

AUDITION DE L'ABSyM – Dr Philippe DEVOS, président

Table des matières

PREAMBULE.....	2
ANTICIPATION	3
ROLE PREVENTIF DE LA MEDECINE GENERALE	7
PROTECTION.....	8
COORDINATION : CAPACITES HOSPITALIERES.....	11
COORDINATION : REPARTITION INTERHOSPITALIERE.....	14
COORDINATION : MATERIEL POUR LA POPULATION	17
COORDINATION : THERAPEUTIQUE	18
VACCINS.....	19
TESTING	21
TRACING	22
EUROPE.....	23
FINANCEMENT.....	24
REPORT DE SOINS.....	25
DETRESSE PSYCHOLOGIQUE.....	27
COMMUNICATION.....	29
L'AVENIR.....	32

PREAMBULE

L'ABSyM-BVAS est un syndicat dont le conseil d'administration se compose de 50% de médecins généralistes et 50% de médecins spécialistes.

L'ABSyM-BVAS est composé de 3 ASBL sous-jacentes : ABSyM-Bruxelles, ABSyM-Wallonie et le VAS (Vlaams Artsensyndicaat).

L'ABSyM est le syndicat médical majoritaire aux dernières élections syndicales.

La présidence dure 3 ans et est en alternance tenue soit par un administrateur francophone soit par un administrateur néerlandophone.

Son président actuel est le Dr Philippe Devos anesthésiste-réanimateur au CHC Montlégia à Liège.

Quelles leçons tirer de la crise COVID ?

ANTICIPATION

Après la grippe H1N1, les médecins savaient, via la presse médicale, qu'un plan pandémie fédéral existait. Très peu connaissaient le contenu et encore moins le lieu où pouvoir en prendre connaissance. Ni les médecins, ni leurs organisations syndicales n'étaient informés du degré d'impréparation de réaction à une pandémie. Un plan permet pourtant une meilleure coordination des actions, un gain de temps et une réduction de l'anxiété. Il aurait été utile au terrain.

Les organisations syndicales n'ont pas et ne sont toujours pas impliquées dans l'écriture d'un plan pandémie : en tant que représentant de la profession, l'ABSyM n'était ni informée ni préparée à la survenue de la pandémie. Nous avons constaté avec effroi l'amateurisme total qui a régné durant les premiers mois. Nous constatons également l'absence totale de remise en question encore aujourd'hui de certains hauts fonctionnaires et mandataires. Ne pas reconnaître ses erreurs est le meilleur moyen de les reproduire.

Durant les vacances de Carnaval 2020, lorsque mon directeur médical m'a appelé m'expliquant les enjeux du coronavirus et le déni dans lequel une partie des directeurs médicaux et hygiénistes se plaçaient, j'ai parcouru la littérature scientifique qui m'a permis de prendre conscience de la dangerosité de ce virus et de la sous-estimation majeure de ce danger par la Ministre et ses conseillers du moment. La littérature à elle seule suffisait à comprendre le danger. Grâce à sa représentation internationale et de ses contacts d avec des médecins et hôpitaux italiens et chinois, l'ABSyM a pu se rendre compte que ces hôpitaux n'étaient pas moins bons que les nôtres contrairement à ce qu'on pourrait à priori croire : ce qui leur arrivait pouvait nous arriver. Il fallait s'y préparer.

A l'époque, je pensais qu'il y avait juste un problème de déni politique qui, une fois dépassé, permettrait de mettre en route toute une machine préparée et rodée. Ce n'était pas le cas : le plan n'existait pas et les masques avaient été détruits. Bien évidemment, il a fallu du temps pour passer cette phase de déni. Mme la Ministre n'était pas une femme d'écoute du terrain. Depuis le début de son mandat ministériel, l'ABSyM avait pu le constater dans tous les dossiers menés. A cela s'est ajouté qu'outre la gestion d'une pandémie, nous avons dû gérer une nouvelle maladie et un nouveau virus. Ce caractère « nouveau » a créé beaucoup d'inconnues qui ont engendré beaucoup de doutes et beaucoup d'hypothèses contradictoires. Les conséquences de cela, c'est que beaucoup de temps a été consacré à des débats et peu de aux actions. Actions qui sont à chaque fois arrivées trop tard.

Pour de nombreuses personnes, la science est exacte et détient une vérité unique. A la faveur de cette nouvelle maladie, nombreux ont découvert que la science est plutôt une suite d'hypothèses à tester permettant lentement d'arriver à cette vérité consensuelle : la science vit de doutes alors que les réseaux sociaux (et certains politiciens) s'emplissent de certitudes. Il fallait donc gérer l'incertitude à côté de la gestion de la maladie. Cela peut fonctionner si vous avez un leadership fort et unique. Cela est voué à l'échec si vous avez une multitude de personnalités décisionnelles voulant s'exprimer publiquement. Nous étions condamnés à mal performer.

Lorsqu'il n'existe pas de consensus sur une matière scientifique, il faut élargir le nombre d'experts et publier des rapports qui ne font pas l'impasse sur le débat contradictoire qui a lieu au sein des experts. Outre les conclusions du groupe, il faut pouvoir obtenir les arguments qui prévalent pour chaque hypothèse. Cela permet alors à chaque lecteur d'avoir une compréhension fine des enjeux. Madame la Ministre en optant pour un groupe limité d'experts, issus de 2 à 3 universités, avec peu voire pas de représentants du terrain s'est occultée une partie de la réalité. Cela d'autant plus que la Ministre a fait la sélection de ces experts cooptés entre eux. C'est évidemment le meilleur moyen pour ne pas avoir de débat contradictoire. On ne doit pas choisir un groupe d'experts comme on compose un cabinet ministériel, sur base d'une idéologie unique. La profession possède des représentants élus démocratiquement (syndicats médicaux), qui ont bien sûr parfois des avis contradictoires. De ces contradictions sortent les multiples facettes de la vision de terrain qui permettent également la compréhension fine de la situation. S'en passer, c'est renoncer à une partie de son champ visuel. C'est toujours le cas actuellement.

Les médecins de terrain estiment ne pas avoir été suffisamment intégrés dans la prise de décision. Cela a eu pour effet collatéral de compenser cette absence par une grande présence dans les médias. Seul un représentant du terrain était présent au RMG via le collège de médecine générale qui représentait les 3 associations syndicales. En dehors de ce représentant, rien. Du côté de la médecine spécialisée, les médecins experts présents dans les commissions n'ont jamais fait de retour vers le terrain. Par ailleurs, il a fallu du temps avant de pouvoir être informé de la composition de ces groupes. Résultat, durant des mois, les décisions vis-à-vis du terrain avaient soit été largement anticipées par le terrain, soit ralentissaient les actions du terrain par une surcharge administrative absurde ou par des décisions à l'inverse des initiatives que le terrain avait anticipé. Cela a créé un fossé entre la Ministre et les acteurs de soins.

Heureusement, bon nombre de confrères et hôpitaux ont mieux anticipé cette pandémie grâce à la situation en Italie. Cette anticipation a permis d'organiser de nombreuses choses :

- Dans de nombreux hôpitaux, le personnel de retour d'Italie a été mis en quarantaine alors que le Gouvernement ne préconisait à ce moment-là encore rien ;
- Nombreux confrères et hôpitaux ont commandé du matériel et des médicaments avant l'installation d'une pénurie mondiale ;
- Nombreux ont organisé les horaires du personnel médical et infirmier (congrés) pour être prêt en cas d'afflux massif ;
- De nombreuses équipes sont allées lire la littérature internationale afin d'être formées à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la maladie ainsi qu'à l'aspect préventif du risque de transmission ;
- Et bien sûr, de nombreux médecins ont déjà éduqué leurs patients aux gestes barrières et à la distanciation sociale alors que la Ministre en était toujours à tweeter « drama queen ».

Il est évident que cette anticipation a sauvé des vies mais a aussi préparé l'opinion publique à l'acceptation du lockdown à venir.

Après quelques temps, le Gouvernement est enfin sorti du déni et l'AFMPS a commencé à saisir les commandes que les soignants prévoyants avaient réalisés. Même si cela partait de l'idée d'assurer une répartition équitable et d'éviter d'avoir des stocks excessifs d'un côté et des pénuries de l'autre, ceux qui avaient passé commande anticipativement l'ont vécu comme une punition de la part des autorités pour motif de clairvoyance. Cela a créé un climat malsain sur le terrain mêlant des sentiments d'incertitude et de mépris du terrain. La révolte n'était pas loin et certains l'ont commencée en faisant des commandes « pirates » en dehors du circuit visible par l'AFMPS. Par ailleurs, cela a engendré de devoir refaire tout le travail administratif une deuxième fois pour obtenir le matériel réquisitionné par l'AFMPS. L'intention de l'AFMPS était louable mais le retard dans la prise de décisions et des erreurs dans la communication ont entraîné le royaume de la débrouille et du chacun pour soi sur le terrain.

Par ailleurs, rapidement sur le terrain, les directions médicales locales ont commencé à organiser des conférences web pour s'échanger leurs solutions aux problèmes de pénuries ou leurs solutions de « bricolage » pour le matériel de protection (comment désinfecter du matériel à usage unique en vue de le réutiliser, comment fabriquer une pièce de respirateur avec une imprimante 3D, etc...). Les intensivistes d'hôpitaux voisins ont créé des groupes Whatsapp pour s'échanger les informations et la littérature médicale. A nouveau,

l'organisation formelle de réunions par les autorités (sous la tutelle du gouverneur) sont arrivées bien après ces réunions informelles qui ont continué à se poursuivre en parallèle. Cela a bien sûr eu pour effet de rendre peu crédibles les réunions formelles.

Les organisations de soins se sont installées en mode « AGILE » : en réalisant des sprints d'action, en communiquant entre équipes au quotidien, en modifiant presque chaque jour la manière d'appréhender la pandémie. A la limite, certaines décisions de financement, par exemple de centres de tri, ont obligé parfois à revenir en arrière sur des organisations déjà bien concrètes pour revenir dans un moule unique et trop rigide que pour gérer une situation mouvante.

Par exemple, la médecine générale au cours de 2020, ayant repris son activité ordinaire, n'a pas toujours été disponible pour les centres de tri ce qui a pu poser des problèmes de coordination et de facturation. L'Etat devrait fixer des principes et laisser le terrain s'adapter à sa réalité locale. Croire qu'un modèle unique répond à la réalité multiple qu'est la Belgique, du centre de Bruxelles aux coins les plus reculés de la Haute Fagne est une erreur de technocrate. Je rejoins donc le Dr Vlieghe pour dire que si les hôpitaux avaient simplement écouté le Gouvernement et si la COVID-19 était une maladie sévèrement mortelle, les morts se seraient amoncelés.

Durant les 6 derniers mois du Gouvernement précédent, l'ABSyM a demandé à rencontrer la ministre, l'ABSyM a interrogé par courriers le cabinet de la Ministre. A aucun moment le cabinet de la Ministre n'a répondu au moindre email ou courrier. Les seules réponses que nous avons obtenues sont des communiqués de presse en réponse aux communiqués de presse que nous rédigeons de guerre lasse. En pleine crise sanitaire, les médecins espéraient mieux. Heureusement, les relations sont bien plus efficaces avec le Cabinet actuel.

ROLE PREVENTIF DE LA MEDECINE GENERALE

Concernant la prévention, il est indispensable d'investir beaucoup plus dans la prévention et l'éducation à la santé. Cela doit être multimodal en l'incluant partout où cela est possible et ce, dès l'école maternelle. Limiter la réflexion au budget de l'INAMI est une erreur de départ. Contrairement à ce qui est déclaré dans la question parlementaire, les maisons médicales ou le modèle forfaitaire n'ont démontré dans la littérature médicale ou lors de la survenue d'infection telle que le COVID, aucun bénéfice par rapport au système conventionnel de rémunération à l'acte : il faut éviter les raccourcis simplistes dans des matières complexes.

Il est nécessaire et urgent de réformer la rémunération médicale, en incluant une réflexion sur un nouveau financement de la prévention et la multidisciplinarité. Un financement à l'activité de type capitation semble utile pour certains actes ou pour le suivi de patients spécifiques. Le meilleur des financements sera multimodal. C'est d'ailleurs le chemin qu'emprunte les experts actuellement financés par l'INAMI pour l'accélération de la réforme. Cela n'implique pas ipso facto le passage vers le modèle « maison médicale ». D'autres alternatives existent qui conviennent tantôt mieux au patient tantôt mieux aux soignants. A nouveau, l'ABSyM plaide pour ne pas placer de cadre unique et trop rigide qui efface la créativité et l'adaptation à la réalité locale. Il faut évoluer vers un modèle « médecin, entrepreneur social de la santé ».

Entre la première et la 2^e vague, la médecine générale a tenté de remplir son rôle de prévention en encourageant les familles au respect des mesures sanitaires et au respect de l'isolement en cas de symptômes. Presqu'aucun soutien n'est venu des gouvernements dans cette mission, si ce n'est la réalisation d'affiches téléchargeables sur le site de Sciensano. Pourtant une aide telle qu'une documentation scientifique, des flyers, divers supports communicationnels aurait été utile.

PROTECTION

Hormis les quelques équipes bien informées, peu de médecins disposaient de matériel de protection en stock. Tout le monde pensait que le stock était fédéral. Certains généralistes avaient conservé un stock fourni lors du H1N1. D'habitude, nous obtenions rapidement du matériel ce qui permettait d'éviter de faire du stock pour sa pratique privée.

Du côté hospitalier, avec les mesures d'austérité de Madame la Ministre, tout le monde était passé au lean management (kanban) et à la règle du « just in time ». Le stock était un mot synonyme de mauvaise gestion depuis quelques années. Il suffit d'aller voir la diminution des surfaces de stockage dans les hôpitaux rénovés ces dernières années pour comprendre le risque qui persiste.

Aucun prestataire n'avait l'obligation d'avoir un stock de matériel. Cela n'a pas changé actuellement. Un stock tampon est nécessaire. Il peut être concentré ou délocalisé. Son contenu doit être défini et standardisé par les autorités. Il doit être en contact avec les hôpitaux afin d'assurer sa rotation avant sa péremption. Un financement doit être prévu et pérennisé.

La pénurie de matériel associée à la peur d'être soi-même contaminé ou à la peur de contaminer ses patients a eu deux conséquences : la fermeture quasi-totale de la médecine générale en présentielle et la fermeture totale des consultations présentes de médecine spécialisée.

Bien sûr la téléconsultation a permis de garder le contact avec des patients qui étaient déjà suivis mais nous n'avons, par ce biais, accueilli que très peu de nouveaux patients et nous avons perdu le contact avec une partie de notre patientèle.

Cet arrêt a eu un effet majeur sur ces patients perdus. En effet, à la sortie de la première vague, nous avons accueilli massivement des patients qui se sont dégradés de manière plus importante que d'ordinaire avant de consulter le médecin : diabète déséquilibré, plaies, hypertension artérielle, ... On doit craindre des conséquences à long terme de ces situations.

Par ailleurs, psychologiquement, cet arrêt a entraîné un sentiment d'insécurité d'une partie de la population lorsqu'elle se rend en soins. Ceci est particulièrement vrai pour les services d'urgences qui conservent un taux de fréquentation largement plus bas en 2020 qu'en 2019 et ce, même en dehors des vagues.

Du côté des soignants, c'est un sentiment d'abandon qui a été ressenti vis-à-vis de la tutelle politique. Cela a projeté certains dans un arrêt prématuré de la profession. Nombreux ont eu le sentiment que l'Etat ne se préoccupait pas de la santé des soignants. Certains ont développé des complications psychologiques majeures (PTSD, dépression, anxiété, troubles du sommeil) dans les suites de cette période. Nombre d'entre nous ont subi des comportements agressifs de la part de voisins voulant éviter de se faire contaminer ce qui a encore apporté une pression supplémentaire dans le cercle familial.

Alors que d'autres pays voisins ont communiqué sur le nombre de soignants contaminés et sur le nombre de soignants hospitalisés ou morts, la Belgique a refusé de le faire durant longtemps, malgré de nombreuses demandes. Ce refus, associé à l'absence de représentants du terrain dans les groupes de travail, a encore plus éloigné le terrain du politique, jusqu'à ce que finalement, dans les faits, il lui tourne le dos. On peut par ailleurs déplorer que ce soit la Première Ministre mais pas la Ministre de la santé qui a rendu visite aux hôpitaux. La Belgique est le seul pays du monde où le Ministre de la santé ne s'est pas rendu auprès de soignants durant la première vague. Aujourd'hui, nous avons un cadastre du taux de soignants infectés mais toujours pas du nombre de morts ou d'hospitalisés. Sciensano dispose de toutes les données mais ne les communique pas.

Au sujet des masques, les connaissances scientifiques sur la capacité réelle de protection des différents types de masque a progressé au fil des semaines. Au fil de ces mêmes semaines, la disponibilité des masques a également progressé. A cause de la perte de confiance susdécrite, de nombreux professionnels restent toujours persuadés que l'évolution des recommandations de Sciensano sur l'usage adapté du masque par les professionnels répond plus à une protection politique liée à la responsabilité de la pénurie qu'à une évolution des connaissances. Le caractère indépendant apolitique de Sciensano et des autres administrations n'est désormais plus crédible pour une large frange du terrain qui est persuadée qu'on a adapté une réalité scientifique pour un dessin politique. Cela met bien sûr à mal une série de recommandations issues des groupes d'experts, d'autant que, pour rappel, la Ministre a sélectionné ces experts sans jamais apporter de motivations à ses choix. Cela est malheureusement le cas aussi pour le Ministre actuel et pour les autres Ministres de la santé dans les régions. Or, la confiance dans les recommandations est la base indispensable pour l'adhésion des praticiens puis ensuite de leurs patients. En créant une zone grise, tout le système a été mis à mal. De nos jours encore, une majorité de médecins trouvent absurdes de ne pas recommander le port du masque FFP2 systématique pour la première ligne afin d'éviter tout risque de contamination de la part de patients asymptomatiques vu la nécessité de contact rapproché propre au métier médical.

En terme de protection juridique aussi, un vide s'est installé.

Deux exemples :

- Médicaments en pénurie : à un moment de la crise, des médicaments de soins intensifs sont tombés en pénurie. L'AFMPS s'est procuré des médicaments à l'étranger (étiquetage en chinois, en langue de l'est, ...) et a autorisé à usage humain des équivalents vétérinaires. L'AFMPS avait validé la composition et l'usage de ces médicaments avant de les envoyer aux hôpitaux. Toutefois, cette information n'est pas toujours arrivée jusqu'aux médecins prescripteurs. Par contre, l'AFMPS n'a pas modifié en urgence la loi et donc, comme si c'était un médicament importé par une exigence individuelle du prescripteur, le prescripteur devait signer un formulaire engageant son entière responsabilité en cas de réaction indésirable liée au produit importé qu'il ne connaissait pas. Cela a créé un sentiment de piège médicolégal au sein des intensivistes.
- Problématique de la dernière place : alors que nombreux pays avaient modifié leur arsenal législatif pour y introduire des principes de couverture juridique pour les médecins qui seraient amenés à avoir à choisir entre deux patients pour le dernier lit, chez nous, rien n'a été entamé par les autorités. Actuellement, le comité belge de bioéthique termine la rédaction de son avis qui arrivera donc presque une année après la première vague. Entretemps, la pression s'est exercée sur les médecins en exercice. Il en est de même sur les incidents qui pouvaient survenir durant les transferts interhospitaliers en ambulance de patients critiques.

COORDINATION : CAPACITES HOSPITALIERES

D'un point de vue médical, il n'y a jamais eu de pénurie de main d'œuvre médicale lors des vagues. En fait, ce qu'il faut comprendre, c'est que tous les médecins ne sont pas de compétence équivalente face à un problème de santé spécifique : vous n'allez pas demander à votre psychiatre de vous accoucher.

Dans le cadre de l'épidémie COVID19, la main d'œuvre qualifiée en soins intensifs a été mise sous tension et nombreux ont dépassé les 80H/semaine. Il a fallu faire appel à des collègues anesthésistes ou internistes (pneumologues, cardiologues,...) qui avaient travaillé aux soins intensifs durant leur formation mais qui depuis lors n'en n'avaient plus fait. Cela explique que lorsqu'une unité de soins intensifs débordait de ses murs, Sciensano a pu constater une augmentation de mortalité : même avec une supervision, on ne fait plus aussi bien quelque chose qu'on n'a plus fait depuis 20 ans. Le métier d'intensiviste est peu attractif car il est mal rémunéré, à haut risque médico-légal, à très haut niveau de stress et impose de faire à vie ses gardes à l'hôpital plutôt qu'à domicile. Les intensivistes véritables sont donc peu nombreux en Belgique.

Les intensivistes de nombreux hôpitaux ont organisé des formations rapides et publié quelques « guidelines thérapeutiques » pour ces médecins un peu moins aguerris. La société scientifique belge de soins intensifs a, au fil des mois, publié des guidelines issues de certains de ces hôpitaux afin d'aider les autres. Sciensano a également publié des recommandations mais souvent incomplètes et généralement en retard par rapport à ce que le terrain se partageait entre hôpitaux. Les réseaux informels de type whatsapp furent ici aussi très utiles. Récemment, la société européenne de soins intensifs a publié des cours en ligne de remise à niveau. Cependant, tout un pan de l'activité de médecine intensive autour du patient COVID19 n'est abordé nulle part (éthique, nutrition, gestion des complications, indication de dialyse, communication de crise avec les familles, ...). De nombreux médecins aidants en sont sortis psychologiquement marqués et acceptent difficilement les mains qui leurs sont aujourd'hui tendues.

En dehors de cette main d'œuvre très technique, les spécialistes de toutes les spécialités étaient à disposition des confrères des services banalisés COVID-19 (non intensifs) et des urgences. Cela fut particulièrement le cas durant la première vague puisque tout le monde était contraint d'arrêter les consultations. Seuls quelques déserteurs, par peur de la contamination, n'ont jamais répondu à leur téléphone. Lors de la seconde vague, il a été

également aisé de trouver de la main d'œuvre, même si le directeur médical a parfois dû insister auprès de certains pour qu'ils annulent une journée de consultation afin de prêter leur aide. L'absence de pouvoir légal de réquisition par le directeur médical est un problème à résoudre, particulièrement pour le travail de nuit et de week-end où les candidats volontaires étaient moins nombreux. L'absence de perspective de rémunération était également un problème bien sûr. En effet, ce n'est que fin novembre que l'arrêté royal finançant les gardes de la première vague a été publié. Certains n'ont donc toujours pas été rémunérés pour leurs gardes du mois d'avril. Même si la rémunération est accessoire, son absence n'aide pas.

En dehors de cette pandémie, le temps de travail médical est très variable selon les hôpitaux. A une très large majorité, les médecins hospitaliers belges sont indépendants. Ce sont donc eux qui décident de leur temps de travail. La plupart du temps, ils travaillent entre 40 à 60 heures par semaine auxquelles s'ajoutent des heures d'astreinte à domicile (garde rappelable). Dans cette crise, selon la spécialisation et l'expertise, certains ont doublé leur temps de travail tandis que d'autres ont diminué de moitié. Certains ont donc pu prendre des congés tandis que d'autres ont travaillé 7J sur 7 sans jamais récupérer. Pour aucun le temps de travail ne fut un choix personnel : on se devait de répondre à la demande.

A l'hôpital, la pénurie a surtout concerné les infirmiers. Le besoin en infirmiers était tellement grand pour les patients COVID19 que les unités COVID19 phagocytèrent les infirmiers des autres unités. Cela a imposé la fermeture de pans d'activités hospitalières (bloc opératoire, hôpital de jour, polycliniques, ...) par manque d'infirmiers. Le manque d'attractivité de la profession ainsi que l'absence de nouvelles infirmières diplômées en 2020 a rendu le problème explosif. Les pauvres infirmiers qui étaient volontaires au COVID19 se sont ainsi retrouvés à accumuler les heures supplémentaires et à reporter leurs congés indéfiniment. Cela rend à présent difficile la reprise de l'activité non COVID : des listes d'attentes se sont créées pour une série d'activités non essentielles qui doivent être reprises mais le personnel infirmier doit pouvoir souffler. L'hôpital doit donc jongler entre une hyperactivité de reprise, la préparation d'une autre vague et le répit pour le personnel. C'est évidemment mission impossible.

S'ajoute à cela, un absentéisme important au cours de la seconde vague. S'y mêlaient deux phénomènes : du personnel malade du COVID19 et du personnel malade d'autres choses.

Parmi ces autres choses, on retrouve le burn-out mais aussi d'autres maladies, plus mineures, pour lesquelles d'ordinaire le personnel vient malgré tout travailler. Ici, dans le climat ressenti de mépris des autorités, nombreux sont ceux qui ont exprimé que leur démotivation les avait

mené à bien faire leur travail mais rien au-delà. Le temps de l'abnégation est révolu dans bien des têtes. Sur cela aussi le Gouvernement a sa part de responsabilité.

Pour pallier à ce besoin d'infirmiers, dans de nombreux hôpitaux, des médecins se sont portés volontaires pour pratiquer des actes de nursing. C'est une bonne chose car cela a montré la solidarité qui existe entre nos métiers et cela a permis à certains confrères de prendre conscience de la pénibilité du métier d'infirmier. Par contre, il ne faut pas se leurrer : un médecin qui pratique des actes de nursing n'est pas un super infirmier. Ce fut même assez souvent un « infirmier » sous qualifié et se sentant en difficulté. Cela n'est donc pas « la » solution pour la troisième vague. A ma connaissance, ces pratiques étaient toutes bénévoles. Les hôpitaux qui ont bénéficié de ces services ont rarement donné plus qu'un chèque cadeau symbolique à nos confrères. Plusieurs hôpitaux ont fait des appels aux volontaires médicaux par email. C'était donc globalement du volontariat non spontané. Un grand bénéfice de ces actions est que le personnel infirmier l'a ressenti comme une marque profonde de soutien et de reconnaissance de leur métier. Partout où cela a eu lieu, le personnel a été profondément remotivé durant des semaines. L'ABSyM salue l'action de ces médecins.

A notre connaissance, il n'y a pas eu de spécialistes extra-hospitaliers venu prêter main forte à des confrères d'un hôpital. Ce n'était pas nécessaire d'une part et cela aurait posé des problèmes en terme de responsabilité professionnelle. Pour le nursing, cela a eu lieu par l'intermédiaire des sociétés d'interim qui avaient la possibilité de contractualiser des aides.

Concernant l'aide de la médecine générale à l'hôpital. Cette aide fut intense et précieuse lors de la première vague afin d'assurer le tri à l'entrée des urgences. Rapidement, les médecins hospitaliers ont senti qu'ils n'allaient pas pouvoir gérer seuls l'arrivée massive de malades aux urgences. On craignait que la fermeture de la médecine générale présentielle entraîne un afflux massif vers les urgences. Plusieurs hôpitaux ont alors créé des tentes à l'entrée de leurs urgences comme on apprend à le faire en médecine de catastrophe (seuls les médecins urgentistes et les médecins des soins intensifs reçoivent durant leur formation un cours de médecine de catastrophe et de pandémie). C'est à partir de cette initiative de terrain que le fédéral a eu l'idée de créer des centres de tri. Lors de la seconde vague, les généralistes étaient débordés par les patients dans leurs cabinets (flux covid + flux non covid à gérer) et dans de nombreux autres endroits, ils n'étaient plus disponibles pour les centres de tri. De toute façon, les centres de tri n'ont pas eu l'utilité qu'on leur pressentait : l'afflux de patients COVID-19 fut compensé par une désertion totale des cas mineurs usuels aux urgences. Cette désertion persiste encore aujourd'hui. La peur générée lors de la première vague d'être contaminé aux urgences persiste.

COORDINATION : REPARTITION INTERHOSPITALIERE

Lors de la seconde vague, notre meilleure approche thérapeutique de la maladie nous a permis de sauver plus de patients. Cela a eu un effet d'allongement de la durée moyenne de séjour de ces patients graves qui mourraient prématurément lors de la première vague. Par ailleurs, la médecine générale, grâce aux moyens de protection, a permis de garder un grand nombre de patients à domicile avec des réussites de traitement permettant d'éviter l'hospitalisation. Les patients qui ont été hospitalisés lors de la seconde vague étaient donc globalement plus malades que lors de la première vague.

Concernant la répartition entre hôpitaux et les transferts, leur organisation fut très variable entre les provinces. A Liège, le 112 nous donnait le nom d'un hôpital pour envoyer le malade. Le médecin de l'hôpital demandeur cherchait à trouver le responsable des soins intensifs receveur via un dédale de transferts téléphoniques et de secrétariats divers. On proposait le transfert. Souvent le receveur nous annonçait que la place venait d'être prise. On téléphonait à nouveau au 112 qui nous orientait vers un second hôpital, et ainsi de suite. Il a parfois fallu 6 heures de temps médical au téléphone pour trouver une place. Côté Allemand, on téléphonait au numéro de régulation : l'opérateur nous envoyait dans les dix minutes l'hélicoptère et pendant le vol de l'hélicoptère imposait la prise en charge à un hôpital et nous mettait en relation avec le numéro direct du médecin receveur des soins intensifs. Ce fut la preuve qu'une autre organisation était possible.

Au niveau du vecteur ambulancier, toutes les ambulances de transport n'avaient pas le même équipement. Certains avaient des respirateurs des années 80 inutilisables pour un COVID19 sévère. Cela aussi retardait les transferts. En attendant ces transferts, souvent les patients se dégradaient et finissaient par devenir intransportables. Car là aussi est la réalité : peu de patients sont transportables sans risque de mourir durant le trajet. C'est la problématique majeure de la saturation locale : on sait qu'il existe une surmortalité quand on sort des murs des soins intensifs mais on a aussi une surmortalité lorsqu'on transporte les malades. Pour pallier à cette double problématique, nombreux ont transféré leurs malades de gravité intermédiaire, ne nécessitant pas de soins intensifs mais risquant d'évoluer vers les soins intensifs. Au départ, cette pratique était refusée par le 112. A force de pression, elle a fini par être tolérée mais sans soutien des autorités. On était retombé dans l'absurde des règles rigides.

Concernant le sentiment d'équité entre hôpitaux, on a pu constater qu'il existait une différence marquée dans certains hôpitaux entre le nombre de places supposées disponibles sur Sciensano et celle disponibles sur ICMS : des lits vides disparaissaient des disponibilités. Les inspecteurs provinciaux d'hygiène ont déclaré ne pas avoir le droit d'aller sur place contrôler sans avoir d'autorisation de l'hôpital. Résultat, aucun contrôle n'a eu lieu et tout le monde le savait. Nous espérons que ces lits vides mais non disponibles résultait de la pénurie en infirmiers (un lit vide non surveillé ne sert à rien et n'est donc pas disponible). Car en effet, il n'a jamais manqué de lit ou de respirateur : il a manqué d'infirmier qualifié à la surveillance d'un respirateur. Les chiffres de lits disponibles ICMS n'ont jamais été publics, on a toujours dû passer par le 112 ou l'hygiène provinciale. Cela aussi génère de la suspicion. A nouveau, à côté du comptage officiel ICMS dont l'accès était refusé aux intensivistes par certaines directions médicales, des échanges quotidiens par email entre Intensivistes faisaient le relevé quotidien des places réelles.

Concernant les MR/MRS, un travail immense est à réaliser. L'appariement à un hôpital est le départ. De cet appariement devrait découler des plans de formation, des procédures et autres standards de qualité. Comme il n'y avait pas de financement, cela n'a quasi jamais été le cas. Dans ce désert de procédures, cohorter les malades au milieu des MR/MRS n'était pas la meilleure solution. Il aurait fallu sortir ces malades des MR/MRS. Des structures d'accueil intermédiaires existaient autant en première qu'en seconde vague.

Concernant les plans d'urgences hospitaliers (PUH), ils n'étaient pas tous au même niveau de maturité. Peu, voire aucun, ne prévoyait une « urgence » qui durerait plus d'une semaine. Ces plans ne sont pas adaptés à une situation prolongée. Il a donc fallu tout réinventer en cours de route. Par ailleurs, nombreux plans sont des plans sur papier mais rares sont les hôpitaux qui réalisent des simulations grandeur nature impliquant l'hôpital en entier : la pratique est manquante. Peu de gens de terrain connaissaient le contenu du PUH avant sa mise en route.

Concernant un éventuel triage de patients issus des maisons de repos : lors de la première vague, nous n'avions aucune idée, aux soins intensifs, du nombre de patients que nous pourrions prendre en charge : la pénurie de matériel et de médicaments laissait penser qu'on ne pourrait pas accueillir durablement 100% de nos capacités alors qu'on nous demandait d'aller au-delà de 100%. Il n'était pas possible d'avoir une vision de nos stocks à plus d'une semaine alors que nos patients restaient ventilés plus de 3 semaines. La tension dans les critères d'admission était dès lors palpable. L'absence de communication sur des moyens de répartition des patients à travers le pays, sur les stocks disponibles à l'AFMPS, sur le nombre de patients estimés à admettre (le RAG n'a jamais rendu ses rapports de prévision

épidémiologique au terrain), ... a rendu nerveuses de nombreuses équipes. Le message informel qui semble être passé fut donc d'avoir une réflexion accrue avant tout transfert. Au moment de la première vague, la SIZ n'avait pas encore publié de recommandations pourtant demandées par le terrain. Les seules existantes étaient celles de la société belge de gériatrie qui ont été interprétées à tort puisque certains ont éludé la première ligne qui parle du projet thérapeutique.

Lors de la deuxième vague, des guidelines claires ont été transmises aux médecins coordinateurs des MR/MRS par leur association. La SIZ a également publié ses documents et enfin le SPF a, dans une circulaire, informé tous les hôpitaux de l'existence des documents. Ces documents ont permis de rédiger des projets thérapeutiques dans le respect de la volonté des patients. Finalement lors de la deuxième vague, peu de patients de maison de repos sont venus aux soins intensifs mais c'était alors un choix personnel du patient. Tout cela aurait dû exister avant la première vague. Pour encore parfaire le système, il devrait être obligatoire de donner au médecin coordinateur de la maison de repos le numéro direct du médecin intensiviste régulateur de l'hôpital qui couvre la zone 112 dans laquelle la maison de repos se trouve.

L'autorité doit tout mettre en œuvre pour faciliter les contacts inter-médicaux lorsqu'ils ne viennent pas naturellement.

COORDINATION : MATERIEL POUR LA POPULATION

Aujourd'hui tous les médecins ont à leur disposition du matériel adapté pour recevoir des patients suspects de coronavirus : ils peuvent le commander chez leurs fournisseurs habituels (bien que les prix restent élevés). Au début de la première vague, presque aucun médecin ne disposait de matériel FFP2. La livraison fut tardive et l'organisation a différé entre les communes : parfois deux médecins résidents sur 2 communes différentes mais exerçant dans un cabinet commun se sont vu appliquer des règles différentes. Cela donnait l'impression d'une improvisation totale.

Devant cette lenteur de fourniture de matériel, l'ABSyM a acheté elle-même des masques FFP2 pour ses membres. Tout le monde tentait de se débrouiller du mieux qu'il pouvait.

Comme expliqué supra, les conseils sur l'usage rationnel du matériel de protection ont changé au cours de la pandémie. Certains médecins en ont conclu une incompétence des conseillers : certains ont donc surprotégé leurs cabinets tandis que d'autres n'ont pris aucune mesure. Nombreux médecins ignoraient ce qu'était Sciensano. On a pu entendre à certains endroits des médecins ne pas comprendre ce qu'un institut inconnu (sciensano) dirigé par un vétérinaire pouvait bien avoir comme légitimité pour leur expliquer comment pratiquer leur art. Perdu entre l'Inami, le SPF, les ministères, l'AVIQ, sciensano, le RAG, le RMG, l'hygiène provinciale, la commune, etc..., plusieurs médecins ont cessé d'adhérer aux recommandations qui parfois, au fil des mises à jour, devenaient contradictoires.

Les syndicats et associations professionnelles ont donc dû prendre le rôle de relais des messages prioritaires que nous avons envoyé dans nos newsletters et sur notre site internet. Ainsi progressivement, au fil de la pandémie, nous avons eu des contacts avec Sciensano et l'AFMPS dans le but de relayer leurs communiqués. Depuis septembre, Sciensano prend occasionnellement notre avis avant d'envoyer des documents vers les médecins. Petit à petit, de manière informelle, depuis le changement de Gouvernement, un échange s'est mis en place.

COORDINATION : THERAPEUTIQUE

Assez rapidement, Sciensano a publié des mises à jour régulières concernant les médicaments qui fonctionnaient. Les infectiologues du pays se sont aussi organisés en groupe whatsapp et s'échangeaient les dernières informations de la littérature internationale qu'ils diffusaient ensuite dans les hôpitaux.

A nouveau, il y avait la voix officielle, souvent un peu en retard mais d'excellente qualité, et la voix informelle plus rapide mais incomplète. Les deux se complètent bien. Un package thérapeutique de base a donc émergé des guidelines de Sciensano.

L'hydroxychloroquine a été largement utilisée dans les hôpitaux durant la première vague. Certains ont choisi de ne pas l'administrer comme l'a montré l'étude Sciensano.

Concernant le Remdesivir, il était réservé à usage compassionnel et les quantités étaient très limitées par la firme. Seuls quelques hôpitaux ont pu en bénéficier.

Concernant le zinc, le selenium, la vit C, la vit D, etc.. : il n'y avait pas de consensus. Chacun a fait à sa manière. Aucune étude clinique à ma connaissance n'a été lancée sur le sujet en Belgique. Il en est de même pour l'Ivermectine.

VACCINS

La Taskforce vaccination ne contient pas de représentants de la première ligne ni de représentants des syndicats médicaux.

A nouveau, il s'agit d'un groupe de personnes choisies par le politique sans motivation divulguée quant aux motifs de sélection. Et à nouveau, les délibérations de la Taskforce sont à huis clos ce qui empêche de savoir si les recommandations de ces experts sont appliquées par le politique.

A côté de cette Taskforce, le Conseil supérieur de la santé rend des avis sur la politique de vaccination. C'est en principe son rôle et la Taskforce ne devrait pas s'y substituer. Les autorités n'ont pas clairement défini le contour des missions de ces deux entités au risque d'avoir des chevauchements.

La médecine générale a été invitée à une réunion pour présenter son point de vue puis n'a plus eu de retour. La Taskforce est venue présenter un point en décembre en commission médico-mutualiste puis n'a pas fait de retour.

Depuis lors, les médecins sont informés par voie de presse avec le reste des Belges. On en a désormais l'habitude.

En fait, en dehors des commissions habituelles du SPF santé et de l'INAMI dans lesquelles la présence des syndicats est légale, nos associations de médecins n'ont été autorisées à être présente qu'avec un seul siège commun dans le RMG. Nous sommes systématiquement exclus des autres groupes, malgré nos demandes répétées.

Ainsi, nous avons appris par la presse que la vaccination se ferait exclusivement dans des grands centres. Nous pensons qu'à côté de cette solution, qui est bien sûr la meilleure, certains patients seront craintifs de se faire vacciner par des gens qu'ils ne connaissent pas. Une alternative par le médecin traitant aurait dû être proposée. Il faudra probablement la présence de médecins dans ces centres fixes et mobiles. Actuellement, nous ne sommes pas informés de qui seront ces médecins. Pourtant, tous les médecins du pays ont repris leur activité et il sera donc difficile de dégager autant de temps sans avoir un délai pour nous organiser. Certains pensent probablement qu'il existe des médecins pendus à des crochets

qu'on peut décrocher quand on en a besoin. De même pour les infirmiers ou les pharmaciens qui devraient nous accompagner dans ces centres.

Dans le même ordre d'idées, les syndicats et associations déplorent que la médecine générale participe si peu à la sélection des patients à risque. Depuis juillet, le Conseil supérieur exprimait cette problématique qui aurait donc pu être anticipée. Nous avons demandé depuis juillet à être acteur dans le dossier vaccination. Actuellement, nous manquons toujours totalement d'informations claires et pratiques. Pourtant l'heure n'est plus à la stratégie : l'heure est au déploiement opérationnel.

En Décembre nous avons suggéré que la Taskforce remette aux professionnels du matériel didactique (powerpoint, word, ...) pré-réalisé à pouvoir personnaliser au logo de son hôpital afin de diffuser dans toutes les institutions de soins les mêmes messages d'information. Cela a seulement été fait le 19/01 alors que la vaccination a commencé. Cela explique notamment les différences importantes d'adhésion au vaccin selon l'institution.

Enfin, actuellement, nous n'avons pas d'information quant au lien entre Vaccinet et le dossier médical informatisé du patient. De nombreuses personnes seront vaccinés sans que leur médecin n'en soit informé.

On nous explique que nos propositions ne sont pas retenues à cause du manque de temps disponible. Cela nous fait penser à la fable du lièvre et de la tortue.

Nous espérons en tout cas, que contrairement au Testing, le processus ne sera pas ralenti par les démarches administratives à remplir par les professionnels et les bugs informatiques.

Concernant l'administration de vaccins en pharmacie, les vaccins à ARN induisant 10 fois plus de choc anaphylactique que les vaccins classiques, il nous semble contre-indiqué de les réaliser en officine. La vaccination doit se faire dans un milieu où un médecin apte à traiter ce choc est présent durant les 15 minutes après chaque vaccination.

Nous n'avons pas de données concernant les médecins anti-vaccins. Les réseaux sociaux mettent en exergue les quelques médecins anti-vaccins sans que l'arsenal juridique ne permette quoi que ce soit. La confidentialité des actions de l'Ordre des médecins fait que nous n'avons aucune idée de leur position par rapport à ce phénomène.

TESTING

Les arguments du Ministre De Backer justifiant l'absence de recours aux laboratoires habituels pour le testing furent faibles et insatisfaisants.

Certes, ces laboratoires étaient incapables au début de la pandémie de faire face à un afflux massif de tests. Mais si les autorités avaient anticipé et leur avait donné ordre de commander machines et réactifs dès le début de la première vague, cela aurait été différent.

Il aura fallu attendre l'intervague pour voir cette demande arriver, trop tard.

En raison de cette pénurie, la politique de testing s'est totalement écartée des recommandations de l'OMS. En rendant aveugle le screening, nous étions condamnés au lockdown.

On espérait apprendre de nos leçons lors de la seconde vague. Malheureusement, la décision de faire passer un achat en marché public non urgent a mis en retard la capacité de testing et a, à nouveau contraint le pays à enfreindre les recommandations de l'OMS en arrêtant de tester les asymptomatiques. Par ailleurs, ce manque de testing a provoqué des délais majeurs de publication de résultats (parfois plus de 5 jours) et des files interminables dans les centres qui publiaient encore leurs résultats dans des délais raisonnables.

Au-delà du fait qu'on a, à nouveau partiellement navigué à l'aveugle, cela a entraîné un dédain d'intérêt du grand public vis-à-vis du test. Depuis lors, nous constatons qu'une partie de la population ne va plus faire de test lorsqu'elle est symptomatique. La peur de devoir faire la file ou de ne pas avoir le résultat rapidement les dissuade d'aller passer le test. Il en est de même avec le fait que le test reste nasal et pas salivaire : ceux qui ont déjà subi un frottis nasal ne reviennent pas au test avec enthousiasme alors que la littérature est désormais claire sur l'équivalence du test salivaire.

TRACING

Concernant le tracing, très souvent dans l'anamnèse avec le patient, nous avons pu découvrir un cluster qui n'était pas décelé par les questions du tracing. En effet, ces questions ne permettaient souvent pas de cerner les conditions de contamination alors que le patient est souvent bien conscient des circonstances dans lesquelles il a été infecté. Plusieurs de nos patients n'ont par ailleurs jamais été contactés par le tracing. Il est dommage qu'il n'y ait pas de contacts entre les médecins du tracing et les médecins du terrain.

A plusieurs reprises, les directions médicales hospitalières ont eu contact avec les bourgmestres pour les informer de clusters puisque le tracing ne le faisait pas au motif du secret médical. Durant l'été, ces pratiques ont pu éviter une nouvelle flambée dans plusieurs communes. En effet, il est souvent apparu qu'un cluster se développe au départ d'une communauté locale. En discutant avec le patient, on constate parfois une déviance de perception de la dangerosité de pratiques usuelles dans ces communautés. Un travail d'éducation permet alors de prévenir l'accroissement ou la répétition des clusters dans cette commune. Un meilleur lien entre cellule de tracing, médecin de famille et autorités communales peut aider à dépasser ces enjeux. Il doit être renforcé.

De même, le tracing de retour de vacances ne peut se permettre de laisser autant de personnes à risque dans la nature. Nous avons déjà payé cash les vacances de carnaval 2020. Bis repetita...

EUROPE

L'Europe a bien fonctionné en terme d'achats de vaccins.

Elle a totalement dysfonctionné sur l'application mobile : laisser une circulation des personnes ouverte devait imposer l'usage d'une application européenne pour les gens traversant des frontières.

Elle aurait pu faire mieux en terme d'alerte aux états, en terme d'achat de matériel de protection, en terme de communication au grand public, en terme de guidelines vers les médecins et en terme d'étude de cas. Le CDC européen est largement inférieur au CDC américain alors que nos experts ne sont pas moins bons.

Un mandataire demande : « Les médecins ou leurs syndicats ont-ils indépendamment fait appel à leurs collègues des hôpitaux étrangers où la pandémie avait frappé auparavant pour obtenir des informations sur les meilleures pratiques de traitement de la maladie ? »

Oui, dès le début de la pandémie, l'ABSyM a été en contact étroit avec les organisations professionnelles amies des autres états. Ceux-ci nous relataient les difficultés d'organisation de leur système de santé et leurs réussites. C'était inspirant. Cela s'est fait via les organisations internationales auxquelles l'ABSyM est affiliée et via des échanges d'emails informels.

FINANCEMENT

Un mandataire nous demande : « La crise du Covid a mis à mal les finances de beaucoup d'hôpitaux, 30% d'entre eux étant déficitaires. Le système qui est basé majoritairement sur les prestations a montré ses limites . Pensez-vous pas que c'est un momentum pour changer le financement des hôpitaux ainsi que la rémunération des spécialistes ? »

Le système avait mis en déficit 30% des hôpitaux avant la crise du Covid. La crise du Covid met actuellement 100% des hôpitaux en déficit puisqu'une large partie de l'avance des 2 milliards est désormais à rembourser à la suite d'une interpellante méthode de calcul de l'INAMI.

L'ABSyM réclame l'accélération de la réforme du financement hospitalier et la réforme de la rémunération des spécialistes depuis quelques années. L'ABSyM et L'association des directeurs d'hôpitaux ont co-financé une étude indépendante par le bureau d'expertise internationale « Antares » proposant une réforme efficace et rapide du financement hospitalier. Cette étude a été présentée au Cabinet du Ministre ainsi qu'aux présidents de partis en 2020. A côté de cette réforme hospitalière, la réforme de la rémunération médicale est en cours et nous avons convenu avec l'INAMI et les mutuelles d'y mettre un sérieux coup d'accélérateur courant 2021. Cela fait partie de l'accord médico-mutualiste 2021. Mais attention : il ne faut pas réformer un système sur base d'une pandémie exceptionnelle : on ne construit pas une autoroute sur base d'une course cycliste qui y passe une fois par siècle.

REPORT DE SOINS

Au cours de la première vague, deux raisons ont entraîné un report de soins :

- L'absence de matériel de protection a imposé de limiter drastiquement les consultations physiques à la faveur du virtuel (téléconsultation).

L'ABSyM avait demandé la mise en route de la téléconsultation fin 2019 lors de la négociation de l'accord médico-mutualiste 2020. Nous avons convenu de lancer un groupe de travail sur le sujet car il y avait consensus entre l'INAMI et les médecins pour conclure que la téléconsultation peut être un véritable atout pour les patients et le système de santé mais moyennant un encadrement, des indications précises et le maintien de consultations présentiels pour les pathologies où l'absence d'examen clinique rendait moins qualitatif le diagnostic. Tout n'était donc pas possible en téléconsultation et il est certain que des diagnostics ont été retardés par cette obligation de devoir uniquement faire de la télémédecine durant la première vague.

- L'arrêt imposé des consultations et de l'activité programmée hospitalière par les autorités. Brutalement, les médecins ont dû arrêter de suivre leurs patients. Bien sûr, il était demandé de poursuivre les soins essentiels mais le patient étant informé de cet arrêt imposé, nombreux patients ont choisi de ne pas contacter le médecin alors que leur état de santé se dégradait empêchant toute possibilité de dépister l'essentiel.

Après la première vague, l'Etat a continué à exiger une limitation de l'activité médicale hospitalière afin de conserver un quota de lits vides ce qui a empêché de rattraper le retard.

Du côté des patients, de nombreux patients ont continué à reporter leurs soins pour deux raisons :

- La peur de venir apporter du travail à un monde médical et hospitalier qu'ils croyaient toujours surchargés (ce qui n'était pas le cas dès début juin)
- La peur d'être contaminé en se rendant chez le médecin. Cette peur est toujours existante actuellement dans la population. Sur ce point, une communication par les autorités sur le taux de contamination nosocomiale chez le médecin ou à l'hôpital aurait pu rassurer les patients et les encourager à reprendre le chemin des soins plus tôt. Un travail de communication durant les vagues et à chaque sortie de vague devrait être systématisé par les autorités.

Lors de la seconde vague, le matériel de protection était présent. Les patients ont poursuivi leurs soins chez les médecins généralistes. Malheureusement, ceux-ci étaient pour la plupart surchargés de travail administratif supplémentaire lié au COVID19. Pourtant, toutes les associations de médecins avaient déjà tiré la sonnette d'alarme du 'trop plein' administratif et ce, dès le mois de mai.

Comme en première vague, les patients ont déserté les urgences hospitalières par peur de se mélanger à des patients COVID-19.

Les consultations chez les spécialistes ont pu se poursuivre également à la grande satisfaction des patients chroniques.

Le maintien des consultations a permis de réduire l'angoisse des patients face à la maladie.

Par ailleurs, la poursuite des soins présents de première ligne a permis à la médecine générale de mieux encadrer les patients au domicile en évitant dès lors un grand nombre d'hospitalisation, d'autant que des thérapeutiques étaient alors disponibles.

Il est évident que nous aurons dans les prochains mois une surmortalité évitable liée à ce report de soins. Mais éthiquement, lorsque les ressources manquaient pour soigner tout le monde, la priorité était là où on pouvait sauver le plus de vies.

Le Gouvernement a opté pour prioriser les soins COVID-19 car le danger immédiat de mortalité était plus grand. Tous les Etats ont fait de même.

Le seul regret reste que, sans la destruction d'un stock stratégique de masques et avec une anticipation des commandes de matériel, on aurait pu poursuivre les mêmes soins qu'en seconde vague et on aurait pu reporter moins de soins.

La Fondation contre le cancer rapporte un retard de diagnostic de 5000 cancers rien que sur la première vague qui n'étaient pas encore rattrapé fin septembre. Il en est probablement de même au niveau cardiovasculaire.

Enfin, par manque de disponibilité de place aux soins intensifs, des soins curatifs cancéreux exigeant une chirurgie lourde ont été temporairement reporté moyennant une chimiothérapie. Des études internationales sont en cours pour évaluer les conséquences de ces pratiques qui furent mondiales.

DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

Concernant la population générale, la situation que nous vivons nous bouleverse tous. Les plus fragile psychologiquement ont de multiples raisons de décompenser et c'est ce que nous observons. Dans ce domaine comme les autres, il faudrait plus de prévention. Cela passe entre autres par l'exposé d'hypothèses de perspectives claires à moyen et long terme et pas simplement des annonces pour la semaine suivante. L'idée d'un baromètre était également une solution permettant d'avoir des perspectives auxquelles se préparer.

Concernant la communauté médicale : Plusieurs études avaient montré une incidence importante de dépression et de burn-out avant cette crise. La situation n'a guère arrangé les choses. La réduction du soutien social (à cause des bulles) familial et amical fut difficile à supporter. L'angoisse d'être contaminé, l'impression de ne pas pouvoir aider au mieux son patient (à cause des conditions de travail), l'absence de contact direct avec les familles et tout ce qui était lié au COVID19 a profondément épuisé moralement les médecins.

Actuellement, la reprise des soins non essentiels nous demande d'être toujours à 120% et ne nous permet donc pas de prendre du temps pour soi. Ainsi, très peu consultent les équipes de psychologues pourtant disponibles dans les hôpitaux. D'autres pistes doivent être envisagés comme par exemples des groupes de soutien entre pairs.

La pression restera grande tout au long de 2021, c'est la raison pour laquelle nous avons demandé dans l'accord médico-mutualiste que les autorités redoublent d'efforts pour arriver à une plus grande simplification administrative pour les médecins.

On accepte de s'épuiser pour soigner les gens, pas pour remplir des formulaires.

Un mandataire demande : « Comment avez-vous traité les médecins qui ont subi une perte de revenus importante en raison d'un retard dans les soins ? »

Au cours du premier semestre, certaines équipes médicales ont perdu jusqu'à 50% de leurs revenus. Lors de la première vague, la mise à l'arrêt imposé de la médecine a été compensé par le droit passerelle, comme pour les autres indépendants. Lors de la seconde vague, la mise à l'arrêt n'a plus été compensée par le droit passerelle. Nous ignorons pourquoi. Entre les vagues, la réquisition des lits empêchant la reprise d'une activité normale devrait être partiellement compensée par la partie C de l'Arrêté Royal de régularisation de Novembre 2020. Nous ignorons quel sera son montant.

En attendant d'obtenir ce montant, les aides octroyées par l'INAMI ne peuvent en aucun cas servir à compenser une perte de revenus. Elles ne peuvent que soutenir l'activité des médecins ayant presté des actes médicaux autour des patients COVID19.

COMMUNICATION

Au-delà de l'explication ci-dessus sur le matériel de protection, un problème de communication entre les autorités et les médecins existe : chaque agence ou cabinet communique séparément ce qui obscurcit le message.

A titre d'exemple concernant la vaccination : vous devez vous rendre sur le site de la région (AVIQ, ...) pour savoir comment vacciner (hub, formulaire, seringue, ..) mais sur le site de l'AFMPS pour connaître les effets indésirables du vaccin et enfin sur le site fédéral pour obtenir le rapport de la Taskforce opérationnalisation de la vaccination afin d'avoir les détails. Un médecin n'a pas le temps de voyager sur 3 sites pour obtenir une information complète. Il est clair ici que le morcellement des compétences rend tout plus compliqué, y compris la communication.

Il a fallu attendre des mois pour pouvoir s'abonner à une newsletter permettant d'être informé des mises à jour des recommandations Sciensano : jusqu'il y a peu, il fallait aller régulièrement sur le site pour découvrir les changements.

Par ailleurs, régulièrement, les patients perdus dans les différents sites et les différentes versions utilisaient leur médecin généraliste comme call center leur permettant de savoir où en était les mesures.

D'autres éléments ont aussi été d'un grand amateurisme: au début, chaque médecin généraliste devait signaler les cas suspects au médecin inspecteur d'hygiène. Après 2 jours, la procédure était modifiée car ces derniers étaient submergés. Ensuite les procédures ont changé à un rythme infernal, en changeant les définitions d'un cas, les procédures, ... La sous-représentation du terrain dans les lieux décisionnels a entraîné aussi de multiples communications qui ont rendu le message inaudible.

Chaque médecin possède une boîte email sécurisée sur E-Health. D'ordinaire, les communications officielles passent par cet E-Health-box. Nous n'avons reçu aucun message par ce biais depuis le début de la crise.

Du côté hospitalier, les instructions médicales étaient exclusivement envoyées au directeur médical. Aucun médecin hospitalier, en ce inclus le président du conseil médical, n'avait copie de la circulaire. A plusieurs reprises, ceci a entraîné un délai de réaction du terrain.

Au-delà de la manière, il y a aussi un problème sur le contenu : les évaluations de la menace étaient réalisées sur base de modèles mathématiques épidémiologiques permettant de simuler des scénarii et de prédire leur effet sur les capacités hospitalières avec 10 à 15 jours d'avance. Ces prévisions auraient été d'une utilité majeure pour le personnel hospitalier afin de savoir avec quelle urgence se préparer et de savoir à quoi se préparer.

Malheureusement, actuellement ces modèles sont toujours confidentiels et les quelques hôpitaux qui ont pu se les procurer ont ordre de ne pas diffuser.

Pourtant ces modèles permettraient de comprendre quel risque est craint en cas de levée prématurée des mesures. Cette compréhension du risque permettrait à l'ensemble des médecins d'être partenaire des autorités dans la campagne d'adhésion de la population aux mesures. Actuellement, on demande aux médecins d'adhérer aux recommandations sans avoir une explication claire sur le risque et les motivations de la décision. On demande donc à un des métiers les plus cartésiens du monde « d'avoir foi » dans les déclarations d'un Ministre. Alors même que ce métier, bousculé par les errements précédents, a perdu confiance dans ses autorités. Il n'est dès lors pas surprenant de voir défiler les cartes blanches signées par différents médecins académiques appelant tantôt à la levée des mesures tantôt à la désobéissance civique. Pour pouvoir changer cela, il faudrait permettre au monde médical d'avoir accès aux avis d'experts et, au-delà de leurs avis, avoir accès aux données sur lesquelles ils se basent pour rendre avis. Refuser l'accès de ces données aux médecins est à nouveau un camouflet à leur égard.

Le Gouvernement perd ici délibérément un partenaire décisif dans la confiance de la population : il sera difficile de continuer à gérer une pandémie sans faire confiance aux médecins.

Une information également utile serait d'avoir le taux de patients symptomatiques parmi les contaminés ainsi que leur strate d'âge. La France publie ces informations. Cela permettrait aux hôpitaux d'avoir 7 jours d'avance sur leurs admissions. Ce n'est pas disponible. Il en est de même sur les données de PCR dans les stations d'épuration qui permettent de prédire le niveau de contamination d'une ville ou d'un quartier.

Lorsque certaines informations sont publiques, elles sont publiées avec un délai qui leur enlève leur pertinence. Je pense par exemple aux syndromes grippaux des médecins vigies.

Pour l'avenir, il faut également améliorer la communication sur quelques aspects :

- Il reste une frange importante de la population qui se contamine mais qui soit ne va jamais faire de test PCR (et ne s'isole pas non plus), soit va faire un test mais ne s'isole pas en attendant le résultat. Un travail important afin d'encourager le testing doit encore être entrepris.
- Un travail plus précis de tracing doit être entrepris avec une récolte de beaucoup plus de données (lieu d'infection, ...). Au-delà du suivi téléphonique, un travail sur le terrain de coaching des contaminés doit être poursuivi.
- Après une période de lune de miel entre la population et la vaccination, les experts annoncent tous une période où l'intérêt vaccinal va chuter. A ce moment-là, l'aide des médecins sera précieuse. La campagne de communication devrait être préparée dès aujourd'hui afin que tout soit prêt au moment voulu.

L'AVENIR

Nous avons pu constater que les services fédéraux sensés soutenir la médecine ont rapidement été débordés. Que ce soit Sciensano, l'AFMPS, l'INAMI ou le SPF santé publique, les quelques experts internes ont donné de leur temps sans compter, se sont épuisés à la tâche. Sans eux, la situation aurait été bien pire et nous tenons à les remercier chaleureusement. Nous voulons également saluer leurs compétences et leur abnégation.

Malheureusement, leurs équipes étaient sous dimensionnées et le support rapide des autorités a manqué, particulièrement en soutien à la communication. Ils se sont retrouvés entre deux feux ce qui n'est jamais place enviable. Nous avons payé lourdement l'austérité du passé.

La redondance des structures a parfois aussi morcelé l'expertise ce qui n'a pas aidé à l'efficience. C'est l'héritage de la Réforme de l'Etat. Il est évident qu'une politique de « un patient, un ministre de la santé » aurait permis d'éviter bien des écueils, peu importe le niveau de pouvoir où ce Ministre siège. Cela vaut pour la dichotomie entre le préventif et le curatif qui est une hérésie unique au monde mais cela vaut pour tout le reste : un patient a un parcours de soins qu'on tente d'avoir le plus uni, standardisé et solide possible mais découpé entre différents financeurs et lois.

Avoir un seul niveau de pouvoir permettrait également de réaliser des achats groupés fédéral pour du matériel divers : une négociation fédérale de prix pour le matériel usuel (masques , ...) permettrait à tout le monde de la santé d'avoir une garantie du meilleur rapport qualité/prix. De même pour certains logiciels imposés par l'Etat (par exemple le coder de la firme 3M) mais dont le prix est différent pour chaque hôpital du pays. Tout le monde aurait à gagner dans ces marchés et cela permettrait également à l'administration d'être rôdée dans l'acquisition de matériel même en dehors de périodes de crise ce qui les rendrait plus efficaces en cas de tension sur le matériel.

Il n'y a donc pas que le financement qui mérite réflexion et qui permettrait des pistes de réelle efficience à savoir offrir un meilleur service à un prix identique.

L'ABSyM tient à remercier la commission COVID-19 de son invitation.

Nous nous tenons à la disposition des mandataires pour toute discussion ou information complémentaire.

Nous espérons que votre travail nous permettra d'aborder l'avenir avec plus de sérénité, avec une confiance retrouvée en nos autorités et nous permettra de nous concentrer encore plus sur le core business de notre métier : apporter un gain de santé au patient.

Dr Philippe DEVOS
Président ABSyM / BVAS