis le début de la crise covid. Il y a un élément qui me frappe dans votre exposé et qui colle à la réalité, c'est cette diversité d'action rencontrée entre les hôpitaux mais aussi au sein d'un même hôpital et parfois entre leurs différents services. Par ailleurs, si des formations ont été spécialement dispensées pour accompagner des assistants qui allaient renforcer l'unité covid, tout à fait en dehors de leur spécialisation, pour d'autres, ce n'était pas toujours le cas: certains ne bénéficiaient pas d'une formation particulière covid ou d'une adaptation par rapport à d'autres missions à remplir.

Plus largement, il faut oser dire que la qualité de formation est très diverse, indépendamment de la crise covid, en fonction de services, d'hôpitaux. Je le répète, elle peut s'avérer très différente même au sein d'un hôpital. Ce sont des questions qu'il faut pouvoir mettre sur la table. En la matière, le volet de la qualité de la formation me semble un enjeu extrêmement important.

Pendant la crise covid, vous avez rappelé cet arrêté qui permet d'assimiler votre travail, même s'il est presté dans un autre service. En même temps, je voyais dans l'étude que 90 % des jeunes ont eu des problèmes avec la commission d'agrément. Est-ce en lien avec cette mission à remplir en dehors du cadre normal de votre plan de stage? Grâce à l'arrêté royal, ces 90 % de problèmes avec la commission d'agrément sont-ils majoritairement réglés ou pas? Si non, que reste-t-il comme problèmes importants? Qu'en est-il de la qualité de votre formation par rapport à votre plan de stage et à vos besoins relatifs à votre engagement futur

comme médecin dans telle ou telle spécialisation? La période, où vous vous êtes investi dans un autre service que celui prévu dans votre plan de stage ou dans un autre service que votre spécialisation, pose-t-elle problème pour votre formation?

Considérez-vous qu'il peut s'agir d'une plus-value? Forcément, une personne qui se spécialise en médecine interne, peu importe le type de spécialisation, peut avoir bénéficié d'une plus-value d'avoir été confronté à une crise covid et de l'avoir gérée avec les médecins et les équipes soignantes. Pour d'autres, c'est plus problématique. Je pense, par exemple, à une spécialisation en chirurgie. S'il a fallu aller en unité covid en médecine interne, c'est vrai que cela a certainement pu apporter être profitable sur le plan infectieux - et de toute façon, on y est toujours confronté dans sa pratique quotidienne. Mais cela ampute la formation sur la chirurgie en tant que telle. Quel est votre point de vue? Comptez-vous déposer des propositions sur la table?

Pour sortir du covid et toujours sur le volet de la qualité, je voudrais examiner avec vous la façon dont on pourrait ensemble tenter de relever la qualité de la formation des MACS, avec une qualité qui est diverse et plurielle d'un service et/ou d'un hôpital à l'autre. D'après vous, serait-il utile d'avoir une forme de baromètre que vous pourriez publier aux endroits de stage? Certes, le bouche à oreille fonctionne entre assistants, mais le plan de stage est normalement rentré souvent dès le début de l'assistantat ou déjà largement planifié. Que pensez-vous d'un baromètre? Ce qui permettrait aussi aux maîtres de stage, aux hôpitaux de se remettre en question vis-à-vis de certains stages et de les amener ainsi à relever la qualité et l'accompagnement de la formation des MACS. Je voudrais connaître votre avis sur la question ou une proposition alternative.

En ce qui concerne la prime des MACS, je note 45 %. M. Brouwers nous dit qu'elle n'avait pas toujours été reçue. Au niveau du SIMAC, M. Mot et Mme Tebbache nous ont dit que 45 % des prestataires ne l'avaient pas reçue. Pourquoi? Avez-vous adressé un courrier à ce sujet? Avez-vous un relevé des MACS par rapport aux hôpitaux et services qui sont en défaut de paiement de cette prime?

Je pense que si cela n'a pas été fait, cela pourrait l'être. On pourrait alors peut-être faire clarifier cela par le ministre de la Santé et par l'INAMI. Il s'agit d'une question d'équité. Je pense qu'il n'est pas acceptable que des médecins assistants candidats spécialistes (MACS) aient été oubliés. Comme hier d'ailleurs, j'avais insisté car il y avait un certain type d'infirmiers et de personnel hospitalier qui ne

l'avaient pas reçue, alors qu'ils auraient dû le recevoir.

J'ai tenté de le faire voter mais cela n'a pas été accepté par la majorité. En tout cas, je pense que pour des questions d'équité, il n'est pas acceptable que des MACS n'aient pas reçu cette prime à laquelle ils ont droit. Nous devons donc absolument clarifier cela. Avoir un relevé permettrait de faire corriger des erreurs, en tout cas j'ose l'espérer.

En ce qui concerne un élément majeur, à savoir le statut, cela fait des années que je tente de le faire avancer. J'ai encore interrogé tout récemment le ministre Vandenbroucke sur le sujet. Il m'a répondu que l'accord national médico-mutualiste de 2021, qui a été approuvé récemment, inclut un montant de dix millions d'euros réservé à l'amélioration de la protection sociale des médecins en formation.

En avez-vous été informés? J'imagine que, oui, mais il faut que vous soyez pleinement impliqués dans la manière d'utiliser cette enveloppe de dix millions d'euros car il y a différents volets au niveau du statut social: pension, chômage - vous en avez parlé -, mais le volet de l'indemnisation des gardes me semble également important.

Des discussions doivent absolument être organisées. Par rapport à cette enveloppe de dix millions d'euros, il est prévu dans l'accord médico-mutualiste que le contenu soit validé pour le 31 mars au plus tard. Êtes-vous au courant et êtes-vous déjà associés à des réunions? Si oui, comment ces discussions se passent-elles? Si non, avez-vous des demandes et des suggestions? Je pense que c'est le moment d'en parler.

Enfin, un dernier point peut-être, si vous me le permettez, sur les heures. Au niveau de l'*opting out*, je n'en ai aucune idée mais vous le savez peut-être. Avez-vous une idée du pourcentage d'assistants ayant signé l'*opting out*? Au-delà de ce point précis, vous avez évoqué le fait qu'il puisse y avoir un médiateur. J'avais cru comprendre ou entendre - mais peut-être que je me trompe, à vous de me le dire -, qu'il y avait un travail réalisé pour le moment par l'INAMI vers l'ensemble des hôpitaux pour obtenir une clarification et un relevé des heures des assistants, etc. Cette information est-elle correcte ou est-ce que je me trompe?

Par rapport à cela, les choses se passent-elles bien? Est-ce la raison pour laquelle vous proposez qu'il y ait à la fois un médiateur, mais aussi que l'inspection sociale s'en occupe? Pourriez-vous aller un peu plus loin sur ces points qui me

semblent importants?

Je vous remercie en tout cas pour ce que vous pouvez nous apporter. Je vous souhaite aussi bon courage pour la suite. La crise n'est pas finie. Je voulais vous dire ô combien! à mon sens la qualité de la formation est un enjeu majeur. D'abord pour les médecins, mais aussi tout simplement parce que la qualité de votre formation fera la qualité des soins apportés à tous les patients demain. C'est donc un enjeu de santé publique majeur.

Robby De Caluwé (Open Vld): Namens de Open Vld-fractie bedank ik u van harte voor uw presentatie, de antwoorden op onze vragen, de documenten die u ons op voorhand hebt bezorgd en vooral voor wat u hebt gedaan tijdens de crisis en voor de motivatie waarmee u dat engagement bent aangegaan.

U hebt tijdens uw uiteenzetting duidelijk gemaakt dat de crisis een aantal bestaande problemen heeft versterkt of toch minstens zichtbaarder heeft gemaakt. Veel leden van onze commissie zijn ook lid van de commissie voor Volksgezondheid, dus ik denk dat wij die elementen zeker moeten meenemen naar die commissie, waar we de structurele problemen bespreken. Een aantal collega's heeft ook daarnaar verwezen. Dat is dus zeker niet in dovemansoren gevallen.

Wat de premies betreft, ik heb begrepen dat die in een aantal gevallen nog steeds niet uitbetaald zijn, terwijl het koninklijk besluit al in oktober werd gepubliceerd. Weet u waar dat precies vastloopt? Ik vind dat immers een verontrustende boodschap.

Voorts ben ik bezorgd over de problemen met de erkenningscommissies. Als ik het goed heb begrepen, wordt het op federaal niveau mogelijk gemaakt dat ook de uren die u presteert op andere diensten dan de diensten van uw eigen specialisatie - en dat is op dit moment heel vaak wegens COVID-19 - meetellen voor uw stageplan, maar dat ze in een aantal gevallen door de erkenningscommissies van de Gemeenschappen worden geblokkeerd.

Dat is relevante informatie voor ons, want wij proberen in onze commissie immers ook de institutionele weffouten bloot te leggen. Ik heb begrepen dat het probleem zich in meerdere gemeenschappen voordoet. Hebt u een zicht op hoeveel artsen-specialisten in opleiding hierdoor in de problemen geraakten en wat daar momenteel de stand van zaken is? Wellicht kent u de cijfers niet uit het hoofd, maar u kunt ze ons later bezorgen.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat de experts nog

graag even kort het woord willen nemen. Ik sta dat zeker toe en ben ervan overtuigd dat dat een meerwaarde zal zijn.

Leïla Belkhir: Je voulais remercier les MACS d'être intervenus et rappeler à quel point leur rôle est important. On n'aurait pas pu prendre en charge de nombreux patients sans eux. Néanmoins, je préciserai que, dans tout ce qui a été expliqué, il est important de retenir que cette crise n'aura fait qu'exacerber la disparité en termes de qualité de formation déjà connue d'un hôpital à l'autre et pour laquelle, malheureusement, il y a peu de retours. Dire qu'il n'y a pas eu de formation pour les assistants ou qu'il n'y a pas eu de supervision, c'est vrai dans certains hôpitaux mais cela n'a pas été le cas partout.

Il est clair que cette crise a été difficile pour tout le monde: pour les assistants, mais également pour des médecins formés dont je fais partie, des infectiologues... Tout le monde a dû mettre la main à la pâte. Il y a eu des formations mais pas partout. Il y a eu un encadrement pour les gardes, pour la nuit, pour les supervisions, mais pas partout. Il serait intéressant de réaliser un cadastre pour voir où cela a été moins bien géré. Était-ce dû à un manque de moyens? Tous les hôpitaux n'ont pas eu le même accès au matériel de protection. Il faut aller plus loin que le constat de dire que les assistants ont été livrés à eux-mêmes. Oui c'est vrai, mais j'insiste, quand même pas partout.

Pareillement pour la prime: il y a trois primes. Celle de 250 euros par mois pour la première vague qui a été payée, mais peut-être pas à tous les assistants. Pour notre réseau, je peux confirmer qu'elle a été payée. Il y a la prime de 985 euros qui a été payée, peut-être pas partout, mais les MACS de notre réseau l'ont reçue et je l'ai vérifié. Il reste en discussion la prime de complément pour les gardes qui, selon l'arrêté royal, doit être répartie avec l'accord du Conseil médical. Pour cela en effet, dans de nombreux hôpitaux, la façon de la répartir n'a pas encore été décidée. Je précise tout ceci pour aller plus loin dans les explications.

Par rapport au fait qu'il y a eu des MACS qui se sont portés volontaires et d'autres moins, c'est révélateur de tous les médecins. Au cours de chaque vague, des médecins ont eu peur du covid. On l'a constaté. Certains étaient volontaires et d'autres l'étaient moins. Ce sont des questions qui touchent plus globalement au facteur humain. Tout le monde n'est pas prêt à affronter certaines choses. Il faut nuancer. Je remercie tous les MACS. Chez nous, nous n'aurions pas pu prendre en charge tous les patients sans eux, c'est une évidence.

Jean-Michel Mot: Monsieur le président, mesdames et messieurs, je vous remercie pour toutes vos questions très pertinentes, dont j'ai pris note au fur et à mesure.

J'aimerais ouvrir une petite parenthèse sur la formation. Tout à l'heure, j'ai déclaré qu'elle était inexistante en certains endroits. C'est un fait qu'il ne sert à rien de nier. Bien évidemment, ce n'est pas partout pareil. Heureusement, plusieurs services sont exemplaires et des maîtres de stage se montrent très humains au contact de leurs assistants. Le problème est que cela se dégrade de manière générale. À titre d'exemple, il faudra m'expliquer où l'on voit une formation dans la présence d'un assistant qui sera tout seul de garde aux urgences durant la nuit. Ce n'est pas quelque chose d'exceptionnel, car ce ne sont pas seulement les petits hôpitaux périphériques qui sont touchés. Au contraire, sur le plan des problèmes de formation, les hôpitaux universitaires sont assez bien ciblés - précisément par les assistants que nous avons interrogés.

Je sais que soulever ces problèmes de formation fait peur, mais c'est un fait. Nous participons tous à la formation des MACS un peu plus jeunes. Heureusement, nous avons été aussi formés par des MACS avec lesquels nous avons eu de très bons contacts. Très clairement, des médecins agréés sur le terrain déplorent de ne plus avoir assez de temps à consacrer aux assistants. Cela signifie également qu'ils en ont moins pour la supervision. Une telle situation est malheureuse, parce qu'ils ont aussi pour vocation de partager, mais qu'ils se retrouvent parfois dans l'impossibilité de le faire. Nier les problèmes de formation conduit à des dérives telles que celles auxquelles nous assistons actuellement.

S'agissant de l'amalgame entre employeurs et formateurs, le Dr Brouwers pourra vous donner son avis du côté flamand. En tout cas, en Fédération Wallonie-Bruxelles, cet amalgame n'a pas vraiment lieu d'être, puisque l'employeur des assistants n'est pas le maître de stage, mais l'hôpital. En revanche, les formateurs sont le maître de stage, tous les médecins du service ainsi que les MACS supérieurs qui participent à la formation. Toutefois, ce statut d'employeur n'est pas du tout assumé par les institutions, qui se déchargent complètement de leurs responsabilités sur les maîtres de stage. Au demeurant, il suffit de consulter nos contrats. De fait, elles n'ont aucune obligation de respecter quoi que ce soit en tant qu'employeur.

La preuve, c'est qu'il faudrait notamment réformer le statut *sui generis*. Nous sommes tout à fait d'accord. Cela demande un travail de fond. Mais

une solution très facile, très simple et très rapide à appliquer, c'est de reconnaître que les assistants ont un contrat de travail avec l'hôpital. Ce n'est toujours pas accepté.

Alors que pourtant, pour avoir un contrat de travail, il faut répondre à certaines conditions, notamment des prestations, une rémunération et un lien de subordination. Tous les assistants rencontrent ces trois critères avec l'hôpital dans lequel ils travaillent. Ils ont un contrat de travail, c'est indéniable, point. Le problème, c'est que ce n'est pas dit officiellement. Du coup, les hôpitaux se cachent derrière cela; parce que, qui dit pas de contrat de travail dit, justement, pas droit au droit du travail, tout simplement.

Pour ce qui est des congés de maladie, globalement, en Fédération Wallonie-Bruxelles, les assistants ont droit aux congés de maladie, sauf les assistants ressortant de l'Université de Liège. Pourquoi? L'excuse, c'est justement que nous n'avons pas de contrat de travail, donc que l'employeur n'est pas tenu d'offrir un salaire garanti pour les assistants qui tombent malades.

Du coup, effectivement, on se retrouve avec des retraits sur salaire, alors que le salaire couvre un temps plein. Nos heures de travail couvrent largement plus qu'un temps plein. Du coup, même si vous faites 170 heures sur le mois, ce qui est plus qu'un temps plein, mais que vous avez été absent une semaine, on vous retire l'équivalent de 7 jours de salaire sur le mois. Tout simplement. Parce que vous n'avez pas de contrat de travail. Ce qui pose effectivement question et c'est un vrai problème.

Dans les faits, cela se transforme en quoi? Les assistants viennent travailler quand ils sont malades, parce que sinon cela devient compliqué. Vous devez passer sur votre mutuelle au premier jour, et voilà. Et on se retrouve avec des non-sens où, dans le même hôpital, dans un même service, deux assistants, un ressortissant par exemple de l'Université de Louvain, un ressortissant de l'Université de Liège. Les deux tombent malades, il y en a un qui est payé, pas l'autre.

Ce sont des grandes questions, effectivement, à propos desquelles nous n'avons pas de réponses; et pourtant, cela fait un moment que nous nous battons à ce sujet, notamment en province de Liège. Nous ne comprenons pas cette situation. Très franchement, il y a vraiment un gros désaccord de ce côté-là.

Affirmer que les assistants ont un contrat de travail serait déjà un premier pas qui réglerait vraiment énormément de choses. Du coup, effectivement,

nous tomberions sur toutes les lois du travail, de protection, etc. Ce qui serait déjà pas mal.

Pour ce qui est des heures de travail et de leur contrôle, il faudrait déjà avoir un système objectif d'encodage de ces heures de travail. Globalement, cela se passe comment? Vous marquez sur un papier les heures que vous avez faites. Vous rentrez cela à la secrétaire de votre service, qui vous dit une fois: "Ben non, il y a trop d'heures. Attends, il faut que tu modifies ça, quand même." Ou des choses comme cela. Des retours comme cela, nous en avons beaucoup. Ces papiers sont rentrés avec des dépassements horaires assez classiques, mais nous n'avons aucun retour là-dessus. Cela ne pose pas de problème à qui que ce soit.

Pour avoir un système vraiment objectif, mis à part un système de pointage, je ne vois pas trop d'autre solution, en fait. C'est le seul truc qui permettrait un encodage vraiment officiel, sur lequel on pourrait avoir un droit de regard et un droit de contrôle, tout simplement. Je pense qu'effectivement, ce serait pas mal.

On a parlé souvent du temps de travail et des heures de formation, par rapport au fait que nous étions en unités covid. Effectivement, par rapport à l'agrément, on sait d'ores et déjà que cela va poser problème. Pourquoi? Par exemple pour ceux qui se destinent aux spécialités de chirurgie, et qui ont un certain nombre d'actes à faire pendant leur assistantat afin de remplir leur carnet de stage télématique au jour le jour, etc. Le fait d'avoir été délocalisés, d'avoir eu un arrêt de l'activité et de ne pas avoir pu faire ces interventions-là, va faire qu'ils vont se retrouver en retard sur leur carnet de stage. Par conséquent, s'il n'y a pas d'assouplissement des critères, ils vont être tous prolongés, alors qu'ils ont travaillé en unités covid. C'est problématique. Par ailleurs, on a déjà dû rentrer des modifications au plan de stage parce qu'on avait été prolongés dans des salles qui ne respectaient plus le carnet de stage et des choses comme ça. C'est pareil; on ne sait pas trop. On verra avec le recul s'il y a des sanctions par rapport à cela ou pas. Mais il est un peu tôt pour le dire.

Clairement, la commission d'agrément fait rarement preuve de compréhension ou de souplesse par rapport aux critères qu'elle impose aux assistants. Pour ce qui est des carnets de stage, ils sont faits en avance. Cela dit, des modifications de notre plan de stage sont assez souvent imposées aux assistants qui doivent du coup rentrer une modification de plan de stage à la commission d'agrément et se faire valider pour pouvoir poursuivre leur stage, tout simplement.

La question des heures de formation est une grande question. Pourquoi? Si on regarde les critères d'agrément, le temps de formation pour un assistant est un temps plein. Un temps plein en Belgique, c'est 38 heures par semaine, et 1 976 heures par an. Or, un temps plein d'un assistant, en tout cas en Fédération Wallonie-Bruxelles, c'est entre 2 500 et 3 000 heures par an. Donc, effectivement, cela pose question. En fait, au lieu de faire six ans de formation en équivalent temps plein, un assistant en fin de formation a travaillé neuf ans. On parle de sanctions par rapport au temps de travail. Mais, effectivement, pas mal de sanctions sont déjà en cours au niveau de l'agrément, pour des retards de délai, de renvoi de carnet de stage, etc. Cela paraît quand même assez aberrant, par rapport au travail qu'ils fournissent au quotidien, sur le terrain.

Les indemnisations de gardes, c'est pareil. Il faudrait également définir ce qu'est une garde. Parce que la garde, c'est un grand sac où on met plein de choses. Un assistant ou même un médecin superviseur peut être de garde sur place, de garde rappelable, ou de garde dans n'importe quel service. Ce n'est pas forcément le même travail. Les gardes aux urgences par exemple, c'est du travail inhérent aux urgences. C'est le même travail que pendant la journée, cela ne change rien. Surtout vu la fréquentation des hôpitaux, qui n'a fait qu'augmenter ces dernières décennies. Au final, une garde aux urgences est une nuit blanche où vous voyez des patients toute la nuit. Peut-on vraiment parler de garde, ou vraiment alors de temps de travail? C'est quelque chose qu'il serait bon de redéfinir, en soi.

De par ce fait, en ce qui concerne la rémunération de garde, il n'y a aucune obligation pour les hôpitaux. On leur laisse le libre choix de faire ce qu'ils veulent avec ce genre de rémunération. De même, au niveau des primes, on leur laisse le libre choix de donner les primes aux assistants également, et on ne contrôle pas les institutions.

On fait souvent aussi un amalgame comme quoi il y a un problème, surtout avec nos maîtres de stage, nos superviseurs, etc. Or je pense que les trois-quarts des problèmes que rencontrent les assistants ne viennent pas de ce biais-là. Ils viennent plutôt de leur employeur qui est l'hôpital qui, pour fonctionner, a besoin de cette main-d'œuvre qui travaille autant d'heures. Pourquoi? Parce que la demande de soins est là et qu'on doit assurer les soins derrière. Tout simplement! Responsabiliser les hôpitaux en tant qu'employeurs permettrait, à mon sens, déjà de régler pas mal de problèmes, et de soulager notamment nos maîtres de stage. Il est vrai que parfois on fait l'amalgame et on les considère

comme étant nos employeurs, alors que pas du tout. On n'a pas de contrat avec eux. Le seul contrat qu'on a avec eux, c'est un contrat formatif. Ils sont sur nos plans de stage. Ils sont là pour nous transmettre.

Justement, le fait qu'on les catalogue comme nos employeurs, cela les stigmatise, alors que, soyons honnêtes, de nombreux maîtres de stage sont des gens très compétents et à l'écoute de leurs assistants. Ce n'est pas le cas partout. Cela non plus, il ne faut pas généraliser. Certains sont vraiment inappropriés; on ne va pas se le cacher. Il est vrai qu'on pourrait très bien faire un cadastre des hôpitaux où la formation est déficiente et pose problème. En fait, c'est tout simplement principalement là où il y a le plus d'assistants. Mais on pourrait faire un tel cadastre, au risque de ne pas plaire à certains.

Il me semble m'être déjà prononcé sur pas mal de points. Je cède la parole à Mme Tebbache.

Sérîma Tebbache: Monsieur le président, je suis évidemment assez d'accord avec ce que M. Mot a dit. Je voudrais quand même remercier tout le monde car cela fait plaisir de voir tous les partis, toutes les personnes importantes que vous êtes se pencher sur notre statut. Cela fait en tout cas plaisir de se sentir un peu écouté.

Vos questions étaient hyper pertinentes et, en soi, cela m'a aussi réjoui de constater que, quand vous entendez nos problèmes, vous réagissez d'une façon qui me semble tout à fait rationnelle, ce que nous ne voyons pas toujours sur le terrain.

Beaucoup de questions que vous vous posez et que nous nous posons seraient réglées par une régularisation de notre statut. Par rapport à ce que vous disiez sur le "comment essayer de régulariser ou de créer quelque chose", pour nous, cela n'a pas de sens d'essayer d'adapter un statut qui est tellement flou, que ce statut *sui generis* qu'on ne comprend pas. Pour nous, il faut clairement créer une commission paritaire entre les médecins assistants et les hôpitaux. D'ailleurs, on a déjà écrit une proposition et on est en train d'essayer de la défendre. Pour nous, c'est ça vers quoi il faut aller et pas juste essayer de régler encore avec des compromis comme on connaît depuis dix ans et qui font qu'on n'avance pas du tout.

C'est aussi un constat assez triste, c'est que cela fait dix ans qu'il y a plein de gens qui sont impliqués comme nous et qui essayent de régler les choses et cela fait dix ans que c'est la même chose. Quand on prend les problèmes des médecins qui sont résidents maintenant et qu'on leur raconte nos problèmes, c'était exactement les mêmes

problèmes. On n'avance pas, j'ai l'impression qu'il faut un truc un peu plus, pas révolutionnaire, mais un vrai contrat, une vraie commission paritaire avec des vrais droits.

Je pense aussi que pour l'enregistrement des heures de travail, malheureusement ni nos maîtres de stages ni les hôpitaux sont prêts à vraiment entendre les heures de travail qu'on fait. D'ailleurs, il arrive régulièrement qu'on nous dise qu'on ne peut pas pointer parce qu'on ferait exprès de rester tard à l'hôpital pour être payés plus, alors qu'on est payés deux euros de l'heure. Je pense, comme Jean-Michel, qu'un système de pointage comme les infirmières ou les autres travailleurs serait idéal.

Au niveau des arrêts maladies et du fait que même si on était covid positifs, on devait continuer à travailler. La plupart du temps, ce n'était clairement pas un choix de notre part. C'est juste qu'on travaille dans l'urgence et ...

Il y a eu un moment où si toutes les personnes covid du service devaient arrêter de travailler, il n'y avait plus personne dans le service. Il n'y avait pas le choix. On arrêta de travailler si on était vraiment malade et pas capable de travailler mais même avec une toux et un peu de fièvre, il y a eu qui continuaient à travailler avec leur masque et qui essayaient de s'arranger avec les autres et tout. Mais il y a juste un moment où on n'avait plus le choix. Pendant ces moments-là, à la limite, je comprends qu'on ait dû travailler en crise et dans l'urgence. Tout le monde était prêt à le faire et on n'avait pas de problème avec ça.

Par contre, au niveau fédéral, je me demande pourquoi au moment où les vagues arrivent, on n'a pas dépisté tout le personnel soignant pour sortir ceux qui étaient positifs, comme cela a été le cas en Allemagne dès la première vague. Tout le personnel hospitalier a été testé et ils ont sorti les cas positifs. Il y a eu quelque chose de fédéral qui a bien limité les contaminations des cas asymptomatiques.

Par ailleurs, comme vous l'avez dit, beaucoup de médecins décident d'abandonner. Cela vaudrait la peine d'élaborer un cadastre. Pour ce qui me concerne, j'en connais beaucoup. Mon témoignage a d'ailleurs été publié dans *Médor*. Depuis, je reçois de nombreux messages de détresse de MACS: "Je ne sais pas quoi faire. Je n'ose pas m'arrêter par peur d'être jugé par mes maîtres de stage. Si je dis que je suis en burn-out, ils vont considérer que je ne suis pas capable de suivre sa formation."

En fait, je ne sais pas quoi faire avec ces gens. J'essaie de les orienter vers des psychologues que je connais, des psychiatres, des structures

susceptibles de les aider. Je pense vraiment que des mesures concrètes sont nécessaires pour les médecins, mais aussi pour tout le personnel des hôpitaux. On assiste, aujourd'hui, à une fuite des hôpitaux publics, à une fuite des cerveaux. C'est vraiment affolant! Toutes les jeunes infirmières se forment à l'hôpital, mais ne veulent pas y faire leur carrière. En tant qu'assistante en pédiatrie, je peux vous dire que, vu le système actuel, il est hors de question que je fasse ma carrière à l'hôpital, en tout cas dans un hôpital public. En effet, les conditions de travail n'y sont pas bonnes. On n'a le temps de rien. On n'a pas le temps de former les assistants. On est mal payé. Ceux qui travaillent à l'hôpital des enfants sont payés – me semble-t-il – 3 000 euros net pour un temps plein, après douze ans d'études.

Même en dehors du covid, notre système de soins de santé est bancal. Tenant compte du fait qu'on fait partie de l'Union européenne, pourquoi ne s'inspire-t-on pas des pays dont le système fonctionne beaucoup mieux? Jonas Brouwers a parlé des Pays-Bas. En Suisse, cela fonctionne également beaucoup mieux, même si on sait, bien entendu, qu'elle dispose de plus d'argent. On pourrait aussi s'inspirer de ce qui se passe dans les pays du Nord, ou en Allemagne dont le système semble également beaucoup mieux fonctionner que le nôtre.

Jonas Brouwers: Mijnheer de voorzitter, geachte parlementsleden, bedankt voor uw ingediende vragen en de vragen die u vandaag nog bijkomend hebt gesteld. Ik zal gestructureerd antwoorden per lid dat vragen gesteld heeft.

Mevrouw Gijbels, u stelt dat de covidcrisis de problematiek op scherp gesteld heeft. Als het gaat over de opting-out, dan klopt het inderdaad dat er op dit moment geen controle is. Officieel houden de werkgevers de arbeidstijdregistratie bij en ook of er een opting-out getekend is. Een Vlaamse bevraging bij ons vorig jaar heeft aangetoond dat 90 tot 95 % van de assistenten de opting-out tekent, al dan niet vrijwillig. Dat laatste is ook belangrijk om te vermelden, want soms wordt de ondertekening haast verplicht en het heeft dan eigenlijk geen enkele zin om het opting-out te noemen, want het is dan eerder een verplichting.

Kan het toezicht worden verhoogd? Ik denk van wel. Wij hebben verwezen naar de Sociale Inspectie. Enkele commissieleden maakten ook een link met de commissie voor Sociale Zaken. De FOD WASO is verantwoordelijk voor die inspectie. Tot nu toe is er, zoals ik al zei, nog geen inspectie geweest. Er moet dus eerst worden geïnspecteerd en die inspectie moet ook effectief zijn, waarmee ik bedoel dat er een audit moet gebeuren met de mensen op het terrein. Het volstaat niet om bij de

werkgevers het register op te vragen. Mijn collega's hebben al aangetoond dat er soms nog post factum zaken aangepast worden.

Aangaande de mentale moeilijkheden toont onze bevraging nu aan dat de helft van de bevroegden aangeeft het mentaal toch moeilijk te hebben en dat 4 % van hen professionele hulp zoekt. Dat aantal kan als gering beschouwd worden, maar wij waren ervan geschrokken, want het gaat toch om vier personen op honderd. Moeten we dat beter aanpakken? Ik meen van wel, in normale tijden sowieso, maar ook in crisistijden en interviews, zoals u hebt geopperd, is dat een goed idee. Sommige ziekenhuizen doen dat op dit moment en dat wordt daar als positief ervaren. Wij hebben ook gezien dat er in sommige ziekenhuizen psychologen ingezet worden om proactief naar de specialisten in opleiding en andere zorgverleners toe te stappen en te vragen of het gaat. Die proactieve houding moeten we zeker meenemen en wij zullen dat dan ook aankaarten.

Inzake de kwaliteit van de opleiding denk ik dat het heel belangrijk is om ook enkele punten in het licht te stellen. De drop-out of verhoogde drop-out is effectief een probleem. Daarover hebben we eigenlijk weinig concrete objectieve cijfers. Bij de gemeenschappen, die immers bevoegd zijn voor de erkenning en evaluatie van de stageplannen, kunnen wij vragen wie er gestopt is met zijn stageplan, maar niet iedereen die uitgevallen is, stopt automatisch zijn stageplan of geeft dat door aan de administratie. Ik denk dus dat er een ander systeem moet komen. Wij hebben de gegevens ooit opgevraagd bij de RVA en de administraties, maar tot nu toe is er nog geen objectief cijfer. Ook dat nemen we zeker mee.

Is er een vergelijking mogelijk met andere landen? Ik denk het wel. Wij verwijzen graag naar Nederland, omdat we zien dat de opleiding voor specialisten daar heel anders gestructureerd is, maar eigenlijk hoeven we niet zo ver te kijken. De opleiding van huisartsen in ons eigen land heeft een aanpassing gekend, waarbij onder meer die rollen worden gescheiden.

Die spoedcursussen voor covidzorg is inderdaad een interessant aspect. Hadden we dat beter moeten organiseren? Ik denk het wel. We hadden dat kunnen doen. We hadden de expertise van de universiteiten kunnen bundelen. Nu is het zo dat universiteiten dat zelf hebben georganiseerd en verdeeld over hun stagiaires, artsen en specialisten in opleiding, wat een goede zaak is, maar dat had beter kunnen worden gecoördineerd. Ik denk dat dit een belangrijke les om in de toekomst mee te nemen.

Dan over de besmettingen bij de specialisten in opleiding. Mijn collega's aan Franstalige kant hebben het ook aangegeven. Het is zo dat er in het begin van de crisis weinig werd getest, ook bij de zorgverleners. Heel wat assistenten wisten niet of te laat dat ze besmet waren. Ze zijn komen werken met symptomen. Dat is toch een belangrijk aspect om mee te nemen. Ook wij zijn vragende partij om zorgverleners, zeker in de komende crisis, goed en op tijd te testen.

Ook de rapportage van de cijfers, mevrouw Gijbels, is een belangrijk punt. Wij vroegen daar ook om. Wat is nu eigenlijk het besmettingspercentage van de specialisten in opleiding of van de specialisten in het algemeen? Daar was ook voor ons geen antwoord. Ik denk dat dit een heel belangrijk punt is om mee te nemen.

Op de adequate supervisie kom ik straks terug voor het antwoord aan uw collega's van de MR, maar het is inderdaad zo dat er soms adequate supervisie ontbrak. Dat is niet te verwonderen. Er was een algemeen tekort, of er was soms een tekort, aan personeel en dus ook aan supervisors. Dat kan ook te maken hebben met het feit dat er op sommige diensten plots een grote toestroom van patiënten was. Meer patiënten met hetzelfde aantal supervisors zorgt in het algemeen voor minder supervisie.

Komt de kwaliteit van zorg daarmee in het gedrang? Mogelijks. Wij hebben daarover nog geen objectieve cijfers, maar ik hoef u niet uit te leggen dat dit een mogelijke impact kan hebben. Zoals mijn collega's ook al zeiden, als er 's nachts wachtdiensten worden gedraaid en er is geen supervisie, dan is dat uiteraard een probleem. Ik kom daar straks op terug.

Met de opmerking over de stageboekjes ben ik het helemaal mee eens. Wij vragen al jaar en dag aandacht voor de absurde administratie. Wij moeten daarvoor naar de gemeenschappen kijken, want de stageplannen en de stageboekjes worden door de gemeenschappen bekeken. Dat het Agentschap Zorg en Gezondheid nog niet digitaal werkt, kunnen we niet accepteren. Dat hebben we daar ook aangehaald.

Er is ons wel beloofd dat de good practice om het stageboekje in pdf per mail op te sturen behouden zal blijven. Ik denk dat dit een stap vooruit is, maar laat ons dat eerst afwachten.

Wij hadden inderdaad vermeld dat de situatie op het terrein niet altijd strookt met de zaken die naar buiten kwamen. Dat heeft voornamelijk te maken met casuïstiek. In bepaalde ziekenhuizen was het echt alle hens aan dek, wat niet altijd duidelijk naar

buiten is gebracht. Dat is ook moeilijk. Wij kunnen ook niet elk ziekenhuis over dezelfde kam scheren. Ook wij willen dat niet doen. In heel veel ziekenhuizen liep het wel goed. Dat moeten wij toch ook benadrukken. Wij zijn zeker niet in de hoedanigheid om alle ziekenhuizen te veroordelen. Integendeel, heel wat ziekenhuizen, misschien zelfs allemaal, hebben erg hun best gedaan.

Voor de basisvergoeding en de wachtvergoedingen heb ik proberen aan te tonen dat het om een wettelijk probleem gaat. Op dit moment is er in geen enkele wet, ministerieel besluit of koninklijk besluit eigenlijk iets vastgelegd inzake de basisremuneratie en de wachtvergoedingen en evenmin inzake de vergoeding voor overuren. Ik herhaal mijn warme oproep aan alle commissieleden, alle parlementsleden, zeker van de commissie voor Gezondheid, om dat punt aan te halen, ook in de commissie voor Werk.

Er is ter zake effectief een probleem. Wat heeft de overheid wel gedaan? Via het koninklijk besluit tot uitzonderlijke financiële tegemoetkoming aan de ziekenhuizen heeft de overheid voorzien in een tegemoetkoming voor de basisvergoeding voor specialisten in opleiding en voor de wachtdiensten alsook in een bijkomende premie. De eerlijkheid gebiedt erop te wijzen dat de eerste twee componenten – dit is ook belangrijk om te vermelden – in handen zijn van de medische raden van de ziekenhuizen. Het is de medische raad die zal beslissen over de manier waarop die premie – de vergoeding voor wachtdiensten en de basisvergoeding gaan naar de stagemeester of de werkgever, die de assistent betaalt – wordt aangewend.

Wij kunnen ervan uitgaan dat alle medische raden in eer en geweten de juiste vergoedingen zullen geven. Tot op heden zien wij dat op het terrein echter niet gebeuren. Het koninklijk besluit dateert van 30 oktober 2020. Wij zijn ondertussen toch al een heel pak later.

De inspraak in het beleid is ook een belangrijk punt, dat ik heb geprobeerd aan te tonen, door aan te geven dat wij effectief weinig inspraak hebben. Dat komt deels ook, omdat voor de specialisten in opleiding nergens in een officiële vertegenwoordiging is voorzien. Nochtans zijn zij wel werknemer of 'light werknemer'. Ik heb ook opgemerkt dat het in andere sectoren ondenkbaar is dat de werkgevers alleen beslissen over de omstandigheden van de werknemers.

De eerlijkheid gebiedt mij er ook op te wijzen dat minister Vandenbroucke en de Nationale Paritaire Comité Artsen-Ziekenhuizen ons in het dossier hebben uitgenodigd als vertegenwoordiger in de

commissie, om er als uitgenodigd lid op aanwezig te zijn. Indien echter wordt gestemd of indien er beslissingen moeten worden genomen, zitten wij niet aan de knoppen. Dat is een belangrijk punt.

Een aantal commissieleden verwees naar de vakbonden.

We moeten zeggen dat we een goed contact hebben met de artsensyndicaten, die ook de belangen van de specialisten in opleiding behartigen. Aan Vlaamse zijde nemen de BVAS en het Kartel die taken op zich, maar ook voor hen is het moeilijk. Zij zijn opleider en werkgever, en moeten ook de specialisten in opleiding verdedigen. Ik meen dat ze die taak zo goed mogelijk proberen te vervullen, maar soms merken we dat er een conflict kan ontstaan. Dat is geen verwijt, ik meen dat dit normaal is.

Mevrouw Hennuy, u hebt ook verwezen naar de werklust, de risico's en het fysiek en psychisch evenwicht in deze crisis. Ik heb al een paar keer gezegd dat die balans moeilijk was. Alle artsen in opleiding en alle zorgverleners hebben in deze crisis hun steentje bijgedragen. Ze wilden ook helpen, niemand van ons zegt dat we eigenlijk thuis hadden moeten blijven en niet hadden moeten helpen. Het is ook niet voor niets dat we die enquête nu houden. Het afgelopen jaar hebben we gewoon geprobeerd om onze job zo goed mogelijk te doen.

Dat wil niet zeggen dat we die problemen niet merken, we zien ze nu zelfs versterkt. We moeten de impact op langere termijn bekijken en daarvoor moeten we objectieve gegevens verzamelen. Op dit moment gebeurt dat niet en weten we dus niet hoe de mentale gezondheid bij specialisten in opleiding evolueert. Er worden soms wel studies gedaan maar die zijn eerder anekdotisch dan structureel.

Moet het statuut hetzelfde zijn voor iedereen? Het statuut, met de sociale rechten, is iets wat we op beleidsniveau moeten aanpakken. Dat zal niet in 1, 2, 3 gedaan zijn. Ik kom straks terug op de vraag of we het volledig in de vuilnisbak moeten gooien dan wel het aanpassen. Als het gaat over de arbeidswetgeving, onder meer de basisremuneratie en de vergoeding voor wachturen en overuren, dan is dat iets wat voor elk ziekenhuis en elke stageplaats hetzelfde moet zijn. We zien nu echter soms zelfs binnen ziekenhuizen verschillen, omdat de werkgever in die ziekenhuizen dan de associatie van artsen in een bepaalde discipline is. We moeten die 2 zaken zeker uit elkaar trekken. Als het gaat over arbeidswetgeving, dan moet er een enkele wet zijn die gelijk is voor alle specialisten in opleiding, ongeacht waar ze staan.

U hebt terecht verwezen naar het feit dat deze problematiek al lang bestaat. Sommigen van u herinneren zich misschien het wetsvoorstel rond het sociaal statuut van artsen in opleiding dat de collega's van Ecolo-Groen in 2016 in de commissie voor Volksgezondheid hebben ingediend. Ik raad iedereen aan om dat er eens bij te nemen, dat is eigenlijk heel actueel. Het is een zaak die we zeker moeten aanpakken. Die commissie is toen gestrand in een hoorzitting waarbij ik zelf aanwezig was. Na die hoorzitting is daar niets meer mee gedaan.

Het is een moeilijk dossier, maar laten wij kijken naar een aantal punten die wij wel kunnen aanpakken. Die kunnen in verschillende commissies behandeld worden, maar uiteindelijk kunnen die misschien ook over de commissies heen in een werkgroep starten. Dat is echt een warme oproep. Wij zijn zeker bereid om onze inzichten mee te geven.

Mevrouw Leroy, u verwees naar de sociale partners. De sociale partners, de artsensyndicaten in deze, zijn effectief een partner, maar soms is dat toch een moeilijke dubbele rol.

Mijnheer Prévot, u had vragen over de situatie, die misschien nog kritischer is op dit moment. Dat is juist. De covidcrisis heeft aangetoond dat die situatie erg was en mogelijk is die in sommige gevallen nog erger geworden. Moeten wij gaan naar andere pistes? Moeten wij kijken of wij een onafhankelijke organisatie de rol van werkgever of opleider moeten laten opnemen? Het is duidelijk dat wij daarvoor pleiten. De collega's in Franstalig België hebben ook gezegd dat het soms zo is dat die twee rollen gescheiden zijn. Het is ook een goede zaak dat de opleider zich effectief bezighoudt met de opleiding en niet moet inzitten met de arbeidsomstandigheden of het werk, en omgekeerd.

Willen wij geen patiënt zijn? Ik zou dat zo sterk niet durven zeggen. Onze gezondheidszorg in België is echt sterk en is ook goed. Onze specialisten in opleiding zijn goed opgeleid. Het is heel belangrijk om dat te zeggen. Ik zou wel patiënt willen zijn in onze ziekenhuizen, maar met de omkadering die de wetgeving volgt. Als iemand 24 uur of 36 uur aan een stuk moet werken en dan een patiënt op spoed moet zien, dan is die persoon minder helder. Dat spreekt voor zich. In het algemeen wil ik onze beroepsgroep en zeker de specialisten in opleiding niet in het verkeerde daglicht stellen. De meesten doen hun beroep heel graag en heel goed, in eer en geweten. Er is echter een aantal structurele problemen, die aangepakt kunnen worden.

Er was een vraag of ze zijn moeten gaan werken op andere diensten dan het stageplan voorschreef. Uit onze enquête blijkt dat dat zo is in de helft van de gevallen. Het is een belangrijk cijfer. Ook daarover hebben wij niet geklaagd. Als dat gevraagd werd, zijn de specialisten in opleiding dat gaan doen. Soms werd de vrije keuze gelaten maar soms ook niet. Het was soms echt wel nodig om te gaan werken op een andere dienst. Dat werd dan ook gevraagd en verplicht, zou men kunnen zeggen. Er werd uiteraard in de meeste ziekenhuizen wel rekening gehouden met bijvoorbeeld een zwangere assistente of iemand die om medische redenen niet met covid in contact kon komen. De eerlijkheid gebiedt om dat toch ook in het licht te stellen. Nogmaals, wij zijn hier niet om de ziekenhuizen of de stagemeesters in een slecht daglicht te stellen, maar om structurele problemen bloot te leggen.

Zo kom ik tot de premies. Er zijn inderdaad een heel aantal assistenten die de premies niet ontvangen hebben. Wij kunnen dat nog eens vragen aan de minister, maar ik ben zeker dat hij zal antwoorden dat er nog een evaluatie zal komen en dat hij zal bekijken welke ziekenhuizen dat niet hebben gedaan. Wij hebben dat werk al gedaan: wij hebben in Vlaanderen gevraagd welke ziekenhuizen die premie nog niet hebben uitbetaald. Wij hebben daar een heel mooi overzicht van. Ik heb dat niet open en bloot aan iedereen in deze commissie getoond, maar ik ben gerust bereid om dat met de geïnteresseerde commissieleden te bespreken.

Het gaat dan effectief over de premies die doorgestort moeten worden. Ik wil toch even verwijzen naar de aanmoedigingspremie en de gegarandeerde covidpremie van 250 euro. Dat zijn premies die de overheid rechtstreeks voor de assistent heeft vooropgesteld, dus er is geen enkele reden om daar een vertragsmanoeuvre op te zetten. Die twee aspecten hoeven niet langs de Medische Raad of een andere instantie te passeren. Wij zien trouwens dat voor de verpleegkundigen, de zorgkundigen en de andere mensen in de ziekenhuizen wel al is uitbetaald, maar ik wilde daar toch even een kanttekening bij maken. De premie voor de wachtvergoedingen daarentegen moet wel langs de Medische Raad gaan, maar daar kom ik straks kort op terug.

Van de assistenten wil 14 % stoppen. Dat is inderdaad een verdubbeling. Er wordt gevraagd hoe wij dat kunnen aanpakken. Opnieuw, wij hebben een aantal voorstellen gedaan: de rol van opleider en werkgever uit elkaar trekken, maar ook in omkadering voorzien voor de specialisten in opleiding, met name een onafhankelijke ombudsfunctie. Mevrouw Fonck heeft daar nog

vragen over gesteld waarop ik zo dadelijk even zal ingaan.

Mevrouw Sneppe, u vraagt naar het verdere verloop van de opleiding. Er zijn inderdaad vragen over de inschakeling in een andere dienst. Zoals ik heb gezegd, is er een KB opgesteld, dat tot 31 december liep trouwens. Ter informatie, het is ondertussen februari en dat KB is nog niet verlengd, dus de mensen die nu in de covidzorg ingeschakeld zijn, kunnen in principe die stage niet assimileren, maar ik veronderstel dat het KB nog zal worden verlengd met retroactieve werking.

Het koninklijk besluit wordt genomen op federaal niveau. Dat wil zeggen dat de criteria daarvoor worden toegestaan, maar het zijn de erkenningscommissies op gemeenschapsniveau die beslissen of en hoe zij de stageplannen goedkeuren en of de competenties gehaald worden. Ik heb in mijn presentatie niet per se naar het institutionele verwezen, maar het is wel relevant in dezen. De criteria worden federaal bepaald, maar worden op gemeenschapsniveau gecontroleerd en dat geeft soms conflicten.

Twee procent is op tijdelijke werkloosheid gezet. Men zou de vraag kunnen stellen of men zich daarover zorgen moet maken, maar ik denk van wel. Dat zijn mensen die thuis moesten blijven omdat er minder werk was op hun dienst. Dat was vooral zo in het begin van de pandemie.

Dan kan men zich afvragen waarom ze niet meehelpen op een andere dienst. Die mensen moesten dan wel betaald worden door die dienst, die minder werk had. De werkgever op die dienst zal niet geneigd zijn om zijn assistent door te betalen om eigenlijk niet te werken voor hem. Dat is niet overal zo, maar het is een heel klein percentage van 2%. Toch zijn het 2 mensen op 100 die minder of geen basisloon gekregen hebben. Dat is een rechtstreeks gevolg van het sociaal statuut. Laat dat duidelijk zijn, er is geen tijdelijke werkloosheid of werkloosheidsvergoeding opgenomen in het sui-generisstatuut.

De premies heb ik toegelicht. De verzekering voor als er iets fout loopt, is wel in orde. Elke assistent in België heeft een beroepsaansprakelijkheidsverzekering via de werkgever. Dat is verplicht en wordt ook goed gevolgd. Daar rijzen geen problemen, maar hopelijk gebeurt er weinig fout.

Iemand vroeg of het statuut moest worden hervormd of volledig afgeschaft. Dat is een interessante vraag. Er zou overgegaan kunnen worden naar een volledig bediendenstatuut. Is dat wel zo interessant voor specialisten in opleiding die

nadien vaak zelfstandige worden en vier tot acht jaar in opleiding zijn? We moeten goed bekijken welke vragen opduiken over dat sociaal statuut. Ik heb die daarstraks heel concreet proberen toe te lichten. De werkloosheid en het pensioen zijn twee belangrijke punten. De jaren als assistent gelden niet voor de pensioenberekening. We kunnen in weer eens een andere commissie, bij de minister van Pensioenen, eens bespreken of de gewerkte jaren meegeteld kunnen worden voor het pensioen. De werkloosheid moeten we met de minister van Werk bekijken.

Ik wil de discussie over de afschaffing of volledige hervorming van het statuut niet per se in deze commissie voeren. Hier gaat het om de aanpak van de covidcrisis. Uiteraard hebben wij daar wel onze ideeën over. We zijn daar ook al heel lang mee bezig. Laten we dat aanpakken in de bevoegde werkgroep. Ik zou echt pleiten om daar een werkgroep met geïnteresseerde parlementsleden van verschillende commissies van te maken, en het niet binnen één commissie te houden. Dat kan interessant zijn. Dit onderwerp gaat immers over de commissies heen.

Mijnheer De Maegd, wat moet er verbeteren aan het sociaal statuut sui generis? ik heb proberen aan te tonen dat de pensioenen en de werkloosheid de belangrijkste punten zijn, maar voor andere sociale rechten moeten we natuurlijk de kosten-batenverhouding van een aanpassing van het statuut bekijken. Laten we dat in een werkgroep bekijken. Die werkgroep mag dan wel geen praatbarak zijn, maar er moet echt een tijdslijn worden vastgelegd hoe we het zien in deze legislatuur de komende jaren.

De informatie die we kregen was inderdaad ingewikkeld. De specialisten in opleiding wisselen in de zomer van ziekenhuis. Informatie tussen ziekenhuizen of een andere aanpak in verschillende ziekenhuizen was moeilijk voor specialisten in opleiding die wisselden. Het ene moment stond een assistent in Brugge en het andere in Leuven, waarbij in de twee ziekenhuizen anders werd omgegaan met bepaalde testcriteria of andere zaken. Er werd maar verwacht dat de specialisten in opleiding dat snel wisten wanneer ze in een ziekenhuis toekwamen.

Daarmee wil ik aantonen dat die informatie ingewikkeld was en dat het niet altijd gemakkelijk was.

Ik ben al ingegaan op de vragen met betrekking tot burn-out en mentaal welzijn. Bijna twee op tien denkt eraan om te stoppen. Hoe kunnen we dat vermijden? Ik denk dat een aantal structurele zaken daar echt wel voor oplossingen kunnen

zorgen, zoals mentale ondersteuning en begeleiding. Het ministerieel besluit van 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van artsen-specialisten heeft deeltijds werk mogelijk gemaakt.

Dat is dus wettelijk mogelijk, maar in de praktijk zien we dat heel weinig mensen dat doen. Nochtans is dat een maatschappelijke trend die we ook in andere sectoren zien. Hoe komt het dat weinig mensen dat doen? Dat is omdat de ziekenhuizen en de werkgevers dat momenteel heel moeilijk kunnen implementeren. Misschien is het een idee om die piste iets beter te bekijken en te zien wat deeltijds werk precies betekent en wat men dan moet doen met de wachtdiensten en de overuren.

Wat betekent een opting-out dan, want hoe beschouwen wij een voltijdse assistent of een arts-specialist in opleiding? Dat verschilt naar gelang aan wie we het vragen. Wij moeten dus bekijken of daarin een mogelijke oplossing ligt.

Wat bestaat er al op het vlak van mentale ondersteuning? De initiatieven die nu bestaan, zijn vooral decentraal georganiseerd. Dat wil zeggen dat er daarop wel per ziekenhuis of per universiteit wordt ingezet, maar dat dat niet centraal gebeurt. Dat hoeft misschien ook niet centraal te gebeuren, maar men zou wel best een overzicht hebben van het aantal mensen dat effectief een burn-out of problemen op het vlak van mentaal welzijn heeft, niet alleen in de gezondheidssector in het algemeen, maar zeker ook bij de specialisten in opleiding.

Die ombudsfunctie is een belangrijk punt waarop ik dadelijk terugkom.

De controle op arbeidstijd vind ik inderdaad een *quick win*. Er zouden daarover in de commissie voor Sociale Zaken of in de commissie voor Werk interessante vragen kunnen worden gesteld, zoals hoe het komt dat er nog geen controles zijn gebeurd of hoe ver het daarmee staat.

Structureel, wat het sociaal statuut en de arbeidswetgeving betreft, daarop ben ik al in extenso ingegaan.

Wat de opleidingsduur betreft, is er vrijwillig gekozen om op covidafdelingen te staan? In sommige ziekenhuizen wel, maar in heel wat ziekenhuizen was het een vraag of een eis om te helpen. Dat is een beetje zoals de opting-out. Men tekent dat vrijwillig, maar als de werkgever en de stagemeester erop staan dat men dat doet, dan doet men dat. Er is daar wel enige billijkheid getoond voor medische redenen.

Telt de tijd die op covidafdelingen werd doorgebracht, mee? Volgens de federale wetgeving telt die voor de periode vermeld in het koninklijk besluit, dus tot 31 december, in principe mee, maar het is aan de erkenningscommissies om dat goed te keuren. Wat is daarvoor de oplossing?

De oplossing ligt in het billijk omgaan met de erkenningcriteria of met de situatie in de erkenningcommissies, die een gemeenschapsbevoegdheid zijn, en het maken van een evaluatie.

Over hoeveel betrokkenen spreken wij? Twee procent van de bevroegden stelt dat zij nu al een opmerking heeft gekregen. Dat gaat dus over het jaar 2020. Ik kan mij indenken dat het in 2021 waarschijnlijk nog over een hoger aantal zal gaan. Immers, indien gedurende anderhalf of twee jaar minder ingrepen worden gedaan, zal de erkenningcommissie wel opmerken dat er problemen zijn en dat iemand wel veel op een covidafdeling heeft gestaan, maar weinig chirurgische handelingen heeft uitgevoerd. Op zich is dat niet verkeerd. De eindcompetenties moeten goed worden bekeken. Laat ons echter ook bekijken of op wetgevend vlak iets kan worden gedaan.

Mevrouw Farih Nawal heeft ook een aantal interessante vragen gesteld. De onafhankelijke ombudsdienst – ik verwijs naar de federale ombudsdienst voor de rechten van de patiënt – is interessant om te bekijken. Het gaat immers om een relatief onafhankelijke ombudsdienst, die zich situeert onder de FOD Volksgezondheid. De FOD Volksgezondheid is ook verantwoordelijk voor de stageplaatsen van de specialisten in opleiding en voor de erkenning van stagemeesters, samen met de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen.

Ik heb u toegelicht dat die Hoge Raad rechter en partij is. Het is dus interessant die ombudsfunctie op een onafhankelijk niveau te leggen, eventueel met een rapportage aan de minister over de problemen, maar wel geaggregeerd. Het heeft geen zin om elk klein probleem te rapporteren. Sommige ziekenhuizen en stageplaatsen komen echter meermaals in het vizier. Op dat vlak kan wel gerichte actie worden ondernomen.

Moet dat op het niveau van de FOD Volksgezondheid of op het niveau van het Agentschap Zorg en Gezondheid en dus op gemeenschapsniveau gebeuren? Dat is een heel goede vraag. Ik ben persoonlijk van mening dat het beter op het niveau van de Gemeenschappen

gebeurt omdat op dat niveau de stageplannen worden gecontroleerd en de opmerkingen over de stageplannen soms door de assistenten worden gegeven. Zij hebben dus een zicht op wat binnenkomt.

Wanneer er nu een heel aantal klachten op gemeenschapsniveau binnen de erkenningcommissie zijn, worden ze soms doorgesluist naar de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen op federaal niveau, die dan een commissie moet oprichten om na te gaan of de klachten terecht zijn en een invloed kunnen hebben op de erkenning van de stagemeester of de stagedienst. Ik hoop u er niet op te wijzen dat zulks veel tijd kost en een juridische procedure vergt.

Er worden door de universiteiten ook elk jaar bevestigingen gedaan over de stageplaatsen, die nu per universiteit zijn verdeeld. Wij zouden ook kunnen bekijken om ze te centraliseren in een ombudsfunctie. Door de objectieve bevestigingen zijn er heel wat cijfers beschikbaar.

Mevrouw Farih, wij hebben er heel wat ideeën over. Ik ben echter zeker bereid om met u eens na te denken over de manier waarop wij een en ander in een wetgeving kunnen gieten.

De rol van de vakbonden, zijnde in onze situatie de artsensyndicaten, hebben een goede rol gespeeld. Zij hebben het ook goed gedaan. Zij hebben de artsen in het algemeen en ook de specialisten in opleiding verdedigd.

Op de momenten dat het nodig was hebben zij ons ondersteund en persberichten verspreid. Als het op de arbeidswetgeving neerkomt, dan is het natuurlijk moeilijk omdat zij werkgever en opleider tegelijk zijn en ook in de syndicaten zitten. Ik wil hen niets verwijten maar het zou interessant kunnen zijn om ons echt als lid van een paritaire commissie te beschouwen. Wij zijn opgenomen in de Vlaamse planningscommissie als volwaardig lid. De nieuw opgerichte Vlaamse planningscommissie heeft de VASO als volwaardig lid aangenomen. Dat is een interessante piste en we zouden dat ook voor de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen kunnen doen aangezien het eigenlijk logisch is dat ook de specialisten in opleiding daar vertegenwoordigd zijn. We zouden bijvoorbeeld ook in een paritaire commissie als volwaardig lid kunnen zitten. Ik ben zeker tegen zitjes overal want men moet die ook kunnen invullen, maar het is wel interessant om de mensen waarover het gaat als volwaardig lid mee te laten beslissen.

Mevrouw Merckx, ik dank u voor uw uiteenzetting.

U hebt verwezen naar de bevraging van de Franstalige collega's. U hebt uiteraard ook de cijfers van onze bevraging gekregen. De meeste zaken die u zegt zijn terecht. De meeste dingen heb ik al toegelicht, bijvoorbeeld de werkloosheid en het tekort aan personeel. Er was op bepaalde momenten een tekort aan personeel, dat was algemeen het geval in de gezondheidssector. Er zijn 6.000 specialisten in opleiding in België en het is dus niet abnormaal dat zij ingeschakeld werden om het tekort op te vangen. We moeten daar echter voorzichtig naar kijken.

Mevrouw Jiroflée, u had een interessante vraag, met name of de mensen doorgewerkt hebben met een besmetting. Nogmaals, in het begin was het zo dat deze mensen zelfs niet getest werden. Sommigen mensen hadden koorts, kuchten of hadden klachten en kwamen toch werken. Als er dan een patiënt of een lid van het zorgpersoneel dat wel getest werd besmet bleek te zijn, dan werd iedereen getest en zag men dat twee of drie collega's positief waren. Dat is natuurlijk een deel van het probleem. Bij de tweede golf is het testen beter verlopen want uit onze enquête krijg ik de indruk dat er nu in de Vlaamse ziekenhuizen beter en sneller wordt getest. Als men echter gevraagd werd om door te werken tot het resultaat van de test bekend was, wat soms wel gebeurde, dan kon men een dag of anderhalve dag werken terwijl men al besmet was.

U vroeg ook wat de tijdelijke werkloosheid precies betekent. Het betekent dat die mensen die tijdelijk werkloos werden geen vergoeding of loon kregen. Een andere oplossing die sommige stagemeeesters of werkgevers vroegen was verplicht verlof nemen, bijvoorbeeld in periodes waarin er minder werk was voor bepaalde disciplines zoals dermatologie en oftalmologie. Het gaat over de periode waarin de electieve zorg stilgelegd werd.

Moeten die mensen nu langer stage lopen?

Als de erkenningscommissie vaststelt dat men minder gedaan heeft dat jaar, kan ze natuurlijk wel vragen om het volgende jaar meer te doen.

Mevrouw Fonck, ik kom tot uw interessante vragen. Zijn er in ziekenhuizen verschillen tussen diensten? Ja, dat is zo. In Vlaanderen zijn er vaak - dat is bij de Franstalige collega's wellicht ook zo - verschillen tussen de diensten, ook in arbeidsomstandigheden. Als de associatie van artsen de werkgever van de specialisten in opleiding is, kan er een verschil tussen diensten zitten.

Zijn er problemen met erkenningscommissies? Ja, 2 % heeft toch al een opmerking gekregen, maar

ook een heel groot aantal assistenten maakt zich zelf zorgen hoe de erkenningscommissie daarmee zal omgaan. Het is immers niet altijd duidelijk. Als men het stageboekje heeft ingediend, krijgt men een goedkeuring, een goedkeuring met opmerking of een afwijzing over een jaarrapport. Als men een goedkeuring krijgt, weet men niet welke discussie daar achteraf heeft plaatsgevonden. Misschien heeft men wel gezegd: dit jaar zijn we soepel, maar volgend jaar gaan we wel eens kijken wat die assistenten op twee jaar hebben gedaan. Dat is logisch, maar dat is toch wel een extra zorg voor specialisten in opleiding die daarvoor niet gekozen hebben. Dat is jammer genoeg ook een Gemeenschapsbevoegdheid, want men zit daar met twee bevoegdheden waarmee men toch in conflict raakt.

Was de periode in een andere dienst dan de specialisatie een meerwaarde? Absoluut, ik denk dat heel wat assistenten veel geleerd hebben. Wij horen van chirurgen die in de covidzorg werden ingeschakeld, dat zij wel iets hebben geleerd over hoe om te gaan met deze patiënten en met internistische pathologieën, een ander soort pathologie dan zij gewoon zijn. Omgekeerd zijn er ook internisten die nu al bijna een jaar in de covidzorg zijn ingeschakeld en die net minder blootstelling aan andere pathologieën hebben gehad. Dat is wel een probleem. Als men normaal een rotatie van zes maanden op endocrinologie deed en die is weggevallen door covid, dan is het geen meerwaarde om op de covidafdeling te staan. Ik denk dat dit een genuanceerd antwoord is. Er is zeker wel een meerwaarde voor bepaalde assistenten maar niet voor allemaal.

De chirurgie is een discipline waar er problemen zijn, zeker door het stopzetten van electieve ingrepen zijn er minder ingrepen gebeurd. Als er nadien moest worden ingehaald, was dat vooral met snelheid: veel ingrepen op korte termijn. Dan is er ook weinig ruimte voor teaching. Dat is toch ook wel belangrijk om te vermelden.

De kwaliteit van opleiding is ook een interessant punt. U weet dat er in Vlaanderen een master specialistische geneeskunde voor 180 studiepunten is. In Franstalig België is die opleiding er niet. Bij ons is dat een extra theoretische vorming die langs de professionele vorming loopt. Dat is ook een conflictsituatie. U mag zeker zijn dat we dit op Gemeenschapsniveau ook bespreken.

De kwaliteit van de opleiding is evenwel hoogstaand. Dat moeten we durven te erkennen. Onze specialisten in België worden echt wel zeer goed opgeleid. Dat mogen we ook niet vergeten. Uiteraard zijn er verschillen in stageplaatsen. Het is belangrijk om dat te benadrukken. Laat ons

inderdaad een soort van feedbacksysteem opstellen. We doen dat voor de kwaliteit van zorg. We kunnen dat eigenlijk ook doen voor de kwaliteit van opleiding.

Het zou interessant zijn om de slechte leerlingen van de klas en de goede leerlingen van de klas eens in het licht te stellen: de goede om hen te belonen, de slechte of minder goede om hen aan te sporen zich te verbeteren. Een feedbacksysteem of barometer is interessant, ik wil daarover zeker eens met u van gedachten wisselen.

Wat de premies betreft en waarom zoveel mensen de premie niet ontvangen. Dat komt omdat het ergens blijft plakken, als ik het zo oneerbiedig moet zeggen. Er is verwezen naar de medische raden. Mevrouw Belkhir heeft dat inderdaad vanuit haar expertise en vanuit haar functie als expert ook wel toegelicht. De medische raden moeten daar nog over beslissen. Ik wil daar toch het volgende bij opmerken. Er is gezegd dat de specialisten in opleiding daarvoor in aanmerking komen. De FAQ's of vragenlijst bij het KB stipuleert heel duidelijk dat overschotten in bepaalde enveloppen gebruikt mogen worden om andere enveloppen aan te vullen. Het is natuurlijk niet onlogisch dat van die budgetten die voorzien zijn voor de assistenten in opleiding verschuivingen voor andere zaken zullen gebeuren. Dat is toch geen klein budget, ik wil dat even aantonen: 600 euro per assistent per wachtdienst en per maand. Voor vier maanden is dat 2.400 euro. Dat is toch veel geld per assistent, voorzien om de wachtdiensten extra te betalen of voor een extra premie voor wie wachten hebben gedaan. Als dat nu niet bij de assistenten belandt, is dat eigenlijk geen correcte premie. We mogen daar dan ook niet mee schermen als een financiële tegemoetkoming van de overheid. Dat komt heel confronterend over en komt helemaal niet terecht bij de specialisten in opleiding.

Het statuut. U verwijst naar het akkoord dat werd gesloten in de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen, 10 miljoen. Ik wil u zeggen dat in elk akkoord van die commissie al stond dat we het sociaal statuut zouden aanpassen. Ik word er niet meer warm van als dat daarin staat. Het stond ook al in vorige regeerakkoorden, maar in dit regeerakkoord staat het zelfs niet. Aan alle partijen die hier vandaag aanwezig zijn en in de meerderheid zitten, zeg ik duidelijk dat het wel jammer is dat dit zelfs niet in het regeerakkoord staat. U mag er zeker van zijn dat we minister Vandenbroucke en minister Dermagne daarover hebben aangeschreven, al meermaals, om dat ook mee te nemen. Ik heb begrepen dat ze dat willen doen, maar ik verwacht dan ook een concrete

tijdslijn en dan moeten daar budgetten voor worden vrijgemaakt. 10 miljoen binnen de commissie artsen-ziekenfondsen is een budget dat onder de commissie artsen-ziekenfondsen valt en dus ergens anders wordt vrijgemaakt. Dit is geen extra budget dat wordt gebruikt, laat ons daar duidelijk in zijn. Op dit moment word ik daar zeker niet zo warm van. Er is wel gezegd dat we een financieel plan voor 31 maart klaar zouden hebben. We zijn vandaag 5 februari, over een goede maand is het 31 maart. Op dit moment heb ik alleszins geen weet van een concreet financieel plan. Ik moet u wel zeggen dat deze problematiek binnen de paritaire commissie artsen-ziekenhuizen, waar Jo De Cock voorzitter van is, wel besproken wordt. Ik ben er zeker van dat er door de administraties voorstellen worden uitgewerkt, maar eer we daar overeengekomen zijn, zullen we toch voorbij de deadline van 31 maart zijn.

Ik ben echter in blijde verwachting dat die deadline toch wordt aangehouden en dat de beleidsmakers eventueel zullen beslissen indien er geen akkoord wordt gevonden.

Ik heb al gezegd dat 90 tot 95 % de opting-outuren al dan niet vrijwillig goedkeurt. Ik vind dat wij de Sociale Inspectie daarvoor moeten inzetten en dat audits met specialisten in opleiding moeten gebeuren om daar een goed beeld van te krijgen. Een prikklok is een idee, maar, opnieuw, als een prikklok betekent dat er bijvoorbeeld nog controle bij de werkgever ligt of dat post factum nog zaken aangepast kunnen worden door de werkgever, dan heeft een prikklok geen zin. Een onafhankelijke registratie, bijvoorbeeld op overheidsniveau, zou misschien interessant zijn. Ik wil ook niet zorgen voor extra administratie voor de specialisten, want dan moet men zijn werkuren dagelijks, wekelijks of maandelijks op een overheidswebsite ingeven bij wijze van spreken. Wij moeten een tussenweg vinden waarbij controle mogelijk is, maar waarbij dat toch ook op een of andere manier onafhankelijk gebeurt.

Ik kom bij de bijna laatste vragen, mijnheer de voorzitter, over de premies. Ik heb toegelicht waar dat vastzit: enerzijds voor een stuk bij de ziekenhuizen of werkgevers die de premies moeten uitbetalen, anderzijds voor een stuk bij de medische raden. Ik heb alle begrip voor de medische raden die nog niet over het KB hebben kunnen discussiëren of de vergoedingen hebben kunnen vastleggen, maar ik durf toch te stellen dat wij van die 600 euro wachtvergoeding bijvoorbeeld weinig zullen zien. Men mag ook niet vergeten dat dat gaat over vorig jaar, dus heel wat specialisten in opleiding zijn zelfs niet meer werkzaam in die ziekenhuizen en zijn ondertussen vertrokken, dus dan moet men nog eens gaan kijken naar de

specialisten in opleiding die toen werkzaam waren.

U vroeg ook naar de erkenningscommissies. Dat is een institutioneel gegeven natuurlijk, omdat zij een gemeenschapsbevoegdheid zijn.

Mevrouw Belkhir, ik dank u voor de vragen en de opmerkingen. Het was zeker niet zo dat er nergens toezicht was. Dat hebben wij ook niet gezegd. Door middel van een enquête weten wij waar dat volgens de assistenten het geval was. In Vlaanderen ging het over 16 % waar er niet-adequate supervisie was. Niet-adequate supervisie betekent niet per se slechte zorg, maar het betekent wel dat er niet altijd genoeg supervisie was.

Ik ben al ingegaan op de wachtdiensten en de overuren alsook de premies. Ik erken ook dat het probleem bij de medische raden zit. Ik ben heel benieuwd om die evaluatie te maken over een half jaar om te weten welke medische raden hun specialisten in opleiding effectief hebben uitbetaald. Als wij nu zien dat zelfs de aanmoedigingspremie en de forfaitaire premie die niet langs de medische raad moeten passeren, nog niet uitbetaald zijn, dan denk ik dat er toch vragen over te stellen zijn.

Dat waren de voornaamste zaken. Ik heb iedereen proberen te antwoorden, maar als er nog vragen zijn, mogen die uiteraard nog gesteld worden.

De **voorzitter**: Dank u wel voor uw uitgebreide antwoorden op de vele vragen die nog gesteld zijn. Willen er nog leden het woord vragen?

Frieda Gijbels (N-VA): Ik heb geen bijkomende vragen meer, maar ik wilde de drie sprekers wel heel erg bedanken. Ze zeggen dat ze weinig gehoord worden en dat er weinig naar hen geluisterd wordt. Hopelijk hebben veel mensen vandaag wel geluisterd. De problemen zijn inderdaad niet nieuw, maar worden nu wel scherper gesteld. We hebben veel dingen gehoord die worden aangeklaagd, maar we hebben ook veel tips gehoord om mee verder te werken om de situatie te verbeteren. Hopelijk kunnen we ons daar met z'n allen achter zetten en kunnen we samen echt de toekomst voor artsen-specialisten in opleiding, maar ook voor de hele gezondheidszorg verbeteren. U hebt uw collega's met verve verdedigd, dank u wel.

Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, permettez-moi, tout d'abord, de vous demander d'excuser l'absence de mon collègue, Patrick Prévot, qui a dû s'absenter pour présider une autre réunion.

Quoi qu'il en soit, mesdames et messieurs, au nom de mon groupe, je vous remercie pour les réponses que vous avez apportées à nos nombreuses questions.

Madame Gijbels, vous en serez peut-être étonnée, mais je vous rejoins totalement quand vous dites qu'il y a un malaise, un vrai mal-être, comme nous avons d'ailleurs pu l'entendre. Ce malaise est exacerbé par la crise, mais il va bien au-delà.

Vos situations doivent évoluer et un nouveau cadre doit être fixé. Nous devons en être les initiateurs. L'objectif est non seulement d'améliorer votre statut, vos conditions de travail, mais aussi vos conditions de stage et de formation. C'est un engagement qui sera, sans doute, partagé par d'autres de mes collègues. En tout cas, pour ce qui nous concerne, nous y adhérons.

Je vous souhaite une bonne continuation en vous remerciant, une nouvelle fois, pour votre témoignage, votre volontarisme. Je vous souhaite également bonne chance pour la suite. Sachez, en tout cas, que nous travaillerons, de notre côté, en tenant compte de toutes vos remarques critiques et pertinentes.

Jean-Michel Mot: Monsieur le président, je souhaiterais simplement aborder deux ou trois points qui n'ont pas été soulevés ou qui n'ont pas été suffisamment mis en évidence.

Il a notamment été question des assurances pour les assistants, qui sont effectivement assurés. Cependant, des questions se posent à ce niveau car les organismes assureurs ne sont pas des philanthropes. À partir du moment où le temps légal de travail n'est pas respecté, la question se pose de savoir qui va couvrir en cas d'erreur. Il s'agit ici d'une importante question qui a d'ailleurs déjà été posée car le dépassement des 24 heures qui est strictement interdit l'est quand même dans de nombreux endroits de stage. Si une erreur est commise après ces 24 heures, qui indemniserait le patient? Il s'agit d'une excellente question à laquelle on n'a toujours pas reçu de réponse.

Pour ce qui est de *l'opting out*, comme Jonas Brouwers l'a soulevé, la plupart du temps, il est obligatoire. Il y a eu des menaces émanant de la direction de l'hôpital ou des maîtres de stage. Il faut savoir que *l'opting out* permet de faire exploser les horaires alors que la loi est là pour protéger les assistants et, surtout, les patients. Les parlementaires que vous êtes devraient se poser la question de savoir s'il est vraiment légitime d'avoir accès à cet *opting out* qui est un non-sens en termes de sécurité des patients.

Pour ce qui concerne le baromètre proposé par Mme Fonck, je pense qu'une évaluation des lieux de stage serait réellement intéressante. Mais pour ce, il faudrait faire appel à une instance indépendante, sachant que les représentants des assistants pourraient relayer ce genre de problème.

Il ne faudrait effectivement pas avoir peur d'aller jusqu'à des suspensions de possibilité d'avoir des assistants pour certains services, vu les abus qu'il y a sur le terrain.

Une autre question posée portait sur le pronostic des services de soins intensifs qui avaient été créés en plus, donc les lits de soins intensifs qui n'étaient pas disponibles à la base. Dans les questions que nous avons posées, une énorme majorité considère que le pronostic était moins bon car les soins intensifs sont des soins de haute qualité avec du personnel hautement qualifié, que ce soient les médecins ou les infirmiers. Ces personnes ont vraiment une expertise incroyable sur le terrain. Créer des unités de soins intensifs sans le personnel qui va avec... ce ne sont pas les lits de soins intensifs qui soignent les gens. C'est vraiment le personnel en lui-même. Que le pronostic soit plus mauvais ne nous a dès lors pas vraiment étonnés. À mon avis, c'est le constat chez n'importe quel médecin.

Je reviens sur les congés. De fait, on a demandé à certains assistants de prendre des congés forcés pour être écartés. De même qu'au niveau des congés, il y a clairement des congés qui ont été supprimés tout court. Vous n'avez pas eu le choix de prendre vos congés. Comme vous changez d'hôpital après, vous n'avez tout simplement pas le choix de pas avoir de congés cette année-là. Énormément d'assistants ont vu leurs congés annuels purement et simplement effacés de l'année.

Un autre point qui me paraît un peu alarmant et dont on a eu le retour aussi, c'est la vaccination. Pour le moment, il y a effectivement la politique de vaccination notamment des soignants. Beaucoup d'hôpitaux ont vacciné leur personnel soignant. Malheureusement, il semblerait que, dans certains établissements, les assistants n'étant pas considérés comme le personnel médical lié à l'hôpital, ils n'ont pas eu accès à cette vaccination, alors qu'on a vacciné le personnel administratif. C'est complètement aberrant. On se retrouve avec des assistants de première ligne, notamment en anesthésie qui sont vraiment exposés au niveau des voies respiratoires, qui n'ont pas eu accès à cette vaccination. C'est un non-sens. C'est dramatique. C'est alarmant.

J'en viens à une tout autre question, que je vous laisse le choix de vous poser, sur le financement des assistants. Comment sont-ils financés? C'est une grande question. Y a-t-il un financement fédéral? Comment cela se passe-t-il? Concrètement, sur le terrain, le financement émane la plupart du temps des honoraires médicaux. Ce sont les médecins qui paient les assistants. Pourtant, je pense qu'il y a un financement fédéral. À côté de cela, avec notre activité clinique, on rapporte également des honoraires à l'hôpital. Cette question de financement est une grande question. C'est très flou et très opaque. On ne sait pas avoir d'information là-dessus.

Je tenais à tous vous remercier pour vos questions et pour votre écoute dans ces circonstances. Nous restons bien évidemment à votre disposition pour toute question supplémentaire ou pour travailler sur des dossiers ensemble. Cela ne pose aucun problème. Nous voulons vraiment être acteurs d'un changement durable pour les générations futures, pour la qualité des soins, pour vraiment remettre le patient au centre des soins médicaux en Belgique et avancer tous ensemble. Vraiment, n'hésitez pas! Un tout grand merci à vous tous!

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, beste sprekers, ik heb nog een vraagje, waarop ik nog geen antwoord heb gekregen. Het gaat om mijn vraag over de uitgestelde zorg. Wat is uw mening daarover, van de drie sprekers, want misschien hebt u alledrie een andere mening? Was het echt nodig, noodzakelijk om die zogenaamde niet-dringende zorg uit te stellen, met hetgeen wij nu weten met betrekking tot de gevolgen? Ik spreek over zogenaamde niet-dringende zorg, want elk zorg is op een bepaald moment dringend. Het is natuurlijk een beetje retrospectief kijken, maar ik had daarover toch graag wat input gehad.

Jonas Brouwers: Mevrouw Sneppe, ik was deze vraag inderdaad vergeten te beantwoorden. Het is inderdaad zo dat het retrospectief makkelijk is om te zeggen dat wij dat beter niet gedaan hadden, zowel voor de opleidingsmogelijkheden als uiteraard voor de patiënten zelf. Voor ons is het moeilijk om daar een algemeen beeld over te scheppen. Er zijn nog heel wat studies lopende over die uitgestelde zorg, of dat effectief heel veel nadeel heeft gebracht voor de patiënten.

Ik durf te zeggen, en wij hebben dat ook gehoord op het terrein, dat er toch wel zorgen zijn, ook van specialisten in opleiding met betrekking tot het stoppen van die electieve zorg. Ik denk dat wij dat in de toekomst zoveel mogelijk moeten vermijden, niet alleen voor de opleiding, maar ook voor de patiënten zelf. Wij moeten echter die studies

afwachten. Wij zien in andere landen dat dit daar ook gebeurt. Wij hebben dat in elk geval ook benadrukt.

Sérima Tebbache: Je voulais ajouter, par rapport à cette postposition des soins, que c'est une bonne question. Pendant la première vague, quand l'épidémie a commencé, il n'y a clairement pas trop eu le choix. Je suis en pédiatrie et au niveau des enfants, c'est une catastrophe, le nombre de cancers ou le nombre de fièvres prolongées où les parents ne sont pas venus. Du coup, c'est clairement quelque chose qu'il faut éviter pour la suite. C'est un virus avec lequel il va falloir vivre pendant encore quelques années et il faut mettre en place des systèmes où les patients peuvent venir en sachant que ce sont des endroits propres. Je sais qu'à Saint-Pierre cela avait été fait. Par rapport à la vaccination des enfants, les retards vaccinaux étaient une catastrophe car l'ONE n'osait plus accepter les patients ou car les patients n'osaient plus venir à l'hôpital. Pour moi, c'est un vrai problème de santé publique que d'organiser des endroits non contaminés ou en tout cas avec peu de risques de contamination pour pouvoir continuer à suivre les patients pour les soins non urgents mais qui, au final, deviennent encore pire que les soins urgents à long terme.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, ce qui a été dit il y a un instant m'a glacée. Entendre que dans des hôpitaux en Belgique, on mettrait de côté les assistants pour la vaccination covid, c'est inaudible, inacceptable. C'est l'horreur, c'est inaudible pour n'importe quel type d'assistants, y compris pour les MACS.

Je vous le dis très clairement: s'il y a des hôpitaux qui mettent les MACS de côté sans les vacciner, donnez-nous la liste! C'est un combat à mener qui est un enjeu majeur à la fois pour vous, MACS, qui êtes concernés, mais c'est aussi un enjeu de santé publique au sein des hôpitaux. C'est une chose qu'on en peut pas accepter. *Please*, quoi! Faites-nous un top, mais c'est inaudible!

Pour le reste, je voudrais vous remercier pour les réponses claires, pour les propositions concrètes, y compris par rapport aux suggestions qu'on a pu faire. La problématique n'est pas récente. Les avancées qui ont pu être réalisées sur le plan politique sont chaque fois très timides. J'ose espérer, même si l'audition d'aujourd'hui était prévue dans le cadre du covid, que cela permettra de franchir non plus des petites avancées mais de franchir des pas importants. N'hésitez pas, pour qu'on puisse continuer à avoir des interactions sur le sujet au fur et à mesure du temps Il n'y a pas que le travail d'aujourd'hui, on doit pouvoir continuer à échanger en la matière, en fonction des décisions

qui seront prises. Merci encore.

Le président: Y a-t-il quelqu'un qui souhaite réagir aux propos de Mme Fonck?

Catherine Fonck (cdH): Pour la vaccination, j'imagine qu'ils vont nous fournir les noms des hôpitaux.

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, c'est justement un point que je voulais aborder aussi. Je ne vais pas répéter ce que Mme Fonck a extrêmement bien dit; mais je voulais l'appuyer, tout de même. En effet, sur la vaccination des MACS, ce serait absolument impensable que cela puisse arriver. Je ne répète pas, mais j'appuie cela. En effet, si cela se passe, il faut que nous en soyons avertis au plus vite.

Monsieur Mot, vous avez réaffirmé cette réalité de formation inexistante en disant que c'était un fait. Là aussi, cela m'interpelle. Je pense que vous acquiescez à l'idée de Mme Belkhir de faire un cadastre, même si vous dites ensuite que cela pourrait ne pas plaire à tous. Je voudrais simplement, en quelques mots, vous demander si vous pouvez objectiver cette réalité: la nécessité de ce cadastre et le fait que cela pourrait ne pas plaire à tous.

À propos des heures de travail, on le sait et vous avez raison: un assistant en formation a travaillé pendant 9 ans, tant il travaille souvent jour et nuit. Vous parliez de 1 970 heures par an. Je voulais rebondir sur votre sentiment que le seul critère objectif serait d'instaurer un système de pointage. J'aimerais avoir l'avis de Mme Belkhir, de M. Sabbe et de M. Coppieters sur cette question précise. Je vous remercie.

Leïla Belkhir: Je n'ai pas bien compris la dernière question de M. De Maegd. Je n'ai pas bien entendu.

Michel De Maegd (MR): Je vais la répéter. M. Mot nous expliquait que finalement, par rapport à la surcharge de travail et aux heures de travail réellement prestées des médecins spécialistes en formation, aujourd'hui, il n'y a pas de contrôle, il n'y a pas de retour, il y a même parfois des secrétaires qui, parfois, comme il nous le disait, demandent de diminuer les heures déclarées parce qu'il y en a trop.

Il disait donc que le critère objectif serait d'instaurer un système de pointage. Moi, je voulais simplement votre avis sur la praticabilité de cette idée d'un système de pointage en hôpital pour les médecins spécialistes en formation. Je demandais l'avis des autres médecins parmi nos experts:

vous, mais aussi M. Coppieters et M. Sabbe.

Leïla Belkhir: Par rapport à cette question, je pense qu'effectivement, les heures de travail des assistants, c'est quelque chose qui est problématique. Il n'y a pas non plus d'uniformisation entre ceux qui doivent déclarer ou pas. Ils doivent compléter un tableau Excel, mais clairement, il ne faut pas se voiler la face, il y en a certains qui diminuent les heures, parce que justement, ils les dépassent. C'est tout un souci.

Il faut savoir que la question va au-delà des assistants. Certains médecins souhaitent instaurer un système de pointage de façon générale, parce que malheureusement, les heures supplémentaires ne se comptent pas uniquement que lorsqu'on est assistant. Cela ne s'arrête pas par la suite, que du contraire!

Ce problème est très compliqué. Je ne suis pas sûre que cela recueillera un grand succès. C'est comme partout: certains travaillent beaucoup et auraient intérêt à pointer, tandis que ceux qui travaillent moins n'y auraient aucun intérêt. En tout cas, cette question est débattue au sein des hôpitaux. En l'occurrence, je ne parle pas des assistants, mais aussi des médecins qui ne le sont plus. Cela dit, ce devrait être faisable pour les assistants. Le système du badge existe dans tous les hôpitaux et est désormais indispensable pour y entrer et pour se connecter à différents programmes. Donc, si une volonté de le faire se manifeste, c'est tout à fait applicable.

Je voudrais profiter de ma prise de parole pour répondre à la question de Mme Sneppe à propos des soins postposés. Deux points me semblent, là encore, devoir être distingués. En urgence et pour les lits d'hospitalisation, le choix n'est malheureusement pas énorme. Si l'on veut disposer de plusieurs unités destinées à accueillir des patients covid, celles-ci sont d'habitude, hélas, remplies par d'autres patients. D'où la nécessité de postposer des bilans de santé ou des interventions chirurgicales. En revanche, nous avons quand même tiré des leçons de la première vague, puisque la plupart des hôpitaux ont maintenu leurs activités de consultation lors de la deuxième. Autrement dit, un contact a pu se poursuivre, en particulier pour tout ce qui relève du dépistage réservé aux patients chroniques, de sorte que ces derniers n'ont pas complètement décroché.

Ensuite, une des MACS a soulevé la question du retard dans la vaccination des enfants, notamment. Ce problème est aussi lié à la peur. Énormément de patients n'ont plus osé venir dans les hôpitaux, alors que la plupart de ces derniers se sont organisés - y compris aux urgences - pour garantir

des circuits séparés entre les patients covid et les autres. Il est possible que ce message ne soit pas suffisamment passé, alors qu'il pourrait rassurer les patients quant à leur venue dans les hôpitaux.

Mon dernier point concerne le cadastre, car c'est vraiment très important. À ce sujet, je rejoins tout à fait M. Mot, qui a indiqué l'existence de disparités également dans les hôpitaux universitaires. C'est évident. Selon moi, le problème est que certains assistants n'osent pas dire que cela ne va pas, parce que certains maîtres de stage sont aussi ceux qui se retrouvent dans les commissions d'agrément. Or ce sont ces dernières qui permettent à un médecin d'obtenir son numéro INAMI, de sorte qu'il passe du statut d'assistant à celui de médecin complètement formé. C'est très problématique. En effet, en cas de tensions avec certains maîtres de stage, l'assistant redoute alors d'en référer à d'autres autorités, de peur d'être bloqué par les commissions d'agrément.

Là, cela s'éloigne du covid en tant que tel. Le covid permet peut-être aussi de révéler au grand jour des problématiques qui existent depuis de nombreuses années.

Yves Coppieters't Wallant: Il est vrai que ce problème de cadastre et de régulation des heures est un problème chronique. On le sait, cela a été dit et c'est vieux comme le monde, malheureusement. Je pense qu'il ne faut pas en faire non plus une généralité. C'est très dépendant de la gestion des hôpitaux. Si cette crise peut au moins, via les députés, amener à des recommandations à ce sujet... Je pense qu'il faut différencier la régulation des heures des stagiaires et des médecins en formation ou en spécialisation, qui est tout à fait différente de la régulation des heures des prestataires, qu'ils soient des employés ou des indépendants. Il faut profiter de cette crise pour au moins faire des recommandations sur la régulation et je dirais essayer de structurer le propos des personnes entendues ce matin. Ce serait très intéressant et ce serait vraiment un pas en avant.

La problématique des cadastres est une problématique que nous, en santé publique, nous avons mise en avant depuis de longues années. Je pense aussi que c'est une belle opportunité pour essayer de structurer un peu mieux les choses.

Le président: Merci monsieur Coppieters. M. Sabbe est excusé. Vous pouvez envoyer un e-mail si vous voulez vraiment connaître son opinion.

Beste sprekers, ik wil u nogmaals bedanken. Het was heel interessant voor ons. Zoals ik daarnet

reeds zei en zoals u het zelf aanvoelt, de boodschap is overgekomen bij de collega's. Ik ben blij dat wij u dit forum hebben kunnen geven. Oorspronkelijk hadden wij een schriftelijk advies gevraagd, maar ik ben blij dat wij u hier effectief in de zaal hebben kunnen horen. Dat is absoluut een grote meerwaarde geweest.

La réunion publique de commission est levée à 13.01 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.01 uur.