

PANDEMIE... PANDEMONIUM

Rapport annuel GBS 2020 - Bruxelles 06.02.2021



GBS-VBS

Le Médecin Spécialiste - Mensuel

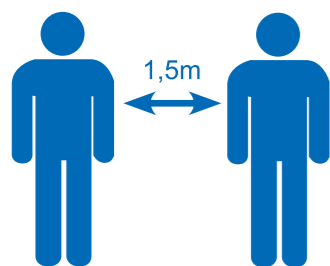
N° spécial mars 2021

Bureau de dépôt : BRUXELLES X

Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles

☎ 02-6492147 - 📠 02-6492690

info@gbs-vbs.org - www.gbs-vbs.org



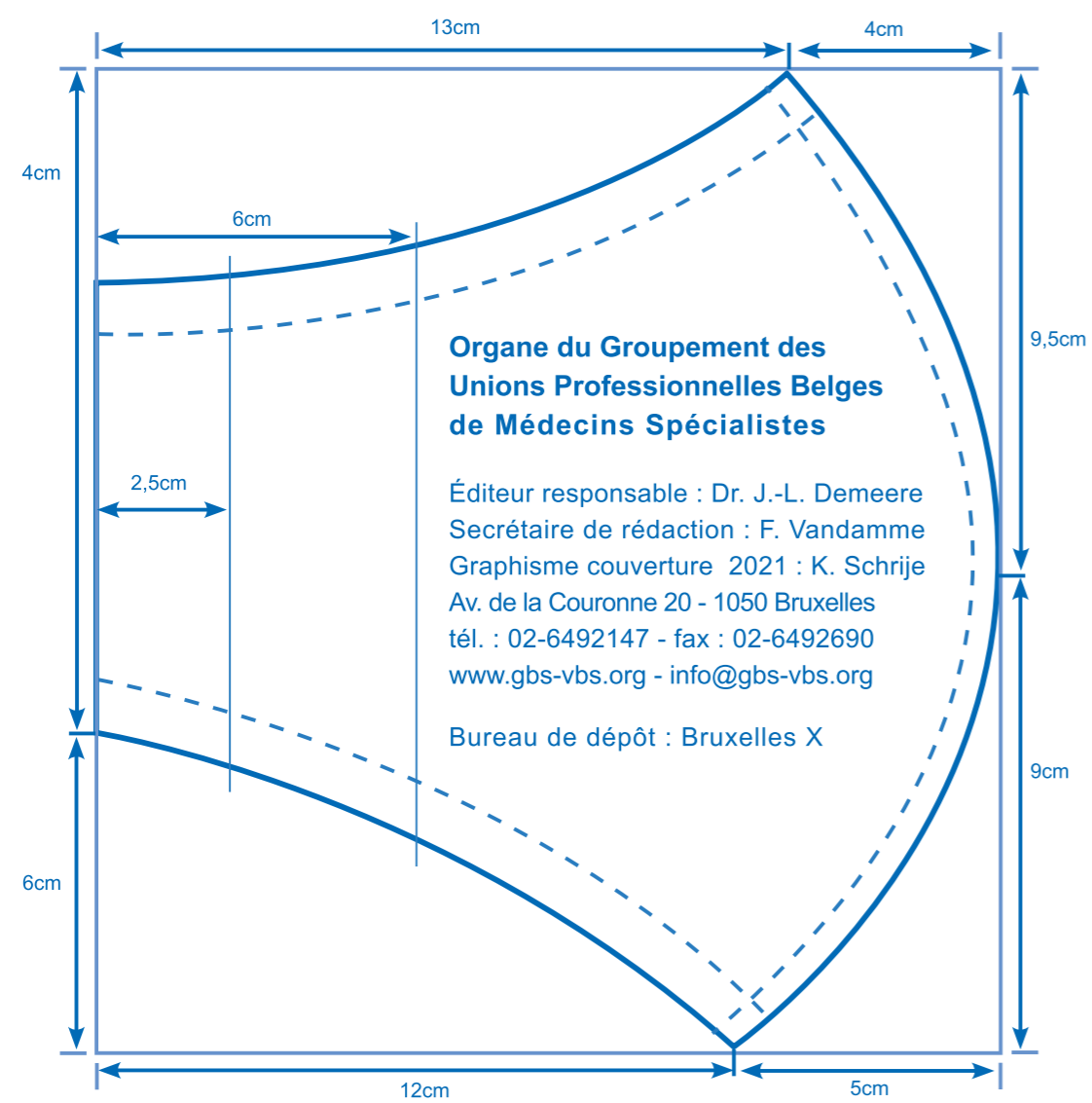
Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes



GBS-VBS

LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

ISSN 0770-8181 - Mensuel - N° spécial / mars 2021



Avant-propos

En souvenir de cette année exceptionnelle, nous avons demandé à toutes les unions professionnelles de relater leur expérience avec la COVID-19. Nous les remercions vivement pour leur contribution. Au lieu d'un rapport annuel classique, nous vous proposons donc l'ensemble de leurs récits.

Bonne lecture !

2020, l'année du dispensateur de soins – Dr J.-L. Demeere, président du GBS	3
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ANATOMIE PATHOLOGIQUE	6
Association professionnelle belge des médecins spécialistes en ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION	6
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en BIOPATHOLOGIE MÉDICALE	8
Union professionnelle des CHIRURGIENS BELGES	8
Association professionnelle belge des médecins spécialistes en CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHÉTIQUE	10
Unions professionnelle belge des médecins spécialistes en ENDOCRINO-DIABÉTOLOGIE	11
Union professionnelle belge des GASTRO-ENTÉROLOGUES	13
Union professionnelle des GÉNÉTICIENS CLINICIENS	13
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en GÉRIATRIE	15
Association professionnelle des obstétriciens et GYNÉCOLOGUES belges	18
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en MÉDECINE INTERNE	19
Association belge des médecins spécialistes en MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION	20
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE	22
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE	22
Union professionnelle belge des médecins OPHTALMOLOGUES	24
Union professionnelle médicale belge de CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE DE L'APPAREIL LOCO-MOTEUR	25
Association professionnelle belge des PÉDIATRES	26
Union professionnelle des médecins belges spécialistes en PNEUMOLOGIE	27
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en PSYCHIATRIE	28
Belgian Association for RADIATION ONCOLOGY (BARO)	28
Association des médecins RHUMATOLOGUES de Belgique	29
Union professionnelle belge des médecins spécialistes en SOINS INTENSIFS	30
Union professionnelle des médecins belges spécialistes en STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORALE ET MAXILLO-FACIALE	31
Un siècle en un an – Dr D. Claeys, secrétaire général du GBS	33
Remerciements	39

2020, l'année du dispensateur de soins

Dr Jean-Luc Demeere, président du GBS

Le 23 janvier 2020, une crise sanitaire est déclarée dans la province de Wuhan, en Chine. Un nouveau coronavirus. Tous les Belges connaissent l'histoire. Le Prof. Marc Van Ranst déclare à la VRT (journal TV du 23 janvier) que cette nouvelle épidémie est locale et ne constitue pas une menace pour la Belgique. Fin février, à la même VRT (Radio 1), la ministre de la santé annonce que si l'épidémie se propage en Belgique, nous sommes prêts ! Et les experts, comme le Prof. Pierre Van Damme et le Prof. Herman Goossens, déclarent que les vacances de carnaval peuvent avoir lieu sans grand risque pour la population. Le Prof. Marc Van Ranst renchérit en déclarant que ce que l'on risque est une grippe plus forte mais comparable à la grippe saisonnière. Et la ministre confirme.

Le reste est connu : un premier « lockdown » ou confinement complet le 18 mars, avec un arrêt des hôpitaux et des consultations à partir du 14 mars. Je me rends à l'hôpital le 18 et suis arrêté pour un contrôle de déplacement essentiel. L'hôpital est silencieux. Les consultations sont fermées. La salle de réveil du quartier opératoire est convertie en unité de soins intensifs. Les « jeunes » anesthésistes et ceux qui ont la compétence en soins intensifs travaillent à l'USI tandis que les plus âgés assurent le service d'anesthésie. Il y a une garde COVID et une garde « non-COVID ». Le matériel de protection manque. Une collègue fournit les visières. On cherche des masques FFP2 et 3. Les anesthésistes lisent la littérature scientifique pour apprendre comment traiter les patients. Ils téléphonent de clinique en clinique et partagent leurs expériences et stratégies. Ils partagent aussi leur peur de la maladie, les souffrances de ceux qui sont malades. Je téléphone à un collègue et peine à le comprendre. Il n'a plus de voix, tousse. Je m'excuse de l'avoir appelé. Je reçois un e-mail, annonçant le décès d'un de mes amis anesthésistes avec qui, pendant mon doctorat, j'avais partagé un job de vacances dans un hôpital Bruxellois. La crainte est là. Le patient aussi. Machinalement, j'oublie la peur, respecte le protocole et endors le malade. On désinfecte les mains, le stylo, la machine. On porte le masque. Ainsi se répand la peur de l'autre.

Je téléphone à un collègue et peine à le comprendre. Il n'a plus de voix, tousse. Je m'excuse de l'avoir appelé

Les finances du service sont garanties par les paiements (différés) des prestations des six derniers mois. Le problème de revenus se surajoutera plus tard. Les assistants sont réquisitionnés aux urgences, à l'USI et au quartier opératoire. Les plus anciens des anesthésistes du service sont écartés et reçoivent le droit passerelle. Près de la moitié du staff d'anesthésie sera malade de la COVID-19, essentiellement durant la deuxième vague.

Les quartiers opératoires sont vidés des respirateurs et monitorings. Ils déménagent vers les USI. On équipe une salle d'opération COVID à laquelle on accède par le couloir « sale ». On manque de personnel qui est réquisitionné dans les unités COVID, y compris l'USI. Pour l'anesthésie, des ampoules périmées sont autorisées par l'AFMPS. Je découvre des médicaments couverts d'inscriptions en grec (ouf je savais un peu les lres) ou de hiéroglyphes incompréhensibles, mais une étiquette en français traduit le nom de la substance et le dosage. En Afrique, durant une mission humanitaire, j'avais rencontré le même problème et tremblé à l'idée d'une réaction allergique ou d'une complication après l'injection du produit. On est responsable de l'injection d'un produit supposé similaire. La méfiance règne. Les curares manquent et je retrouve des molécules que je n'avais plus utilisées depuis 30 ans ! Les benzodiazépines et les sédatifs font défaut.

L'activité se réduit à l'essentiel : les urgences, la maternité et les interventions essentielles. Voilà bien un mot dangereux : essentiel ! Pour qui ? L'INAMI mènera une enquête et découvrira des circoncisions essentielles. De très nombreux médecins jouent le jeu de « l'essentiel ». Rares sont ceux qui continuent leur activité et quelques-uns maintiennent une activité fortement réduite mais non essentielle. Nous sommes en Belgique.

Le 4 mai, les consultations peuvent reprendre. Le 11 mai, les quartiers opératoires suivent. Les réponses d'une enquête du GBS nous apprennent que dans 100% des QOP en Flandre, les activités reprennent avec une activité à 40-50 % au 4 mai, mais pas en Wallonie et à Bruxelles. Le 11 mai, les hôpitaux francophones reprennent une activité classique pour 50% mais pas en chirurgie de jour. Trois semaines plus tard, certains hôpitaux bruxellois et wallons ne tournent toujours pas à 100%. Les retards de soins et de diagnostic, les complications des traitements mal suivis durant la période COVID ont créés des listes d'attente. L'activité peut redémarrer mais la salle de réveil est encore occupée par les soins

La communication se fait par des circulaires envoyées aux directeurs des hôpitaux, circulaires qui parviennent parfois après les communiqués de la presse audio-visuelle

intensifs. On manque de machines dans le quartier opératoire, mais surtout de personnel. A la reprise d'activité, la direction donne congé aux infirmiers des soins, épuisés, et les remplace par ceux du quartier opératoire. Flexibilité et surcharge de travail.

Pour moi, cette première vague a surtout été marquée par l'improvisation. Les directives ne sont parfois pas claires ou sont contradictoires. La communication se fait par des circulaires envoyées aux directeurs des

hôpitaux, circulaires qui parviennent parfois après les communiqués de la presse audio-visuelle. A chaque communiqué de presse, il y avait un autre expert qui utilisait le même canal de communication pour contredire les décisions, les démolir et demander de ne pas les suivre. C'est le chaos du monde scientifique. Cette cacophonie fait du bruit. Ce bruit étouffe même les applaudissements de 20h00.

La population a peur mais peine à suivre les directives. La saga des masques. La taille des bulles. La distanciation. Un contact rapproché, le « knuffelcontact ». Chaque jour, les chiffres s'affichent à l'écran, suivis des commentaires très scientifiques et contradictoires. Un économiste de la santé introduit son grain de sel dans l'engrenage : il faut assouplir les mesures ! La suite vous la connaissez : seconde vague, maintien des consultations mais lockdown des quartiers opératoires et fermeture des hôpitaux, sauf pour l'essentiel.

Que retenir de tout ceci ? Le système belge des soins de santé a été sauvé par la créativité, le dévouement, la compétence et la générosité de tous les soignants, y compris notre personnel administratif et logistique. Tous ont été solidaires, se sont battus sans compter. Ensemble, ils ont rectifié les décisions inconséquentes, trouvé des solutions pour le matériel de protection, le matériel médical, les médicaments, l'accueil des patients et l'absence de leur famille. L'humanité avait un peu disparu de la société et de l'hôpital. Les soignants ont rétabli une humanité à l'hôpital.

Je retiendrai le pouvoir des médias qui, au nom de l'information, créent parfois la désinformation. Je remercie les médias de nous avoir informés de Wuhan, de Bergame, de l'Italie. Sans ces images gravées dans nos mémoires, la gravité du problème de la pandémie nous aurait dans un premier temps, échappé. Je retiendrai aussi le jeu des politiciens qui courtisent les médias en espérant augmenter leur cote de popularité. Je retiendrai la solidarité de la population qui applaudit les héros avant de les chasser de leur appartement par peur de la contamination. Je retiendrai la peur de l'hôpital, la peur du médecin, la peur de se faire soigner, la peur de ce virus. Je retiendrai surtout le manque de cohérence de nos ministres. Je retiendrai l'engagement inconditionnel des soignants, des volontaires et du corps médical.

Je retiendrai que la crise permet de montrer nos forces et nos faiblesses, de renforcer notre idéal de vie et de créer l'espoir d'un monde nouveau plus solidaire et plus juste.

Un autre souvenir me restera également. Le 29 avril 2020, une réunion rassemblait les responsables du SPF Santé et de l'INAMI, les représentants des directions médicales des hôpitaux et le GBS. Mission est alors confiée au GBS de transmettre pour le 4 mai, une liste des interventions urgentes, essentielles et programmables afin de préparer la réouverture des quartiers opératoires le 11 mai. Le template sera fourni par le Conseil Supérieur, la veille du premier mai ! Le deux et le trois mai tombaient un week-end. Durant ce « week-end prolongé » nous avons reçu les priorités de pratiquement toutes les spécialités. Une page dédiée est alors créée sur le site du GBS. On ouvre un forum de discussion. Bref : le lundi 4 mai, la mission est accomplie à 90% et le 6 mai, à 100%. Merci à toutes et à tous pour cette prouesse, merci à Donald, merci à Fanny et son équipe, merci à tous les présidents et secrétaires des unions professionnelles.

L'année COVID prouve que, si ensemble on a la volonté de résoudre un problème, on y parvient

L'année COVID prouve que, si ensemble on a la volonté de résoudre un problème, on y parvient. L'année COVID prouve que gouverner, c'est prévoir.

L'année post-COVID sera l'année de l'espoir : celui du vaccin, celui d'une société conviviale. Celui de notre vision du GBS :

UN MEDECIN HEUREUX pour un PATIENT HEUREUX !

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ANATOMIE PATHOLOGIQUE

26.01.2021

2020 n'a pas seulement été une année étrange, elle a aussi été, en ce qui concerne l'anatomopathologie, une année ennuyeuse... à plusieurs égards marquée par l'attente. De Godot ? Pourvu que non !

J'évoque ici, entre autres, l'actualisation longuement attendue de l'article 32 de notre nomenclature dont la publication au Moniteur belge nous avait déjà été promise en 2019 mais qui, pour des raisons obscures, a toujours été reportée. Pas prioritaire manifestement. Mais c'est en partie compréhensible vu les circonstances exceptionnelles, pour autant qu'il ne soit pas question de la négligence ou de l'impéritie des services gouvernementaux, ce dont malheureusement, on ne peut jamais être certain.

En 2020, peu de réunions ont eu lieu et il n'y a pas eu de symposium.

Cependant, en coulisses, nous avons poursuivi nos travaux

Grâce à l'investissement de quelques membres et syndicats, les choses devraient bouger sous peu (début 2021) et d'après les dernières annonces de l'INAMI, la version 2018-2019 pourrait être publiée au Moniteur belge ce mois-ci (janvier 2021). Dans tous les cas, pourvu qu'aucune catastrophe ne survienne. Au moment de la rédaction de ce texte, il reste encore

quelques jours... Nous restons patients et nous nous efforçons d'être constructifs, encore et encore...

Pour le reste, hormis le corona, on se souviendra de peu de choses. En 2020, peu de réunions ont eu lieu et il n'y a pas eu de symposium. Cependant, en coulisses, nous avons poursuivi nos travaux sur le renouvellement de la directive pratique et la collaboration entre la BSP (notre société scientifique) et le GBS/VBS AP a pris plus de consistance avec notamment la réécriture des statuts et la représentation de chaque organisation au sein de l'autre. La section « Young pathologists » de l'union professionnelle s'est également réunie pour la première fois au début de l'année 2020 et a mis la dernière main à son site internet. En préparation du projet « réforme structurelle de la nomenclature 2020-2024 », une nouvelle nomenclature a été élaborée avec une réorganisation profonde de l'immunohistochimie et l'introduction de la consultation intercollégiale, la deuxième lecture organisée et la séparation des coûts de fonctionnement et d'investissement des honoraires purs.

Pour finir, la mini-enquête que nous avons menée pour évaluer l'impact de la COVID-19 sur les activités de nos laboratoires nous a révélé que, par rapport à 2019, le chiffre d'affaires de la première vague en mars-mai a chuté de 60 % et n'atteignait plus que 38 % en moyenne en avril, soit le niveau le plus bas enregistré. En juin, nous avons observé une reprise avec un chiffre d'affaires de 105 % en moyenne par rapport à juin 2019. Au moment de la rédaction de ce texte, j'entends « partout » que les laboratoires sont très occupés voire hyper occupés, presque comme avant. Une manœuvre de rattrapage a clairement eu lieu mais nous prévoyons néanmoins une perte globale de chiffre d'affaires d' 1/12^e soit 1 mois d'activité pour l'année 2020.

Association professionnelle belge des médecins spécialistes en ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION

07.01.2021

Début 2020, les premières annonces d'une épidémie en Chine, plus précisément à Wuhan, nous parviennent. Cette épidémie est due à un virus de type SRAS. Il s'agit apparemment d'un coronavirus, et Wuhan de même que d'autres régions de Chine entrent dans un confinement rigoureux.

L'espoir était que, de cette manière, l'épidémie serait endiguée et ainsi, nous ne devions pas nous faire de souci en Occident. Pourtant, un peu plus tard, les premiers cas se sont déclarés en Europe, mais notre ministre de la santé – ou plutôt l'un des 8 ministres de la santé dont notre pays est doté - nous a tranquilisés en nous annonçant qu'il ne s'agissait que d'une simple grippe qui ne devait pas nous inquiéter à condition de garder nos distances et de nous laver les mains. Apparemment, les masques buccaux étaient inutiles mais notre gouvernement en affaires courantes oubliait de préciser qu'en fait, il n'y en avait pas car les stocks avaient été brûlés.

Cependant, en Italie, on s'est vite rendu compte que le virus se propageait à toute vitesse et à quel point il était mortel. Vers la mi-mars, tous les soins non-essentiels (comment le dire autrement), étaient suspendus, 75 % de nos salles d'opérations fermaient et tous les endroits possibles des hôpitaux pouvant servir aux soins intensifs étaient convertis à cette fin. Les USPA, salles d'opérations et autres étaient aménagées en espaces de soins intensifs, les appareils d'anesthésie, transformés en respirateurs de soins intensifs, et l'aide des anesthésistes, sollicitée de toutes parts dans les services aigus (intensifs et urgences) pour prendre en charge l'afflux de patients COVID +. Nous sommes en effet anesthésistes-réanimateurs, formés aux soins intensifs et à la médecine d'urgences mais surtout, nous sommes très flexibles et à tout moment prêts à travailler en première ligne. Nous sommes aux prises avec une pénurie de matériel de protection, les médicaments essentiels sont rationnés ou ne sont plus disponibles en raison de ruptures de stocks, mais ensemble avec nos confrères et consœurs des soins intensifs et des urgences, nous nous débrouillons : à la guerre comme à la guerre!

La virulence de l'épidémie qui s'était muée en pandémie dès février 2020, s'est affaiblie et nous avons pu reprendre progressivement nos activités au quartier opératoire dès le mois de mai. Malheureusement, comme nous disposons de trop peu de tests, nous ne pouvons pas tester les patients arrivés au bloc opératoire pour des soins essentiels, ce qui entraîne un énorme risque vital à la fois pour l'anesthésiste et chaque patient à endormir. Vu le temps et les ressources supplémentaires que tous ces efforts ont nécessités, l'APSAR-BSAR a décidé de demander une intervention sous la forme d'une prime de risque de 25% pour nos activités au QO, mais cette demande a été dédaignée - comme toujours lorsqu'une demande émane des anesthésistes...

Progressivement, les mesures sont assouplies : et bien que des signaux d'alarme indiquent qu'une nouvelle flambée est imminente, le gouvernement Wilmès décide d'interpréter le concept de bulle au sens large malgré les mises en garde insistantes du monde médical, notamment de notre association professionnelle. Le résultat de tant d'ignorance se traduit par une deuxième vague accélérée et massive qui nous donne à tous un sentiment de déjà-vu mais qui fait aussi naître un nouveau gouvernement majoritaire : un gouvernement nettement plus déterminé que le gouvernement intérimaire, avec un premier ministre et un ministre de la Santé publique qui agissent plus fermement que leurs prédécesseurs.

A la mi-décembre, la deuxième vague commence lentement à se stabiliser et un vaccin est annoncé. Une stratégie de vaccination est mise au point hâtivement, laquelle doit vraisemblablement servir de bouclier à un ministre flamand responsable des maisons de repos et de soins, après tous les dérapages de la première vague. Par la suite, l'APSAR-BSAR a envoyé une lettre au ministre Frank Vandenbroucke et au professeur Dirk Ramaekers pour leur demander que les dispensateurs de soins soient vaccinés parmi les premiers, conformément aux recommandations de l'OMS, pour qu'à tout le moins, les soins

Les Pays-Bas et la France ont radicalement changé de stratégie de vaccination et vaccinent les dispensateurs de soins en priorité mais en Belgique, les responsables politiques font la sourde oreille et ne daignent même pas répondre à notre appel

puissent être administrés par des professionnels encore en bonne santé. Les cas de COVID-19 qui se sont déclarés au sein du personnel des soins en Belgique et chez nos voisins, nous donnent raison : les Pays-Bas et la France ont radicalement changé de stratégie de vaccination et vaccinent les dispensateurs de soins en priorité mais en Belgique, les responsables politiques font la sourde oreille et ne daignent même pas répondre à notre appel. Histoire de montrer le grand respect qu'ils ont pour tous les soignants sur le front. Quantité négligeable...

Depuis lors, nous espérons éviter une troisième vague...

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en BIOPATHOLOGIE MÉDICALE

03.01.2021

Jusqu'aux vacances de carnaval, pas un nuage à l'horizon. L'union professionnelle a assuré le suivi, la remise en question ou le soutien de certains dossiers, comme le texte de vision sur les laboratoires au sein d'un réseau, la réforme de la nomenclature et l'agrément de la microbiologie médicale en tant que titre de niveau 3.

Et puis soudain la COVID a surgi, avec sa cohorte de tests et une profusion cacophonique de termes à expliquer : tests PCR, tests rapides, tests antigéniques, recherche d'anticorps, valeur Ct... se sont invités dans une multitude d'articles. Les biologistes cliniques ont été sollicités pour expliquer tous ces termes. Les tests rapides ont été tour à tour interdits puis autorisés. La définition de cas de COVID-19 a changé presque tous les jours, donnant lieu à maintes discussions pour savoir qui devait être testé.

Et puis soudain la COVID a surgi, avec sa cohorte de tests et une profusion cacophonique de termes à expliquer

La stratégie de testing semblait décisive pour endiguer l'épidémie. Mais en mars, c'est la pénurie de matériel de test et de prélèvement qui a été au centre des préoccupations. De nombreux biologistes cliniques ont passé des heures au téléphone pour tenter de ravitailler les stocks épuisés. En été, la situation

s'est normalisée mais ensuite, la deuxième vague a frappé, et en octobre, près de 80 000 tests ont été effectués tous les jours. Ces conditions éprouvantes ont poussé les laboratoires et leur personnel dans leurs derniers retranchements en termes de flexibilité. Le développement de la plateforme fédérale de test n'a atteint sa vitesse de croisière qu'après ce pic mais elle est depuis lors sous-utilisée. C'est ainsi qu'en 2020, plus de 300 millions d'euros ont été dépensés en tests COVID-19, ce qui représente un effort financier sans précédent de la part du gouvernement.

Espérons qu'en 2021, il n'y aura pas de troisième vague et que ce tour de force (avec sa note salée), ne devra pas être réitéré. Comme dans toutes les spécialités, les laboratoires ont vu leurs activités non COVID-19 diminuer de manière spectaculaire, à tout le moins au cours du premier confinement.

Union professionnelle des CHIRURGIENS BELGES

15.11.2020

Nous sommes au plus fort de la deuxième vague de COVID et cette flambée est certainement plus importante que la première. Cependant, la gestion de cette deuxième vague est tout autre, de même que le ressenti des chirurgiens.

En effet, au printemps 2020, les mesures prises pour la chirurgie ont imposé l'arrêt de toutes les interventions à l'exception des interventions urgentes avec pronostic vital engagé. Certaines

interventions oncologiques ont dû être reportées en raison d'un manque de places aux soins intensifs ou de risques accrus pour les patients, avec éventuellement des changements dans la prise en charge de ces pathologies. Des chimiothérapies d'attente ont été proposées et des pathologies non malignes ont été reportées avec parfois des conséquences désastreuses pour les patients. L'arrêt des activités chirurgicales avait été imposé par les autorités de la santé au niveau fédéral. Lorsque la situation s'est améliorée, des recommandations pour la reprise progressive de certaines pathologies ont été émises avec la collaboration active du GBS. La quasi-totalité des consultations hospitalières chirurgicales a été suspendue. Quelques consultations extrahospitalières ont cependant été maintenues et ont permis d'aider des patients désemparés qui ne trouvaient plus de solution à leur pathologie.

Dès le mois de juin, les services de chirurgie ont repris leurs activités, en lançant un mouvement de rattrapage pour les pathologies laissées en suspens. Les chirurgiens ont constaté les dégâts collatéraux de la COVID, tels que l'évolution des pathologies sous les traitements d'attente, des complications pour des pathologies initialement simples, ou des séquelles irréversibles pour d'autres. La plupart des secteurs chirurgicaux ont constaté une augmentation d'activité supérieure à la norme au cours de l'été mais cela n'a cependant pas compensé l'arrêt quasi-total de l'activité au printemps.

Depuis la deuxième vague, l'activité chirurgicale a également changé mais de façon moins radicale qu'au printemps. Les autorités fédérales de la santé n'ont pas imposé des règles aussi strictes ; les activités oncologiques et les activités caractérisées par des situations semi-urgentes ont été maintenues. Les consultations se sont aussi poursuivies dans les hôpitaux et dans les centres extrahospitaliers. Les chirurgiens ont fait preuve de beaucoup de discernement en supprimant de leur programme opératoire les interventions non urgentes, par manque de personnel soignant dans les bloc-opératoires et dans les unités de soins qui devaient accueillir les patients opérés.

Les autorités de la santé doivent adapter le financement des médecins et des hôpitaux dans ces cas de force majeure

Dans beaucoup de centres hospitaliers, les unités de réanimation ont été saturées par les patients COVID, mais des lits supplémentaires ont été ouverts aux soins intensifs pour assurer la continuité de la chirurgie lourde urgente ou oncologique.

Pour les patients COVID, les anesthésistes et les chirurgiens ont pris des mesures spécifiques comme l'adaptation de certaines techniques pour éviter la dispersion du virus par aérosols.

De ce tableau, on retiendra la maturité des autorités de la santé qui ont été moins directives dans leurs recommandations, et le discernement dont les chirurgiens ont fait preuve pour administrer les soins nécessaires à leurs patients dans ces conditions exceptionnelles. On soulignera aussi la solidarité des médecins hospitaliers qui ont pris en charge la surveillance des patients dans les unités de soins COVID. Enfin, il faut remercier les assistants des différentes spécialités qui ont joué un rôle très important au cours de cette crise, en assurant une partie du fonctionnement des unités COVID et des soins d'urgence.

A l'exception des médecins salariés, la plupart des médecins ont subi une perte de revenus conséquente tout en devant supporter les obligations financières habituelles. Souvent, ces médecins ont aussi dû assumer la charge financière des assistants. En ces circonstances exceptionnelles, le mode de financement à l'acte n'est plus approprié. Les autorités de la santé doivent adapter le financement des médecins et des hôpitaux dans ces cas de force majeure. Est-il normal qu'en sortie de crise, au moment où les médecins ont été fort éprouvés, des discussions financières soient engagées au sein de nos hôpitaux parce que les gestionnaires se trouvent aussi dans une situation difficile ?

En tant que président de l'union professionnelle des chirurgiens belges, je voudrais remercier l'ensemble de mes collègues, jeunes et moins jeunes, pour les soins qu'ils ont prodigués aux patients dans ces conditions éprouvantes.

Association professionnelle belge des médecins spécialistes en CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHÉTIQUE

15.02.2021

2020 a été une *annus horribilis* pour toute la population et l'ensemble du système de santé, au sein et en dehors des hôpitaux.

Comme il n'y avait plus assez de respirateurs, les chirurgiens plastiques extrahospitaliers ont spontanément mis leurs appareils d'anesthésie à la disposition des hôpitaux.

De nombreux MSF et chirurgiens plastiques se sont mobilisés dans les unités COVID. Nous avons apprécié que les MSF reçoivent une indemnité de circonstance, outre l'acompte versé aux médecins hospitaliers.

Pour les MSF, de nombreux mois de formation ont été perdus, ce qui leur pèse lourdement comme ils l'ont fait comprendre lors du webinaire qu'ils ont organisé.

Pour les MSF, de nombreux mois de formation ont été perdus, ce qui leur pèse lourdement

Outre les réunions mensuelles du comité directeur de la RBSPS et l'organisation du Collegium Chirurgicum Plasticum pour la formation, différents thèmes ont été discutés comme les « implant files », le BIA-ALCL, la

défense professionnelle dans l'usage de la publicité et des médias sociaux, la demande du Conseil Technique Médical concernant l'utilisation de la nomenclature des ultrasons dans le cadre d'exams effectués par les plasticiens, les listes des priorités dans le contexte de la COVID.

Notre congrès d'automne organisé sous la forme d'un webinaire par des consœurs chirurgiennes plasticiennes, proposait comme sujet « Women in Plastic surgery ». Des chirurgiennes plasticiennes de Belgique et du monde entier y ont présenté des exposés captivants.

En collaboration avec la RBSPS et le GBS, nous avons organisé une enquête anonymisée intitulée « Assessment of gender bias & inequality in plastic surgery ». 55 résultats ont été enregistrés. Ceux-ci révèlent qu'il existe toujours des problèmes concernant l'équilibre vie professionnelle/privée, que la protection des chirurgiennes enceintes est insuffisante, et que dans certains hôpitaux, la rémunération des femmes reste inférieure à celle de leurs collègues masculins.

Le GBS souhaite devenir le point de contact auquel s'adresser pour formuler des plaintes ou élaborer une solution.

Il y a beaucoup de pain sur la planche, comme la révision de la nomenclature et les tarifs des consultations.

Concernant les consultations, nous demandons à l'INAMI/aux politiciens, une intervention financière tant pour le soutien administratif que pour le DPI, afin de garantir une bonne collaboration avec les généralistes et une approche multidisciplinaire.

La phase 3 de la révision de la nomenclature se concentrera sur un sujet important, à savoir la fixation des honoraires purs outre les frais nécessaires à la réalisation des opérations/prestations.

La subdivision des frais de fonctionnement qui comprennent les instruments, les assurances, le secrétariat, le DPI etc... est nécessaire.

La révision des tarifs et le financement des hôpitaux sont des défis qui, nous l'espérons, seront réexaminés de A à Z en tenant suffisamment compte de l'expertise des chirurgiens plasticiens, ce qui implique entre autres des discussions sur la règle des zones opératoires et sur la réduction de moitié des deuxièmes ou multiples opérations au cours de la même anesthésie.

Actuellement, les rétrocessions d'honoraires diffèrent considérablement d'un hôpital à l'autre : même au sein d'un même service, la rétrocession peut varier entre 20% et 50%.

A cet égard, nous souhaitons de la transparence et une séparation des coûts dans un budget à part ainsi que des honoraires purs, et nous souhaitons participer, en co-gouvernance, aux décisions relevant du choix du matériel et des infrastructures appropriées.

Autre point d'attention pour la RBSPS : la possibilité que des interventions, qui peuvent être effectuées en hôpital de jour sous anesthésie locale avec une valeur INAMI de \geq K120 et \geq N200, soient réalisées en dehors de l'hôpital, sous sédation ou anesthésie générale et honorées par un remboursement INAMI, pour autant que soient respectés les aspects de qualité et de sécurité et de la surveillance de l'anesthésie tels que précisés à l'art. 13 de la Loi-qualité.

Cela peut se faire en toute sécurité comme cela a été prouvé en ophtalmologie.

La chirurgie des patients à haut risque nécessitant potentiellement des soins intensifs et/ou une surveillance post-opératoire à long terme et/ou une transfusion sanguine, doit être évidemment effectuée dans les hôpitaux, avec l'encadrement requis, même en ces temps de limitations de la capacité des salles d'opération et malgré la lourdeur de la structure intrahospitalière. Dans les autres cas, les opérations peuvent être effectuées en toute sécurité en dehors de l'hôpital.

Enfin, étant donné que la société scientifique et l'union professionnelle au sein de la RBSPS adoptent une position commune, nous espérons qu'en collaboration avec le GBS, l'INAMI, les hommes politiques et les hôpitaux, nous pourrions trouver une issue favorable concernant la révision de la nomenclature, la consolidation du financement des hôpitaux et la législation, afin de créer un climat optimal tant pour les patients et les médecins que pour la société et l'équilibre du budget financier.

Avec le GBS, nous souhaitons piloter l'implémentation du portfolio et la formation continue afin de parvenir à une politique commune cohérente.

Unions professionnelle belge des médecins spécialistes en ENDOCRINO-DIABÉTOLOGIE

15.01.2021

Confinement ! Réunion urgente du département, réorganisation du service avec formation de petites équipes distinctes pour que la permanence reste assurée en cas de contamination... bref, réinventer sa façon de travailler de manière créative n'a pas été facile. Une permanence médecin-infirmier-diététicien a été mise en place dans notre service, afin que les patients en situation d'urgence puissent toujours être vus. Du matériel destiné à nos patients diabétiques a été fourni à l'entrée sur rendez-vous. Mais quel changement ! Plus d'équipe ! Seulement l'essentiel ! Innombrables téléconsultations, correction à distance d'une glycémie dérégulée, appels téléphoniques de patients diabétiques inquiets au sujet de la COVID et du travail, posant des questions auxquelles nous ne pouvions pas toujours répondre (très frustrant !). Travailler non pas avec 6 endocrinologues, mais seul à tour de rôle, parkings déserts, couloirs de consultation vides dans un hôpital sinon si trépidant, dormir de nouveau à l'hôpital après tant d'années, inquiétude et stress générés par cette maladie inconnue, nervosité pour s'habiller et se

déshabiller dans le bon ordre en présence de patients positifs à la COVID, peur de l'« ennemi invisible » et crainte pour la santé de nos familles, découverte de Zoom/Webex/Teams, incertitude permanente quant aux événements et chaque semaine, adaptation de l'emploi du temps... C'était stressant et très excitant. De quoi marquer durablement les mémoires. A jamais.

Dr Dominique Ballaux, secrétaire du comité directeur, Endocrinologie AZ Nikolaas, Sint-Niklaas

Le premier confinement a rudement éprouvé notre flexibilité de diabétologues. Comme seules les consultations urgentes pouvaient être assurées, j'étais en ligne toute la journée pour aider mes patients au téléphone. Pour moi, les téléconsultations étaient stressantes car il m'était plus difficile d'estimer si le patient avait tout compris correctement. La collecte du matériel de test nécessaire à l'auto-surveillance des glycémies a également été plus difficile. Grâce à un système de drive-in à l'extérieur sur le parking, nous avons permis à nos patients d'obtenir leurs bandelettes et capteurs sur rendez-vous. Il a aussi fallu composer avec le stress lié à la prise en charge des patients COVID aux urgences, bien au-delà de ma zone de confort. Personne ne pouvait prédire le raz-de marée qui s'est abattu sur nous. Heureusement, une grande solidarité a uni les collègues et les infirmiers, et ensemble, nous avons réussi à accomplir beaucoup en peu de temps, ce dont nous pouvons être fiers.

Dr Peggy Joosen, membre du comité directeur, Endocrinologie Noorderhart - Campus Mariaziekenhuis Pelt

En tant qu'endocrinologue, j'ai été submergée par beaucoup de stress et d'incertitudes au début du premier confinement. Je redoutais aussi de devoir aller en première ligne, contre mon gré, par

Si la situation devait s'aggraver comme en Italie, comment, en tant que couple de médecins, allions-nous pouvoir nous organiser avec nos 3 enfants au moment où toutes les possibilités d'accueil disparaissent soudainement ?

obligation morale. Si la situation devait s'aggraver comme en Italie, comment, en tant que couple de médecins, allions-nous pouvoir nous organiser avec nos 3 enfants au moment où toutes les possibilités d'accueil disparaissent soudainement ? C'était sans compter les nombreux appels de patients inquiets, les retours chez soi au bord de l'extinction de voix le soir après toute une journée de consultations téléphoniques, des secrétaires partiellement en chômage économique, des éducateurs brusquement dépêchés aux services COVID qui avaient aussi besoin

de relater leur propre expérience. Cependant, même à distance, j'ai été heureuse de pouvoir guider mes patients en tant que thérapeute, en leur prêtant une oreille attentive durant leurs journées de solitude. La COVID a propulsé l'endocrinologue dans une autre dimension....

Dr Linsey Winne, membre du comité directeur, AZ Damiaan Oostende

Vendredi 13 mars 2020. Et soudain, tout s'est arrêté. Des centaines de dossiers et résultats de laboratoires de patients ambulatoires à analyser. Qu'est-ce qui est urgent et qu'est-ce qui peut attendre parmi nos soins essentiellement chroniques ? Il a alors fallu déplacer les rendez-vous, rédiger des certificats, renseigner des patients anxieux avec le plus de tact possible, préparer ou expédier des colis de matériel pour diabétiques.

Dans le même temps, nous étions inquiets : la COVID va-t-elle aussi nous contaminer ? Ou quelqu'un de notre famille ou de nos proches ? Y aura-t-il suffisamment de matériel de protection pour tout le monde

si nous devons aussi assurer de la prise en charge des patients positifs à la COVID ? A posteriori, au-delà du stress initial, 2020 aura aussi été une année de découvertes : téléconsultations, visioconférences, organisation plus efficace à tous les niveaux... sans aucun doute, ces changements positifs sont destinés à perdurer dans le futur.

Dr Frédérique Huysman, membre du comité directeur, Endocrinologie AZ Sint-Lucas Gand

Union professionnelle belge des GASTRO-ENTÉROLOGUES

14.01.2021

L'impact de la première vague a été plus fort, probablement pour toutes les spécialités: en effet, on manquait cruellement d'équipement et d'informations, des services ont déménagé : on a vu des gastroentérologues affectés dans d'autres départements et des unités COVID ont été créées. Les services de garde ont doublé et les infirmiers des services de gastroentérologie ont dû travailler dans d'autres services comme les urgences et les soins intensifs. Ce branle-bas de combat n'a pas manqué de générer beaucoup de stress, de burn-out et partant, des problèmes d'organisation. Il a fallu donner des briefings réguliers pour évaluer les disponibilités des lits mais aussi pour en apprendre davantage sur la maladie.

La reprise des activités a été plus complexe que leur arrêt (excepté les activités urgentes) en début de confinement

La reprise des activités a été plus complexe que leur arrêt (excepté les activités urgentes) en début de confinement. Il a fallu de nouveau convoquer les patients alors que les incertitudes subsistaient quant à des modifications possibles, tout en étant tributaire des fluctuations de la pandémie : y aurait-il une deuxième vague ou pas ?

Plus spécifiquement dans notre discipline, on se souviendra de :

- La collaboration de l'union professionnelle de gastroentérologie à l'élaboration d'une liste des activités plus ou moins urgentes, promue par le GBS-VBS pour la reprise des activités.
- Les risques comme les projections infectées lors des gastroscopies et coloscopies.
- Les répercussions hépatiques de la COVID-19, les risques pour les patients immunodéprimés, les risques des corticoïdes (notamment pour certains patients IBD).
- Le retard considérable notamment au niveau des coloscopies. Ce « backlog » a diverses causes comme l'arrêt des activités non-urgentes lors de la première vague, les craintes des patients, les délais de l'imagerie et les délais dans le diagnostic et la prise en charge des cancers, notamment colorectaux, des cirrhoses et des hépatites virales.
- Les prises de poids et une augmentation de la consommation d'alcool pendant le confinement, aggravées par le manque de soutien psychologique et psychiatrique disponible.

Union professionnelle des GÉNÉTICIENS CLINICIENS

14.01.2021

Bien que n'étant pas en première ligne dans la gestion de la pandémie COVID-19, les généticiens cliniciens ont, tout comme de nombreux spécialistes, été impactés par la crise sanitaire.

Durant la première vague, nous avons dû annuler les consultations non urgentes en présentiel, et avons développé des alternatives pour assurer au mieux la continuité des soins aux patients (consultations

Depuis le début de la pandémie, notre problème majeur réside dans la difficulté d'approvisionnement de certains réactifs et de matériel jetable (tips, eppendorf,...) indispensables à la réalisation des analyses moléculaires

téléphoniques ou par vidéoconférence). Nous avons subi une nette baisse d'activité dans les laboratoires des centres de génétique, reflet de la suppression des consultations non urgentes dans les autres spécialités et de la diminution du nombre d'échantillons qui nous ont été confiés durant cette période, en particulier dans le domaine de l'oncogénétique et de la génétique constitutionnelle. De nombreuses adaptations ont dû être réalisées, en particulier au sein des

laboratoires pour respecter les règles sanitaires imposées par la crise.

Durant la deuxième vague, nous avons en outre été confrontés à un absentéisme plus important (maladie ou mise en quarantaine) au sein de nos équipes médicales, scientifiques et techniques, compliquant l'organisation de nos activités de consultation et de laboratoire.

Enfin, depuis le début de la pandémie, notre problème majeur réside dans la difficulté d'approvisionnement de certains réactifs et de matériel jetable (tips, eppendorf,...) indispensables à la réalisation des analyses moléculaires. Le 22 décembre, une lettre ouverte a été adressée au ministre Frank Vandenbroucke par la présidente et la vice-présidente du Collège de Génétique et des Maladies Rares, afin d'attirer l'attention sur cette problématique. L'augmentation du nombre de tests COVID-19 a multiplié par plus de vingt la consommation de plastiques et de réactifs, au niveau belge, européen et mondial. Les producteurs et fournisseurs de ces produits ne peuvent plus suivre et différents Centres de Génétique Médicale (CGM) belges sont déjà contraints de limiter leurs activités aux diagnostics génétiques purement urgents et d'arrêter d'autres diagnostics génétiques moins urgents, au détriment des services génétiques cliniques qualitatifs.

Nous craignons que, dans un avenir proche, les tests génétiques urgents et essentiels pour le diagnostic prénatal (y compris le NIPT), le profilage chez les patients cancéreux et la fertilité (tests d'embryons) soient bientôt menacés dans tous les CGM et autres laboratoires moléculaires belges. Nous avons demandé une écoute attentive de la part des autorités fédérales (COVID Taskforce), qui se sont engagées à veiller à ce que les laboratoires moléculaires autres que les « superlabs COVID-19 » reçoivent aussi en temps opportun et de manière adéquate, les plastiques et les réactifs nécessaires pour permettre les diagnostics génétiques qualitatifs et adéquats, et les soins aux patients dans des délais acceptables.

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en GÉRIATRIE

Rien n'est

ce qui a été

Rien ne devient

ce qui semble

Tout change

c'est la certitude éternelle

13.01.2021

Dr Hilde Baeyens, chef du service Gériatrie AZ Alma Eeklo

La COVID est entrée dans ma vie le dimanche 25 février 2020. Ce jour-là, ma mère avait 80 ans. J'étais en vacances d'hiver avec une partie de ma famille (nos étudiants étaient allés skier), me promenant au fond d'une vallée autrichienne. Lentement mais sûrement, les nouvelles concernant l'apparition d'une épidémie mondiale de pneumonie virale nous sont parvenues. Si bien qu'à la fin de la semaine, nous étions écrasés par une avalanche de rapports alarmants. Mais la nature majestueuse nous a quand même permis de nous ressourcer.

De retour au travail le 4 mars, une patiente (que je nommerai A) avait été admise dans mon service de gériatrie pour une pneumonie bilatérale et un besoin élevé d'oxygène (15 l/min). Elle était entrée le 25 février avec des symptômes d'anorexie et d'asthénie. Elle avait 82 ans et n'avait pas séjourné en Italie. Nous ne pouvions donc (!) pas effectuer de prélèvement pour PCR. Par précaution, nous l'avons tout de même isolée. Avant la fin de la semaine, nous avons encore vu quelques autres patients soudainement pris de forte fièvre ou dont l'état avait aussi brusquement empiré. Ce week-end-là, quatre patients sont décédés dans mon seul service. Mes collègues ont également constaté une mortalité anormale durant ce même week-end. Nous étions inquiets. Aussi avons-nous essayé de faire sortir les patients aussi vite et autant que possible.

La réunion de crise convoquée à la hâte par les médecins et les membres du personnel le 13 mars 2020 a été très chargée émotionnellement. Les discussions ont porté sur la nature du virus, les indications de dépistage, les taux de reproduction et la possibilité de réduire les activités à l'avenir. La réunion a été brusquement interrompue par notre directeur général venu annoncer la décision du gouvernement d'arrêter immédiatement toutes les opérations et consultations, excepté les urgences. Bien que cette annonce ait abattu la plupart d'entre nous, cette décision nous a procuré une sorte de soulagement.

De retour au travail le 4 mars, une patiente (que je nommerai A) avait été admise dans mon service de gériatrie pour une pneumonie bilatérale et un besoin élevé d'oxygène

Une cellule de crise a été créée. En 2014, j'avais acquis l'expérience d'un service de soins de cohorte (ERV) sous la direction scientifique de Sciensano. Mon conseil de travailler avec des « infirmiers dédiés » et d'au moins doubler leur nombre a été entendu. Les pneumologues ont été les premiers à créer une unité COVID. Le gel hydro-alcoolique pour les mains et les masques étaient rationnés.

Les semaines qui ont suivi ont été mouvementées. Ma collègue était enceinte de six semaines et mon autre collègue appartenait au groupe à risque. Ma mission était claire : essayer de préserver notre étage (100 lits G) de la COVID et de l'épidémie, mais aussi ne pas envoyer inutilement des patients à l'unité COVID.

Très vite, nous avons appris à reconnaître les effets de la COVID parmi les patients âgés : asthénie soudaine, anorexie et/ou diarrhée et confusion aiguë. Ce n'est qu'environ cinq jours plus tard que les infiltrats typiques sont apparus. Les messages de nos collègues gériatres français à Montpellier (transmis par le réseau EuGMS) nous ont été d'une grande aide. Les résultats des tests PCR prenaient parfois 24 à 48 heures, les indications étaient trop strictes, le nombre d'écouvillons, trop faible. Les dépistages des MDRO ont été réduits drastiquement pour libérer les écouvillons et économiser les réactifs de PCR. Nous avons constaté une lymphopénie profonde, un dosage affolant de D-dimères et un taux élevé de ferritine. Pendant trois semaines, j'ai suivi la situation jour et nuit et j'ai ainsi appris beaucoup de choses sur le virus. En nous basant sur les expériences cliniques, les témoignages des familles, la biochimie et la radiologie, nous avons tenté d'évaluer au mieux le risque COVID.

Ici aussi, mes connaissances et mon expérience de l'épidémie d'ERV ont été utiles. Nous avons admis chaque patient dans une chambre individuelle, chaque fois voisine d'une autre. Ainsi, nous avons progressivement créé des clusters. Nous avons soigné les patients avec un écran facial jusqu'à ce que nous soyons sûrs qu'il ne s'agissait pas d'une COVID, en nous basant sur l'histoire, le tableau clinique, l'évolution et les tests. Comme nos patients ne pouvaient pas porter de masque, nous avons dû suspendre nos activités gériatriques : les activités au restaurant et la rééducation dans la salle d'exercice ont dû cesser. Si le patient semblait, malgré tout, infecté par la COVID, cela ne déclenchait pas d'épidémie. Aujourd'hui, nous suivons toujours cette méthode qui a entre-temps été adoptée par tout l'hôpital.

Au bout de trois semaines environ, nos pneumologues ont demandé une unité COVID spécifique pour les patients G. Le nombre d'épidémies dans les Maisons de Repos et de Soins (MRS) était en hausse. Des syndromes gériatriques spécifiques, en plus de la COVID, ont compliqué le diagnostic, le traitement

Après deux semaines de ressourcement dans les montagnes, nous avons connu un pic estival dû à la canicule. Par la suite, nous avons eu des patients présentant des tableaux cliniques extrêmes en raison de retards dans les soins

et les soins. L'infirmier en chef envisageait que cette unité devienne une unité palliative. Peu à peu, il s'est rendu compte qu'il existe des « trucs » pour rendre appétit et courage aux personnes âgées et les inciter à remarcher. Les patients se sont rétablis après que leur médication, devenue toxique à cause de l'anorexie, ait été adaptée. Des infirmiers nutritionnistes supplémentaires ont été dépêchés dans l'unité COVID. Des diagnostics et des traitements ont été établis pour syndrome de Guillain-Barré, abcès intestinaux à candida, iléites, ischémies intestinales et embolies

pulmonaires. Nous avons rapidement appris à administrer des doses thérapeutiques de fraxiparine. Notre collaboration avec de nombreuses MRS de la région a été fructueuse. Les médecins coordinateurs et conseillers (MCC) restaient accessibles, tout comme les gériatres. Pour chaque patient référé, de bonnes raisons ont été invoquées pour son transfert. Personne n'a été refusé.

Il y a eu aussi beaucoup de tristesse, mais personne n'est mort seul. Lorsque les infirmiers pressentaient une fin proche, ils restaient aux côtés du patient et permettaient à un membre de sa famille de lui dire adieu dans l'unité COVID. Des lits étaient rapprochés pour que les couples puissent se tenir côte à côte. Nous pouvions compter les uns sur les autres en tant qu'équipe. La COVID a causé un grand nombre de décès, mais une chose était certaine, ces décès n'étaient pas le résultat d'un manque de soins. Cette pensée nous a énormément motivés et soutenus.

Il n'y a pratiquement pas eu de pauses : l'unité COVID-G a été transférée dans un service gériatrique et est restée opérationnelle 6 semaines de plus que l'unité COVID pneumologie. Après deux semaines de ressourcement dans les montagnes, nous avons connu un pic estival dû à la canicule. Par la suite, nous

avons eu des patients présentant des tableaux cliniques extrêmes en raison de retards dans les soins. Entre-temps, l'hôpital gériatrique de jour avait également redémarré. La patiente A a survécu à sa pneumonie et a été admise à l'hôpital de jour. Des anticorps COVID ont été détectés sur du sérum congelé prélevé 2 mois après son infection aiguë. Ils étaient manifestement positifs. La patiente A avait été notre premier patient COVID. Nous avons appris quelques mois plus tard par le médecin généraliste que son petit-fils était allé skier à Livigno deux semaines avant les vacances de carnaval (c'était alors à côté de la zone à risque officielle).

Fin août, un accord de collaboration supplémentaire a été conclu entre notre service gériatrique et les MRS de la région, à la demande du gouvernement. Notre concertation usuelle avec les MRS avait lieu en mai et en septembre. Cette réunion a pris la forme d'une visioconférence mais comme toujours, ce moment a été passionnant pour toutes les parties.

Juste avant la deuxième vague, lors d'un webinaire du congrès européen de gériatrie (EuGMS) organisé début octobre, j'ai vu le Dr Erika Vlieghe projeter une diapo qui montrait une série de 8 vagues successives, soit une tous les 6 mois. Pas très réjouissant.

Puis la deuxième vague est arrivée, mais le flux habituel de patients ne s'est pas interrompu. Ici encore, on a d'abord vu arriver des jeunes, puis ensuite des aînés. Cette fois, ce sont des personnes âgées fragiles de résidences services et des patients autonomes ou aidés à domicile ou résidant en centre de soins de jour qui ont été les plus touchés. Il y a eu nettement moins de foyers dans les MRS de notre région.

Contrairement au premier confinement, les visites à l'hôpital sont restées autorisées. Ce qui s'est révélé un défi supplémentaire car les visiteurs ne suivaient pas le règlement à la lettre : « Nous sommes de la même bulle, n'est-ce pas ? ». Un visiteur a été testé positif après un contact à haut risque avec une connaissance. La veille, il avait rendu visite à son père dans notre service. Lors d'une première puis d'une seconde série de tests effectués sur l'ensemble des patients et du personnel du service, quatre patients se sont révélés positifs mais aucun membre du personnel. Ouf...

La même semaine, un certain nombre de soignants de l'unité COVID se sont soudainement révélés positifs. Il s'est avéré que quelques membres du personnel de soins COVID assuraient aussi des soins dans certaines unités non COVID (contrairement aux principes, par nécessité). Avec la direction, nous avons alors pris la décision de tester deux fois l'ensemble du personnel et des patients de l'unité G et de suspendre temporairement les visites. Nous avons de nouveau mis l'accent sur le principe des « soins dédiés » (infirmiers et équipe paramédicale). Certains lits gériatriques ont dû être fermés temporairement en raison d'un manque de personnel. Ce n'est qu'ainsi que nous avons pu éviter une nouvelle escalade et une nouvelle épidémie. Mais le père du visiteur est malheureusement décédé de la COVID.

Les erreurs commises contre le principe des « infirmiers dédiés » sont sanctionnées par un plus grand nombre d'infections. Le système des équipes mobiles d'infirmiers est un facteur de risque supplémentaire très important

Notre approche gériatrique reste modérée : le restaurant ne peut pas ouvrir, la réadaptation est plus individuelle. Ces restrictions ont des répercussions sur l'état nutritionnel, la mobilité et la fonction cognitive des patients fragiles. Les visites des familles restent aussi limitées : les bénévoles ont déserté les couloirs et se tiennent dans le hall d'entrée pour assurer le bon déroulement des activités. Nous persévérons de la sorte pour éviter une épidémie. La charge des patients non COVID G reste élevée. Des collègues gériatres d'autres hôpitaux sont toujours aux prises avec les conséquences d'une ou plusieurs

épidémies. Il en résulte un manque de lits pour les patients non COVID, de sorte que les patients gériatriques ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin. Psychologiquement, c'est difficile à supporter. Pas besoin d'un Saint-Nicolas : un visiteur ou un membre du personnel infecté suffit. Les erreurs commises contre le principe des « infirmiers dédiés » sont sanctionnées par un plus grand nombre d'infections. Le système des équipes mobiles d'infirmiers est un facteur de risque supplémentaire très important.

Les jours précédant les vacances de Noël ont été pénibles pour moi : tout le monde semblait avoir des idées de fête extravagantes, tout en sachant que cela pourrait signifier le début d'une troisième vague. J'ai pris une semaine de vacances et mes collègues se sont occupés d'un service supplémentaire. Les chiffres étaient en baisse, et mon moral de nouveau en hausse.

D'autres dangers guettent la gériatrie. Cette semaine encore, nous avons découvert un foyer d'ERV dans un service. Peut-être en raison d'un manque de gel hydro-alcoolique à l'étage, de gants chinois qui s'ajustent mal (les prix montent en flèche), d'une plus forte utilisation d'antibiotiques dans les MRS (report des admissions), d'une charge de travail plus importante dans le service, d'un dépistage des MDRO à l'admission. Il nous faudra certainement accroître la vigilance et le dépistage, pour les autres MDRO aussi (EPC, ERV, Clostridium).

Le début de la vaccination est porteur d'espoir. J'espère qu'une double dose de vaccin à ARN renforcera l'immunité des personnes âgées fragiles. Il est à espérer que le personnel soignant, les bénévoles, les médecins stagiaires et les infirmiers seront également vaccinés à temps.

Une troisième vague approche... Entre-temps, ma collègue a donné naissance à une magnifique petite fille et reprendra le travail le 1^{er} février. Mon collègue plus âgé est toujours à pied d'œuvre. Un nouveau gériatre débute le 1^{er} février. Ce sera une belle journée.

J'espère que chacun d'entre nous a la chance d'être soutenu par une équipe bienveillante : famille, collègues, associés, direction.... Ensemble, nous réussirons.

Association professionnelle des obstétriciens et GYNÉCOLOGUES belges

07.01.2021

Comme dans toutes les autres disciplines, les gynécologues belges ont vécu une année professionnelle très particulière en raison de la pandémie de COVID. Le plus grand soulagement pour notre profession a été de savoir que le virus n'affecte pas la grossesse ni le fœtus. D'autres virus ont eu très mauvaise réputation dans le passé. Heureusement, nous avons pu rassurer nos patientes enceintes sur le déroulement de leur grossesse en temps de COVID.

Le plus grand soulagement pour notre profession a été de savoir que le virus n'affecte pas la grossesse ni le fœtus

À l'exception de nos collègues gynécologues-oncologues, nous avons subi relativement peu de dommages liés aux soins différés, contrairement à de nombreuses autres disciplines. Hormis la période de suspension de toutes les consultations non urgentes, les gynécologues belges ont pu effectuer leur travail clinique et obstétrique correctement.

La fermeture temporaire des centres de fertilité a entraîné une perte de revenus importante, tout comme la suspension des consultations non urgentes. L'ajournement des interventions chirurgicales, oncologiques et non oncologiques, ont évidemment causé les ennuis prévisibles, mais aujourd'hui, ces problèmes se résolvent progressivement.

Sous l'impulsion de la VVOG, nous avons créé une Task Force COVID qui a régulièrement informé tous les membres des divers aspects de la pandémie et des mesures recommandées.

Il vaut la peine de mentionner des faits marquants propres à notre discipline durant la pandémie. Tout d'abord, on est presque certain que 2021 sera une année de baby-boom consécutive au confinement car de nombreuses grossesses sont survenues durant cette période.

Par ailleurs, la limitation des visites à la maternité durant la période post-partum immédiate, a été considérée comme positive par une grande majorité des mères qui ont accouché, et beaucoup ont exprimé le souhait de maintenir cette mesure après la pandémie.

L'étalement des patients en consultation et les mesures prises pour éviter le surpeuplement dans des salles d'attente ont reçu un accueil nettement positif et de l'avis général, cela pourrait aussi être maintenu après la pandémie.

Pour finir, je soulignerai que la plupart de nos collègues ont bien suivi les directives et que la distinction entre les soins essentiels et non essentiels a été établie en toute honnêteté et en se fondant sur les preuves scientifiques. Il n'y a donc pas eu d'escarmouches ni de discussions sur ce plan.

Dr Johan Van Wiemeersch, président, GZA Sint-Augustinus Antwerpen

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en MÉDECINE INTERNE

04.02.2021

Comme nous le savons tous, l'année civile 2020 a été marquée par la survenue de la pandémie liée au virus SARS-CoV2. Dans notre pays, cette dernière s'est manifestée par une première vague de contaminations et d'hospitalisations dès le mois de mars 2020 et a nécessité une réorganisation en profondeur de nos activités professionnelles.

Dès le début de cette crise pour le moins exceptionnelle, les médecins spécialistes en médecine interne et maladies infectieuses ont en effet joué un rôle conséquent dans la gestion intrahospitalière de cette épidémie, en participant à la supervision des salles d'hospitalisation dédiées à la COVID-19, en collaboration avec d'autres spécialités concernées de premier plan (urgentistes, intensivistes, pneumologues, etc ...).

Cette mobilisation des internistes et infectiologues ne s'est toutefois pas déroulée sans conséquences. De nombreuses consultations, notamment en milieu hospitalier, ont dû être reportées sine die, ce qui a pu entraver le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques complexes et retarder des mises au point diagnostiques pourtant fondamentales pour un certain nombre de patients.

La capacité d'adopter une vision holistique du patient et l'habitude de la prise en charge de la polypathologie qui caractérisent la médecine interne ont constitué des atouts non négligeables dans la prise en charge de la COVID-19

La période intercritique des mois d'été, qui nous a permis de rattraper un peu du retard accumulé, a cependant été relativement courte, laissant la place à une seconde vague qui nous a surpris tant par son ampleur que par sa rapidité d'installation.

A nouveau, lors de cette seconde vague, les internistes généraux et infectiologues ont été fort sollicités, tant dans la gestion de première ligne des patients atteints de la COVID-19, que dans le counseling de

médecins spécialistes peu habitués à prendre en charge ce type de pathologies, ou encore dans la gestion de problématiques d'hygiène hospitalière. La capacité d'adopter une vision holistique du patient et l'habitude de la prise en charge de la polyopathie qui caractérisent la médecine interne ont constitué des atouts non négligeables dans la prise en charge de la COVID-19.

Le rôle exercé par les internistes et infectiologues dans la gestion de cette crise rappelle, si besoin en est, l'importance fondamentale (mais malheureusement parfois sous-estimée) d'une médecine interne performante dans l'offre des soins de santé, à une époque où celle-ci se voit pourtant fortement affaiblie, en partie en raison d'un désintérêt grandissant des jeunes médecins face à une nomenclature extrêmement défavorable.

Association belge des médecins spécialistes en MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

25.01.2021

COVID 19 – un message d'espoir et de collaboration: un appel à l'action

Débuter rapidement une réadaptation en cas de COVID-19

On connaît aujourd'hui les conséquences graves de la COVID-19. De nombreuses spécialités ont fait et font toujours de leur mieux pour en limiter l'impact. Il est utile de souligner que débuter rapidement

Il est essentiel d'assurer aux patients un soutien maximal durant la phase ultérieure. Le service de réadaptation peut jouer un rôle important à cet égard

une réadaptation dès le début de l'admission aux soins intensifs ou à l'unité COVID peut être décisif pour l'issue. La kiné respiratoire, les mobilisations avant le raidissement et une thérapie active et précoce par des exercices pour prévenir l'atrophie, la TVP et le déconditionnement physique, permettent au patient de quitter le lit plus rapidement et de récupérer son autonomie. Dès le

début de cette crise, les services de réadaptation ont apporté leur soutien aux unités de soins intensifs et d'hospitalisation COVID. Des unités spécifiques de réadaptation COVID ont même été mises en place.

Conséquences à terme – un message d'espoir

Alors que les symptômes aigus causés par le corona sont de nature plutôt respiratoire, dans une deuxième phase, les symptômes sont plus variés, allant de la faiblesse musculaire généralisée après les soins intensifs (faiblesse acquise en unité de soins intensifs) à la polyneuropathie caractéristique des maladies graves, la myopathie, un déconditionnement prononcé et la fatigue. De nombreux patients semblent aussi souffrir de dysfonctionnements psychologiques et cognitifs.

L'impact fonctionnel à long terme de ces symptômes parfois très aigus, sur les activités quotidiennes et le retour au travail, n'est actuellement pas très clair. Il est essentiel d'assurer aux patients un soutien maximal durant cette phase ultérieure. Le service de réadaptation peut jouer un rôle important à cet égard.

Grâce à l'expérience acquise dans le domaine de la réadaptation de nombreuses pathologies caractérisées par des dysfonctionnements et déconditionnements prononcés, comme par exemple dans le cas des maladies neurologiques graves ou de cancers, nous savons que – moyennant un bon accompagnement – les patients peuvent se surpasser et que l'optimisme est alors justifié.

La collaboration est essentielle

La COVID-19 confirme une fois de plus qu'une bonne collaboration est la clé de la qualité des soins au patient.

Pour traiter la COVID-19, la collaboration s'est avérée essentielle entre de nombreux spécialistes comme les infectiologues, les intensivistes, les pneumologues, les gériatres, les neurologues et les médecins de réadaptation.

Étant donné les conséquences multiples, à la fois psychologiques et physiques, mais aussi fonctionnelles, une approche multidisciplinaire (physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue, travailleur social) est indispensable pour soutenir le patient COVID en vue d'un fonctionnement autonome.

Les besoins de réadaptation du patient COVID sont non seulement nouveaux, mais aussi nombreux et probablement de longue durée. En outre, les mesures nécessaires à la réadaptation exigent désormais une approche totalement différente. La réadaptation à domicile peut s'accompagner de télé-vidéo-consultations, les salles d'exercices doivent être complètement réaménagées, le matériel de protection est nécessaire et une séparation stricte des patients doit être respectée : par conséquent, la réadaptation est significativement plus intensive en main d'œuvre. Le coût de « l'action » est moins élevé que le coût de « l'inaction », ce qui est plus avantageux pour le patient et l'environnement. Les services de réadaptation doivent cependant se contenter de la nomenclature disponible, déjà sous-financée pour les besoins majeurs de réadaptation, ce qui, dans les circonstances actuelles, accentuera encore le déficit des services de réadaptation. Néanmoins, on n'a pas attendu les décisions politiques pour mettre en place les soins de réadaptation nécessaires. Entre-temps, les spécialistes en médecine physique et réadaptation espèrent que le gouvernement leur accordera une « allocation de réadaptation COVID » temporaire.

Ne pas oublier le prestataire de soins

De nombreux prestataires de soins ont donné le meilleur d'eux-mêmes tant dans l'accueil permanent des patients que dans l'exécution des activités inhabituelles et la réorganisation continue des services. La reprise peut être freinée par de nouvelles vagues de corona. Afin de pouvoir rester présent pour la COVID et les autres patients, il est essentiel que le soignant prenne suffisamment soin de lui-même, sur le plan préventif mais aussi, progressivement pour certains, sur le plan curatif. Cela est possible grâce à des séances d'exercices régulières, une alimentation saine et un sommeil suffisant. Dans la plupart des hôpitaux, des parcours santé ont été mis en place à cette fin. Les médecins de réadaptation et de sport ainsi que les psychologues peuvent accompagner le soignant dans cette démarche.

Collaborer à tous les niveaux, aussi nationaux

A travers cette crise, nos collègues de médecine physique et réadaptation ont compris mieux que jamais que la collaboration dans l'ensemble du pays permet une politique de réadaptation non seulement plus uniforme mais aussi de meilleure qualité. La coupole de médecine physique et réadaptation – une collaboration unique entre l'union professionnelle, le GBS-MPR, le conseil de la monospécialisée de l'ABSyM et la société scientifique BSPMR – organise régulièrement des visioconférences et a élaboré une feuille de route pour cette période de corona.

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE

15.01.2021

L'année 2020 a été dominée par le virus SarsCoV-2 et la COVID-19 dont l'impact n'a pas manqué de se répercuter significativement sur les activités de notre union professionnelle.

Durant la première période de confinement, les consultations neurologiques se sont réduites au strict minimum. La plupart étaient des téléconsultations. Notre président a présenté cette nouvelle méthode de travail lors d'un entretien sur Radio 1 le mercredi 28 mars.

Les neurologues ont demandé qu'il soit possible de facturer une téléconsultation ou une vidéo-consultation via des honoraires plus élevés que le numéro général créé pour la téléconsultation.

Après le confinement, l'activité neurologique a repris dans le respect des directives sur le degré de gravité de la pathologie établies par le comité directeur de notre union

Après le confinement, l'activité neurologique a repris dans le respect des directives sur le degré de gravité de la pathologie établies par le comité directeur de notre union.

Une enquête a également été prévue pour évaluer l'impact de la COVID sur la pratique neurologique.

Au début de l'année, nous nous sommes réunis avec la direction de notre homologue scientifique, la Société belge de neurologie (BNS), afin de mettre en place une collaboration étroite, voire une fusion. Il a été convenu d'examiner les différents modèles de collaboration. Lors de son assemblée générale du 12.12.2020, la BNS a marqué son accord pour une collaboration plus poussée.

Le 18.06.2020, une réunion virtuelle du comité directeur a été organisée pour discuter des points mentionnés ci-dessus.

Notre assemblée générale a eu lieu en ligne le 1^{er} septembre 2020. Les mandats du président actuel, le Dr Erwig Van Buggenhout, et du secrétaire, le Dr Ludo Vanopdenbosch, ont été renouvelés pour 4 ans. Le comité directeur a accueilli deux nouveaux jeunes membres : le Dr Laurens Dobbels et le Dr Vincent Van Iseghem. En 2020, notre association comptait 162 membres cotisants.

À l'automne 2020, le conseil s'est concentré sur la révision de la nomenclature en préparation d'une réunion avec l'INAMI le 20 janvier 2021.

Enfin, dans Le Spécialiste du 15.10.2020, le président a présenté un état des lieux de la neurologie sous le titre « Comment se porte la neurologie en ces temps de corona? »

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en NEUROLOGIE PÉDIATRIQUE

15.01.2021

Première vague:

- Tous les examens sous anesthésie générale non urgents ont été reportés. Pour la neurologie pédiatrique, ces reports ont principalement concerné les IRM cérébrales (et de la moelle épinière). Comme il existe déjà une liste d'attente pour les IRM sous anesthésie générale, celle-ci est devenue encore plus longue avec la planification des nouveaux examens. Au début de la deuxième vague, cette liste d'attente n'était toujours pas résorbée.

- Il en va de même pour la chirurgie non urgente. Durant la première vague, toutes les interventions chirurgicales non urgentes ont été reportées. Au début de la deuxième vague, toutes ces opérations reportées n'avaient pas encore pu être réalisées. Certains enfants attendent encore une date pour leur opération.
- Le service de vidéo-EEG d'un hôpital a servi d'unité COVID pendant environ trois mois. Les possibilités d'enregistrements EEG prolongés s'en sont trouvées nettement réduites. Par conséquent, la réalisation de la chirurgie de l'épilepsie chez l'enfant a pris du retard.
- L'interruption de la physiothérapie / de l'école a eu un effet clairement négatif sur les enfants souffrant de troubles moteurs / du développement, bien que l'état de certains enfants touchés par l'autisme ou le TDAH ait semblé s'améliorer durant le confinement car ils étaient exposés à moins de stimuli (par ex. situation du local de classe, cour de récréation...).
- Les parents d'enfants placés en institution ont dû choisir entre des semaines sans contact avec leurs enfants ou des semaines de soins à temps plein à domicile. Certains enfants sont retournés dans leur famille : on a souvent observé que les soins administrés aux enfants 24/7 représentaient une charge / un impact considérable pour ces familles.

Le service de vidéo-EEG d'un hôpital a servi d'unité COVID pendant environ trois mois

Deuxième vague:

- La planification des IRM sous anesthésie générale s'est poursuivie normalement mais pas dans tous les centres pédiatriques.
- Seules les opérations susceptibles de nécessiter des soins intensifs postopératoires ont été reportées. Une partie des lits de soins intensifs destinés aux enfants ont été occupés par des adultes. L'USI pédiatrique a fusionné avec la NICU. Cela variait d'un hôpital à l'autre.
- Le service de vidéo EEG d'un hôpital a servi d'unité COVID pendant environ deux mois. Les possibilités d'enregistrements EEG prolongés s'en sont trouvées nettement réduites. Par conséquent, la réalisation de la chirurgie de l'épilepsie chez l'enfant a pris du retard. La capacité des EEG de 24 heures était diminuée de moitié.
- Toutes les consultations se sont poursuivies normalement. Toutefois, si le patient ou un membre de sa famille était malade ou en quarantaine, la consultation était encore assurée par téléphone. Souvent, des parents ont annulé des consultations par peur de se rendre à l'hôpital.
- Certains parents se faisaient aussi beaucoup de soucis pour leurs enfants souffrant d'une maladie chronique. Même après la première vague, et certainement lorsque la deuxième vague s'est déclarée, une partie des parents restaient très réticents à l'idée de consulter. Certains ont retenu leurs enfants à domicile pour éviter l'école, d'autres ont décidé de ne pas reprendre la kinésithérapie... Ces attitudes ont prolongé les effets négatifs de la privation d'école et de kinésithérapie.
- De nombreuses questions sur la sécurité et la stratégie de vaccination ont été posées et le sont encore : certains souhaitent qu'elle ait lieu très tôt, d'autres ont peur : quid des listes des priorités ?

Union professionnelle belge des médecins OPHTALMOLOGUES

02.02.2021

Tout comme pour les autres spécialistes, 2020 a été une année disruptive pour les ophtalmologues belges.

Jamais dans l'histoire de notre pays – même au temps des conquêtes sur notre territoire – la pratique médicale n'avait été aussi limitée dans l'espoir de mobiliser toutes les ressources nécessaires pour combattre un ennemi invisible dont initialement, le monde médical ne savait presque rien. Le modèle belge des soins de santé unanimement reconnu pour sa performance et considéré comme un modèle à suivre, s'est heurté à ses propres limites. Pour nos (trop) nombreux décideurs politiques assoupiés dans leur zone de confort, le réveil provoqué par la COVID-19 a été une dure épreuve.

Le choix stratégique – choisir c'est renoncer – d'investir toutes les énergies pour faire front et ralentir la pandémie de COVID-19 s'imposait de toute évidence, mais a causé de nombreux dommages collatéraux « visuels » qui ne sont pas encore pris en compte dans les statistiques et qui comptent très peu aux YEUX des épidémiologistes.

Les soins oculaires essentiels ont été retardés ou interrompus, entraînant une perte de vision permanente et durable, par exemple dans le traitement intravitréen de la DMLA humide, le suivi de l'amblyopie chez les enfants et le suivi des patients atteints de glaucome

En effet, l'obligation de se limiter aux pathologies urgentes a perturbé les soins oculaires de première ligne dont l'ophtalmologue est garant, à tel point que les soins oculaires essentiels ont été retardés ou interrompus, entraînant une perte de vision permanente et durable, par exemple dans le traitement intravitréen de la DMLA humide, le suivi de l'amblyopie chez les enfants et le suivi des patients atteints de glaucome.

L'UPBMO-BBO, en collaboration avec le SOOS, syndicat des ophtalmologues, a établi la liste des priorités demandée par le GBS-VBS et, après consultation des sous-disciplines, l'a adaptée pour septembre 2020.

Le SOOS a aussi organisé un webinaire afin d'accompagner nos membres pour une approche « anti-corona » dans la gestion de la pratique. Dans de nombreux hôpitaux, le retour à la normalité n'a été que partiel. Heureusement, les dégâts ont été quelque peu limités, en partie grâce à l'utilisation d'une offre extrahospitalière appréciable et bien structurée.

Le fait est que, près d'un an plus tard, les nombreuses autorités de notre pays continuent de diffuser des recommandations, des obligations et des restrictions dans toutes les directions, au point même de violer les libertés fondamentales.

Pendant ce temps-là, en première ligne, l'ophtalmologue poursuit calmement son labeur à l'instar de la COVID-19 qui continue à évoluer avec l'apparition de nouveaux variants et consorts venus bouleverser notre existence.

Les vaccins disponibles nous donnent l'espoir d'une reprise (plus) rapide, mais la manière dont la campagne de vaccination est menée révèle une fois de plus les faiblesses de notre politique de santé fragmentée.

Par qui, où, et surtout, quand l'ophtalmologue et son personnel, prestataires de soins (oculaires) exposés en première ligne, seront-ils vaccinés ? Ce sont des questions qui méritent une réponse rapide.

Union professionnelle médicale belge de CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE DE L'APPAREIL LOCO-MOTEUR

08.02.2021

Comme pour nos autres confrères, les deux épisodes de plan d'urgence hospitalier ont eu de sérieuses répercussions sur la pratique des orthopédistes ...

Dans le cas de l'orthopédie, cela s'est par contre surtout manifesté par un arrêt quasi-total de l'activité. Si nous n'avons certainement pas été soumis à la même pression que les confrères internistes, nous nous sommes en revanche retrouvés dans une situation de chômage technique forcé, qui outre ses conséquences financières parfois lourdes, a rapidement induit une ambiance des plus déprimantes.

Les interventions chirurgicales « non-urgentes » ou nécessitant une éventuelle surveillance post-opératoire aux soins intensifs étant proscrites, seules les activités de traumatologie se sont poursuivies... bien qu'elles aient été fortement réduites de par le confinement puis le couvre-feu et l'arrêt des compétitions sportives.

Le bureau de l'ORT a rédigé une classification des interventions chirurgicales en 5 stades, en fonction de l'urgence immédiate ou relative et du risque de dégradation significative de l'état du patient en cas de report prolongé... mais en orthopédie, la plupart des gestes couramment réalisés ne correspondent pas aux classes 1 ou 2...

Seules les activités de traumatologie se sont poursuivies, bien qu'elles aient été fortement réduites de par le confinement puis le couvre-feu et l'arrêt des compétitions sportives

La quasi-totalité des consultations hospitalières a été annulée, en dehors du suivi de la traumatologie issue des salles d'urgences, lequel fut d'ailleurs plus que difficile à organiser.

Lors de la « deuxième vague », au vu des difficultés observées lors de la première et de leurs conséquences déjà dramatiques sur le plan financier, un nombre minimum de consultations a été maintenu, les diverses mesures de « gestes barrières » et de désinfection en limitant toutefois fortement le nombre réalisable.

Les consultations non hospitalières ont également vu leur nombre diminuer, l'impossibilité de se faire opérer dissuadant de nombreux patients de consulter.

La possibilité de recourir aux interventions chirurgicales en ambulatoire a elle aussi été fortement limitée, d'une part en raison du manque de disponibilité du personnel réorienté vers la prise en charge des patients COVID, d'autre part en raison de la transformation des unités de clinique d'un jour en unités de soins intensifs supplémentaires.

La situation tend à se normaliser depuis début janvier, non sans des soucis administratifs considérables pour reprogrammer les rendez-vous des patients (dont certains ont été reportés à deux reprises), tout en devant régulièrement annuler de nouveau une intervention lorsque le patient se révèle positif lors du frottis de dépistage obligatoire en pré-opératoire ...

Il est enfin à noter, que même si les conséquences ne sont certainement pas comparables à ce que l'on a pu observer en oncologie, le report (parfois à deux ou trois reprises) de certaines interventions a parfois conduit à des dégradations significatives (et parfois irrémédiables) de l'état physique de nos patients.

Il est certain qu'il faut réfléchir, pour l'avenir, en cas de survenue d'une nouvelle pandémie ou de résurgence de celle-ci, à une organisation plus souple qui dépasse la simple bipolarité du tout ou rien...

Association professionnelle belge des PÉDIATRES

17.01.2021

Dire que 2020 a été une année particulière, est une évidence.

Pour les pédiatres, la pandémie liée à la COVID-19 a entraîné une charge de travail nettement réduite, même après le premier confinement en mars 2020. Tant au niveau des consultations que des hospitalisations, on constate une nette diminution de l'activité due à une forte baisse du nombre de maladies infectieuses. Les pédiatres sont normalement submergés par les infections dues au virus respiratoire syncytial (VRS) pendant les mois d'hiver. Cette année aura été marquée par l'absence d'infections de ce type. Nous constatons, par contre, un afflux important d'enfants souffrant de graves problèmes psychosociaux (tentatives de suicide, anorexie, surpoids,...). Bien qu'aucun chiffre exact ne soit encore disponible, on estime que la perte d'activité et de revenus des pédiatres atteint 30 à 40 % par rapport à 2019.

Les consultations téléphoniques ont été introduites lors du premier confinement mais restent actuellement nécessaires. Nous espérons donc que la nomenclature introduite pour ces consultations pourra être maintenue.

Notre président, notre vice-présidente et le président de la SBP ont assumé spontanément la coordination de la Task Force COVID-19 pédiatrique belge, initiative unique en Europe

COVID-19 ne signifie pas moins de travail pour les membres du comité directeur de notre association professionnelle : le président, Tyl Jonckheer, et la vice-présidente, Marianne Michel, ainsi que le président de la SBP, Marc Raes, ont assumé spontanément la coordination de la Task Force COVID-19 pédiatrique belge (TFP). Il s'agit d'une initiative unique en Europe, réunissant des pédiatres infectiologues, des

intensivistes, des pédiatres universitaires et non universitaires, des psychologues et des pédopsychiatres, des infirmiers, les présidents des différentes associations pédiatriques belges, des médecins de Sciensano, du CLB et du PSE, de Kind en Gezin-Opgroeien et de l'ONE, des représentants du ministère de l'éducation. Plusieurs experts comme Geert Molenberghs, Niel Hens, Pierre Van Damme et Herman Goossens ont par moments participé aux réunions hebdomadaires via Zoom.

La TFP a produit des guidelines et des protocoles. Ceux-ci ont été publiés sur le site internet de Sciensano et ont été envoyés à tous les pédiatres via des newsletters communes à toutes les associations de pédiatrie. La TFP est devenue un point de contact pour les ministères de l'Education et est à l'origine de l'initiative d'un webinaire pour les enseignants. Sophie Wilmès est devenue la marraine de l'initiative relative au bien-être psychosocial des enfants qui a donné naissance à la plateforme JOY. Grâce aux efforts de la TFP et à la mise en place de protocoles, les camps d'été et les activités extrascolaires pour enfants ont pu se dérouler dans un maximum de sécurité. Récemment, la TFP a joué un rôle important dans le maintien de l'ouverture des écoles.

Lors de la remise du Prix du Spécialiste de l'année, les réalisations de la TFP ne sont pas passées inaperçues avec une présentation donnée par Tyl Jonckheer et Marianne Michel. Plus récemment, la TFP a également reçu le Prix spécial du Lobby 2020.

L'enthousiasme et le dynamisme de la TFP ont également donné un nouveau souffle à l'Académie belge de Pédiatrie. L'Académie coordonne les différents projets des associations de pédiatrie (GBS, GBPF, VVK, SBP). Les représentants de l'association professionnelle prennent en charge plus particulièrement les projets financiers. Ceci concerne la révision de la nomenclature, la reconnaissance de l'hôpital de jour médical et de l'hospitalisation provisoire, l'honoraire pour la ventilation non invasive et la première consultation complexe qui sont des dossiers traités en priorité. En tant que vice-présidente adjointe, Marianne tiendra le comité exécutif du GBS informé de nos projets.

Le professeur Ann De Guchtenaere, membre du comité directeur pédiatrique au GBS et secrétaire générale de la European Academy of Paediatrics (EAP), est devenue la présidente de l'Académie en 2020. En tant que secrétaire générale de l'EAP, Ann De Guchtenaere a également réalisé la première édition de l'examen théorique européen des pédiatres en 2020.

Grâce à nos actions en justice concernant les soins à basse variabilité, le nouveau-né est désormais reconnu comme une personne distincte dès la naissance. Depuis le 1er janvier 2021, les soins aux nouveau-nés ne font plus partie des SBV de la mère.

Nous sommes fiers d'accueillir pas moins de 6 nouveaux jeunes membres au sein du comité directeur. L'adhésion de Christophe Barrea, Benoit Brasseur, An Covents, Nele Baeck, Levi Hoste et Stefanie Buyse est le résultat d'une politique enthousiaste et visible de notre association.

Nous envisageons l'avenir avec espoir et confiance.

Union professionnelle des médecins belges spécialistes en PNEUMOLOGIE

13.01.2021

« *En de longarts, hij ploegde voort*¹ » (« Et le pneumologue, il a poursuivi son labeur »).

Tout le monde a été confronté à la COVID-19 en 2020, mais tout le monde n'a pas été sur le front. Les patients ont parfois été admis à l'hôpital sans trop de symptômes, mais en quelques heures, leur situation évoluait vers une insuffisance respiratoire. On a acquis de nouvelles connaissances que l'on a dû actualiser quelques mois plus tard : l'intubation est désormais retardée le plus longtemps possible.

La souffrance humaine pour les personnes en deuil reste gravée dans nos mémoires. Ce qui restera aussi, c'est l'utilisation des masques faciaux dans les hôpitaux, les tests PCR en préadmission, la tomodensitométrie thoracique à faible dose.

Le pneumologue a poursuivi son labeur jour et nuit, les week-ends aussi. Dans un silence complet. La parole a surtout été donnée aux médecins urgentistes, intensivistes et virologues dans les médias. Pourtant, sans minimiser les mérites de ces collègues, on peut dire que les pneumologues sont les spécialistes qui ont le plus souvent assuré les soins des patients COVID-19 hospitalisés.

On a acquis de nouvelles connaissances que l'on a dû actualiser quelques mois plus tard : l'intubation est désormais retardée le plus longtemps possible

Nous espérons que 2021 apportera du repos à notre profession, que notre travail sera reconnu et que les soins respiratoires « midcare » pour défaillance respiratoire subsisteront dans nos hôpitaux.

¹ Référence au poème de l'auteur néerlandais J.W.F. Werumeus Buning : « *Ballade van den boer* ».

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en PSYCHIATRIE

27.01.2021

Nous avons débuté l'année 2020 avec succès. Le symposium *Leadership in Psychiatry* a attiré environ septante psychiatres venus sur le site de Living Tomorrow à Vilvorde pour suivre des ateliers organisés par un comité international. Etaient notamment présents à l'événement : le Prof. Dr Maurits Nijs (NL), le Dr Jolien Bueno de Mesquita (NL), le Prof. Dr Dinesh Bhugra (UK), nos collègues belges, le Prof. Dr Geert Domet et le Dr Caroline Depuydt, et le Dr Bart Claikens, radiologue.

Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, l'occupation des lits des centres psychiatriques n'a pratiquement pas diminué. En revanche, on a constaté une diminution des traitements de jour. La nouvelle nomenclature des téléconsultations (plus de 45 minutes par vidéo et plus de 30 minutes par téléphone), a de nouveau permis d'organiser de nombreuses consultations ambulatoires.

Lors de la deuxième vague aussi, le statut des soins en centres psychiatriques a été stable au niveau de l'occupation des lits. Une nomenclature adaptée au nouveau contexte a conduit à la réorganisation des cadres des thérapies de jour. L'impact des infections par COVID-19 est resté limité dans les hôpitaux psychiatriques, avec seulement quelques cas. Initialement, des unités de cohorte COVID avaient été créées mais elles n'ont pas été très utiles.

Malheureusement, plusieurs cas se sont déclarés dans les MSP (maisons de soins psychiatriques). Lors de la deuxième vague, l'offre de consultations ambulatoires et d'équipes mobiles en direct et par vidéo, a été maintenue presque totalement. Le plus grand problème pour les patients (chroniques) était et demeure la forte limitation de l'offre d'activités de soutien dans les centres en journée. Les répercussions sont considérables comme ces activités sont essentielles pour de nombreux patients souffrant de troubles psychiatriques graves.

Le nombre d'admissions forcées a aussi considérablement augmenté au cours de cette période, en particulier dans les zones métropolitaines

Enfin, signalons une croissance de la demande d'aide au sein de la population en raison, entre autres, de la pandémie et de ses conséquences comme le confinement. Les symptômes de dépression et d'anxiété semblent plus fréquents, de même que le nombre de demandes d'aide en situation de crise notamment chez les jeunes. Le

nombre d'admissions forcées a aussi considérablement augmenté au cours de cette période, en particulier dans les zones métropolitaines, ce qui signifie également une charge supplémentaire pour les services d'urgences (psychiatriques) et les hôpitaux psychiatriques.

Belgian Association for RADIATION ONCOLOGY (BARO)

30.12.2020

La COVID-19 est arrivée en Belgique en février et est devenue rapidement un sérieux défi pour la santé publique. Il était essentiel d'estimer l'impact réel de la COVID-19 sur les patients et le personnel des services de radiothérapie (SRT). Ainsi, la Belgian Society for Radiation Oncology (BeSTRO), en collaboration avec le Belgian College for physicians in Radiation Oncology, a invité les 26 SRT de Belgique à participer à une enquête qui a débuté le 2 mars et a été renouvelée toutes les semaines pendant 4 mois, afin d'évaluer les fluctuations dans le temps. Le but de l'enquête était d'identifier les facteurs qui avaient été le plus influencés par la pandémie.

Le questionnaire se concentrait sur: 1) le statut COVID-19 des patients et du personnel; 2) la prise en charge des patients cliniquement suspectés de COVID et des patients positifs à la COVID ; 3) l'impact de la COVID-19 sur les activités des SRT; 4) l'impact de la COVID-19 sur les indications de radiothérapie et les schémas de fractionnement.

Résultats

Sur les 26 SRT, 19 ont répondu à la première enquête et 15 ont répondu à toutes les enquêtes hebdomadaires. Parmi le personnel des SRT, 25 membres, dont 16 technologues, se sont révélés positifs à la COVID. Durant la période étudiée, le nombre de patients en traitement a diminué de 18,8 % maximum par rapport au 2 mars. Pour

32,3 % des cas positifs et 54 % des cas suspectés de COVID, le traitement a été poursuivi sans la moindre interruption. Durant les premières semaines de l'enquête, les indications de radiothérapie ont été adaptées dans la moitié des SRT, principalement pour les tumeurs urologiques et mammaires. Les schémas de fractionnement ont été modifiés dans 68,4 % des SRT, surtout pour les tumeurs urologiques, mammaires, gastro-intestinales ou pulmonaires.

Conclusions: entre mars et juin 2020, la pandémie de COVID a entraîné une forte diminution (18,8 %) des activités thérapeutiques dans les SRT de Belgique. Le statut de l'infection par COVID-19 des patients a influencé la continuité des programmes de radiothérapie. Les changements d'indications et les schémas de fractionnement de la radiothérapie ont été rapidement intégrés dans les différents SRT.

Les schémas de fractionnement ont été modifiés dans 68,4 % des SRT, surtout pour les tumeurs urologiques, mammaires, gastro-intestinales ou pulmonaires

Association des médecins RHUMATOLOGUES de Belgique

04.02.2021

Du 15 mars au 2 mai, il y a eu un arrêt total des consultations, à l'exception des urgences. Les téléconsultations ont alors été organisées pour assurer le suivi logistique des prescriptions. Cependant, l'insuffisance des examens cliniques et des contacts physiques ont généré une frustration considérable tant pour les médecins que les patients. Cette situation était très peu rentable sur le plan économique.

Les rhumatologues ont participé aux soins des patients COVID en salles de pneumologie et de gériatrie. Certains ont assuré des gardes de nuit. Nous avons dû apprendre au forceps comment administrer des soins spécifiques aux patients COVID, en temps réel et en ligne.

Depuis mai, les consultations ont repris à 70 voire 100%, compte tenu des éventuelles adaptations aux niveaux d'alerte du gouvernement. De nombreux patients rhumatologiques avaient eu des indications de chirurgie orthopédique mais sont toujours en attente d'une date opératoire.

De nombreux patients rhumatologiques avaient eu des indications de chirurgie orthopédique mais sont toujours en attente d'une date opératoire.

De nombreux GLEM ont été annulés mais à partir de septembre, les activités de séminaires ont repris sous la forme de webinaires. Pour certains, les formations en ligne de type CBPI/BCFi étaient nécessaires pour compléter leur dossier d'accréditation. Les congrès annuels nationaux et européens ont été annulés ou remplacés par des versions en ligne sur les plateformes Zoom, Teams etc. Cette possibilité d'assister en ligne aux activités scientifiques traditionnellement « physiques », devrait être pérennisée

et validée par le service Accréditation de l'INAMI, même si l'on sait que le « présentiel » est irremplaçable.

Nous avons reçu des retours très positifs de la part de patients quant à la possibilité de pouvoir poursuivre les consultations en cas de maladie chronique même si l'épidémie est active. Les patients posent de nombreuses questions sur la pandémie, les voyages, les fausses informations circulant sur internet et les vaccinations.

Union professionnelle belge des médecins spécialistes en SOINS INTENSIFS

19.01.2021

Tous les intensivistes raconteront certainement à leurs petits-enfants ce qui s'est passé en 2020.

Par définition, une unité de soins intensifs est plus ou moins préparée à recevoir et à traiter des pathologies importées de pays lointains. Cependant, ce qui est arrivé en mars 2020 était d'une autre ampleur : il s'agissait d'un virus inconnu avec un tableau clinique catastrophique et une mortalité élevée. Les médecins-intensivistes ne pouvaient pas se rabattre sur des méthodes de traitement connues et efficaces. Le nombre d'admissions était impossible à estimer. Le risque pour les travailleurs de la santé et leurs familles était aussi inconnu.

Dès que les images du nord de l'Italie sont apparues à la télévision, les intensivistes, en collaboration avec leurs infirmiers en chef, ont entrepris une réorganisation complète de leur service en un temps record : isoler le service de soins intensifs pour éviter de contaminer le reste de l'hôpital, créer des lits

Le traitement d'un patient COVID souffrant de graves problèmes respiratoires était lourd, long, donnant peu de résultats et peu de satisfaction

supplémentaires, motiver le personnel, rechercher les équipements de protection nécessaires, donner une formation, rechercher des informations sur la nouvelle maladie, élaborer des protocoles, etc.

Tout était nouveau et source de problèmes. La maladie a évolué de manière telle que les

traitements mis en place ne convenaient pas, avec de longs séjours en soins intensifs et un taux de mortalité élevé. Les informations médicales sur internet étaient contradictoires et n'avaient pas été validées. Le matériel de protection était insuffisant et devait même être confectionné ou cherché dans les usines ou chez des personnes privées. Le nombre d'infirmiers spécialisés au chevet des patients était insuffisant : il a dû être renforcé par des infirmiers qui ne connaissaient pas les procédures et les traitements d'usage dans les unités de soins intensifs. En raison de la fermeture des frontières du pays, nous avons été confrontés à des ruptures de stock de médicaments et de matériel et avons dû improviser au quotidien.

Les mesures de protection personnelle constituaient une charge physique et psychologique à ne pas sous-estimer.

En résumé, le traitement d'un patient COVID souffrant de graves problèmes respiratoires était lourd, long, donnant peu de résultats et peu de satisfaction.

Au sein de l'unité des soins intensifs, les médecins et les infirmières se sont sentis très isolés, privés de leurs contacts habituels avec les membres de leur famille, les consultants et les collaborateurs des autres services.

Si les soignants des patients COVID ont été hautement estimés pour leurs efforts, ils ont cependant été tenus à distance et n'ont pas été invités à s'asseoir à table la plupart du temps.

Au début de l'été, le nombre de patients COVID en soins intensifs a diminué : tout le monde a souhaité revenir à des soins intensifs « normaux » dès que possible.

Puis la deuxième vague est arrivée. Très vite, nous avons compris que les problèmes ne seraient pas moins importants. Nous étions plus attentifs aux contacts familiaux, les équipements de protection individuelle ne manquaient plus, l'approvisionnement en médicaments et autres était plus facile. Le traitement des patients COVID en soins intensifs restait en revanche aussi difficile, la mortalité aussi élevée. Cependant, l'implication des familles et les contacts avec d'autres disciplines étaient meilleurs. Le stress initial causé par le virus inconnu a laissé la place à une routine maîtrisée.

A cette situation, s'est ajoutée la pression due à l'admission de patients non COVID. Les équipes d'infirmiers spécialisés restaient en sous-nombre.

Actuellement, l'équipe de soins intensifs essaie de retourner à une pathologie non COVID plus « normale » et réserve une zone restreinte aux quelques patients COVID restants, en prévision d'une troisième vague.

Les médecins intensivistes tiennent à remercier les infirmiers de leurs unités de soins intensifs, ainsi que les collègues, les infirmiers et les autres membres du personnel hospitalier qui ont apporté leur aide et leur soutien pendant les deux vagues de COVID, permettant ainsi à l'unité de soins intensifs de continuer à fonctionner et à accomplir sa mission.

Union professionnelle des médecins belges spécialistes en STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE ORALE ET MAXILLO-FACIALE

03.02.2021

Après l'apparition de la COVID-19 à Wuhan, en Chine, le virus s'est propagé dans le reste du monde et le 11 mars 2020, la pandémie de COVID-19 a été officialisée par l'Organisation mondiale de la Santé. Le 18 mars 2020, le confinement a été instauré en Belgique. Les hôpitaux ont procédé à une priorisation des procédures chirurgicales. Concernant les pratiques de chirurgie OMF dans et hors des hôpitaux, tous les patients ont été interdits de procédures impliquant des aérosols, à moins qu'un test PCR négatif de maximum 48 heures ne puisse être présenté. Ces règles sont toujours d'actualité. Si le statut COVID est inconnu et que la procédure est urgente mais qu'elle génère des aérosols, toutes les mesures de protection nécessaires sont appliquées, depuis le port d'un masque FFP2 avec écran facial jusqu'au respirateur PAPR (Powered Air-Purifying Respirators) pour les patients positifs à la COVID.

Ces mesures de protection entraînent souvent un coût beaucoup plus élevé que l'intervention elle-même et constituent une somme considérable de frais supplémentaires imprévus. D'autre part, de nombreuses procédures électives ont dû être reportées (chirurgie orthognathique, opérations alvéolo-dentaires liées à l'orthodontie, chirurgie pré-prothétique). La traumatologie a également diminué de manière significative en raison de la diminution du trafic routier et de l'arrêt des manifestations sportives. Bien que les soins oncologiques n'aient pas diminué et soient restés accessibles dans le secteur hospitalier, une liste d'attente importante pour les patients s'est formée car la détection des tumeurs dépend de la détection en première ligne des lésions suspectes dans les cabinets des dentistes et des généralistes. Les réticences généralisées des patients à l'idée de venir à l'hôpital pour des soins non liés à la COVID ont donné la possibilité aux tumeurs d'évoluer vers des stades plus avancés avec un pronostic moins favorable.

La télémedecine n'a pas été un grand succès pour la chirurgie OMF car le diagnostic intrabuccal nécessite une imagerie et un bon examen clinique. Zoom n'a donc pas remplacé la consultation mais a été une technique de visioconférence appréciée. Les réunions de l'union professionnelle, de la société scientifique et de la commission d'agrément ont soudainement attiré plus de médecins, certes connectés par écran interposé. Mais cela a peut-être contribué à accroître la base de soutien des décisions prises au cours des nombreuses réunions organisées.

La télémedecine n'a pas été un grand succès pour la chirurgie OMF car le diagnostic intrabuccal nécessite une imagerie et un bon examen clinique

En 2020, la société scientifique a annulé les réunions de printemps et d'automne. Ce n'est qu'en 2021 que l'espace virtuel de conférence aura suffisamment été développé pour héberger une journée de congrès en toute sécurité. Tous les séminaires à l'étranger ont été annulés.

Les cours de chirurgie OMF se sont souvent déroulés dans des auditoriums déserts. Seul l'enseignant était présent devant un microphone et une présentation PowerPoint car la leçon devait être « streamée » et enregistrée en direct. Le contact immédiat avec les étudiants a disparu.

Les examens OMF ont aussi été impactés car de nombreux moments de suivi clinique ont été perdus en raison des restrictions mais aussi parce que la collecte de fonds issus de l'industrie s'est sévèrement tarie.

Contrairement à d'autres disciplines, la chirurgie OMF a vu peu de nouvelles maladies apparaître du fait de la COVID-19. La commission de planification n'a donc aucune raison de revoir à la hausse le nombre de places de formation dans notre discipline.

Un siècle en un an

Dr Donald Claeys, secrétaire général du GBS

INTRODUCTION

Il semble qu'un siècle se soit déroulé en une seule année: ainsi peut-on comparer 2020 aux quatre moments-clés qui ont marqué le 20^e siècle.

Le commencement peut être comparé à la « belle époque », lorsque tout était tourné vers le renouveau et l'amélioration. De nombreux projets de santé se trouvaient sur la liste des nouvelles négociations et développements. Citons par exemple, la loi-qualité, la loi des réseaux hospitaliers, les infirmiers spécialisés et la réflexion sur l'intelligence artificielle, l'innovation et le dossier médical électronique unique.

Puis soudain, la Première Guerre mondiale a éclaté. L'Italie et l'Europe entière se sont trouvées aux prises avec une pandémie mondiale originaire de Chine. En mars 2020, le président français Emmanuel Macron déclarait : « Nous sommes en guerre ». En 1918, il y a aussi eu une pandémie mondiale, la grippe espagnole, qui a coûté la vie à des millions de personnes.

Après avoir emporté des millions de victimes, la Grande Guerre a été suivie de l'entre-deux-guerres. L'économie est en déclin, l'emploi devient peu à peu problématique : le traité de Versailles, de même que la façon maladroite dont les hommes politiques de l'époque ont mis fin à la guerre, ont jeté les bases de la Deuxième Guerre mondiale.

Durant l' « entre-deux-guerres » de 2020, on réfléchit aux possibilités d'éviter une deuxième vague, ou au moins, à la manière de gérer celle-ci efficacement. Un certain nombre de décisions sont prises sous l'effet de la pression politique, puis les mesures sont progressivement assouplies. Une confusion politique liée aux pleins pouvoirs, suivie d'un gouvernement provisoire dont la caractéristique principale a été l'attentisme, forment le contexte d'une deuxième vague : ainsi commence la Seconde Guerre mondiale. Celle-ci se propage de nouveau sur tous les continents, les mesures sont renforcées mais tardivement. Heureusement, un nouveau gouvernement stable prête serment devant le Roi, le 1^{er} octobre 2020.

En mars 2020, le président français Emmanuel Macron déclarait : « Nous sommes en guerre »

En 1949, un film magnifique, *Le Troisième homme*, avec Orson Welles dans le rôle principal, a été réalisé sur la Vienne de l'après-guerre et le commerce illégal de la pénicilline, difficile à trouver dans une Europe déchirée à l'époque. Les événements de la fin 2020 sont aussi comparables à ce film. Nous savons que depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les guerres n'ont jamais vraiment cessé, même si l'Europe n'en a pas toujours été le théâtre. Nous commençons donc l'année 2021 avec un optimisme prudent et de sérieuses réserves.

Voici un exposé des faits.

LA BELLE ÉPOQUE

2020 débute avec la poursuite d'une série de projets de loi entamés par le gouvernement précédent et la continuation de projets plus anciens.

En principe, la loi sur les réseaux hospitaliers qui oblige chaque hôpital à rejoindre un réseau, entre en vigueur en janvier 2020. Une série d'arrêtés d'exécution et de spécifications par le Roi doivent encore être rédigés. On s'attend à vivre une longue période d'ajustements pratiques supplémentaires qui auront un impact sur la pratique quotidienne de nombreux dispensateurs de soins. Pour les uns, les

réseaux signifient des liens de collaboration sains à un niveau très local, d'autres les verraient plutôt à un niveau régional, alors qu'en même temps, certains rêvent d'une concentration des soins toujours plus poussée à l'échelle suprarégionale, si possible : à suivre!

La loi-qualité relative aux professions de santé publiée en avril 2019 est encore dépourvue de nombreux arrêtés d'exécution. Il est essentiel de rédiger ces arrêtés avec le plus grand soin afin d'en faire un instrument pratique visant à améliorer les procédures et non à les complexifier. Le portfolio décrit dans la loi-qualité qui confère au dispensateur de soins une implication prépondérante, nécessite une approche sécurisée.

Entre-temps, les vacances de carnaval se sont terminées. Nous entamons une période qui peut être comparée à la Première Guerre mondiale

De nombreux groupes de travail ont été constitués fin 2019. Le groupe de travail sur l'intelligence artificielle, les big data et le dossier électronique du patient poursuit ses travaux en profondeur. En collaboration avec le Conseil fédéral des soins infirmiers et le Conseil supérieur des Médecins généralistes et des Médecins spécialistes, une commission technique mène des

travaux de réflexion sur la place de l'infirmier spécialiste, avec prolongation de la formation sous la forme d'un « master après master ».

Fin 2019, la Communauté française, à l'instar de son homologue flamande, prend l'initiative d'étudier la question des sous-quotas dans l'optique d'une répartition raisonnable de l'offre de médecins et de leurs compétences spécifiques. Peu après, le 14 février 2020, le gouvernement flamand propose soudainement une augmentation unilatérale des quotas de médecins. Cela n'est pas accueilli avec enthousiasme par les généralistes et les spécialistes établis, ni par les médecins spécialistes en formation.

Début 2020, les chroniques GoodviBeS ont commencé à paraître régulièrement dans le journal « Le Spécialiste ». Il s'agit d'une carte blanche accordée au GBS tous les mois et consacrée chaque fois à une spécialité particulière. L'union professionnelle qui prend la plume décrit son terrain d'action spécifique dans une perspective d'avenir.

Quelques initiatives intéressantes sont involontairement et presque anticipativement liées aux périls imminents d'un approvisionnement insuffisant et d'une pénurie de vaccins fin 2020, début 2021 :

- La demande d'avis du 10.12.2019 qui concerne la vaccination par les pharmaciens au niveau des soins de santé de première ligne.
- L'article du Journal du Médecin (10.02.20) qui annonce une nouvelle loi visant à anticiper l'indisponibilité de certains médicaments avec l'obligation de les fournir, envisageant même l'introduction d'une interdiction d'exportation.

Entre-temps, les vacances de carnaval se sont terminées. Nous entamons une période qui peut être comparée à la Première Guerre mondiale.

LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

Dans notre pays, la première infection est détectée le 03.02.2020 chez un Belge de retour de Chine. De Standaard écrit le 10.03.2020 : *Scènes dramatiques dans les hôpitaux du nord de l'Italie*. Pendant ce temps, le pays est en pleine alerte. Le président français Macron parle de guerre pour la première fois.

Le 11.03.2020, l'agence Belga annonce le premier décès dû au corona. Le nombre de cas explose après les vacances de carnaval et les retours des sports d'hiver. Le 21.03.2020, De Standaard écrit : *En cinq*

jours, le nombre de décès confirmés passe de 10 à 67. Cela signifie que ce chiffre augmente plus vite que dans la plupart des autres pays.

Le 12.03.2020, le plan d'urgence hospitalier est promulgué et le 18.03.2020, un confinement total est instauré. La cellule fédérale de gestion de crise est mise en place. Toutes les consultations, les examens et les interventions non essentiels sont interdits dans tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux universitaires et les centres de réadaptation, de même que dans les centres extrahospitaliers et les cabinets privés.

Il y a une pénurie criante de moyens de protection, tant au niveau des soins de première ligne que dans les hôpitaux.

Entre-temps, presque toutes les activités sociales programmées sont suspendues, même les Jeux Olympiques sont reportés. Tous les rassemblements prévus impliquant une présence physique sont annulés. Les événements scientifiques locaux et internationaux sont aussi systématiquement supprimés. Certains sont reprogrammés, avec optimisme, pour la seconde moitié de l'année. Les contacts sociaux et professionnels se déplacent vers les lieux de discussion virtuels.

La plateforme de réunion en ligne Zoom fait aussi son apparition au GBS. Grâce à ce moyen de concertation, il est possible de discuter rapidement des problèmes graves liés à la crise de la COVID. La pénurie de moyens de protection, les tests et le déplacement des tâches des prestataires de soins, mais aussi les soucis concernant la formation, sont abordés.

Une compensation financière est accordée aux hôpitaux et aux médecins. Des garanties claires sont données aux médecins en formation. Le Comité de l'assurance approuve l'indemnisation de la téléconsultation. Plus tard, le Comité de l'accréditation communiquera des mesures d'assouplissement temporaires, et les formations en ligne de même que les réunions virtuelles des Glems seront aussi validées.

Un des sujets de discorde d'autrefois semble être salutaire en 2020. Dans nos hôpitaux, les cloisons se sont continuellement déplacées et le cadre intermédiaire a pris de plus en plus d'importance. Les visitations et l'accréditation de nos hôpitaux ont coûté de l'argent et des efforts. Les médecins-chefs et les chefs de service existent depuis 1987. En 1995, la compétence particulière de la médecine des soins intensifs est reconnue comme spécialité à part entière et en 2005, c'est au tour de la médecine d'urgence d'être reconnue.

Dès le début de la pandémie, les structures de nos établissements de soins que nous avons souvent sous-estimées, nous ont rapidement aidés à nous défendre contre cette attaque sans précédent dans notre société.

En déplaçant encore quelques cloisons ou en installant des conteneurs, en faisant en sorte que le cadre infirmier conjointement avec les chefs de service et les médecins chefs prennent rapidement des dispositions pour l'accueil et le traitement, et surtout grâce aux efforts spontanés de tous, nous avons évité les tragédies italiennes.

Au début de toute guerre, les surprises sont inévitables mais en fin de compte, c'est la résilience et l'engagement qui déterminent les vainqueurs.

L'ENTRE-DEUX-GUERRES

Très rapidement, on commence à se faire du souci concernant le report des autres soins nécessaires, en raison de la crise. Ceci ne résulte pas seulement de la pénurie de la capacité d'accueil des hôpitaux. Une enquête organisée par le GBS, tant à l'échelle régionale qu'auprès des différentes unions professionnelles, nous apprend que le report des soins nécessaires (non COVID) peut en partie

s'expliquer du fait de la pénurie de la capacité et de la surcharge des unités des soins intensifs, mais surtout en raison de la réticence du patient symptomatique à se rendre en consultation chez le médecin ou à l'hôpital par peur de la contamination. Au sein de certains organes de concertation spécifiques, une stratégie est en cours d'élaboration pour remédier partiellement à cette situation.

Entre-temps, le nombre d'infections diminue lentement, de même que la pression aux soins intensifs, bien que de fortes disparités régionales subsistent.

Les autorités fédérales se concertent intensivement, notamment avec le HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity Committee), en vue d'un déconfinement progressif. Dans cette perspective, on cherche un moyen de relancer progressivement les « soins nécessaires » normaux afin d'éviter d'autres « dommages collatéraux », pour autant que la surcharge des hôpitaux diminue entre-temps. Le SPF envoie aux établissements de soins une circulaire décrivant la capacité de réserve à maintenir aux soins intensifs et dans les unités COVID, et impose en outre une capacité de réserve sur demande. Lors de la concertation sur ce qui précède, la réflexion porte aussi sur les directives destinées aux médecins.

Le GBS prend l'initiative d'interroger toutes les spécialités. Grâce aux réponses rapides de presque toutes les unions professionnelles, on parvient à établir une sorte de liste de référence qui détermine

Tout le monde sait parfaitement qu'entre-temps, le report de certains soins a provoqué des dommages collatéraux dans la population

non seulement les urgences mais surtout les priorités des soins nécessaires. On choisit délibérément un document de référence pratique, réaliste et facilement utilisable pour chaque spécialité. Ces listes de priorités permettent aux hôpitaux et aux médecins de souligner eux-mêmes ce qui leur semble primordial en fonction de la situation épidémiologique locale. La circulaire fédérale envoyée aux hôpitaux fait référence à ces

listes. L'Association des médecins-chefs et les coupoles hospitalières se concertent à chaque fois intensivement.

Les 4 et 11 mai, les mesures sont assouplies et une partie des soins nécessaires reportés peut être rattrapée. Tout le monde sait parfaitement qu'entre-temps, le report de certains soins a provoqué des dommages collatéraux dans la population. Alors qu'à la fin de l'été, une deuxième vague se prépare, le citoyen espère patiemment une concertation politique intensive qui permette la constitution d'un véritable gouvernement.

LA DEUXIÈME GUERRE MONDIALE

Le nouveau ministre peut entamer son mandat avec un œil sur une courbe qui décolle de nouveau de manière exponentielle peu après son entrée en fonction. La deuxième vague est plus mortelle que la première et porte le nombre de décès à plus de 21 000 à la fin de cette année tragique.

La nouvelle équipe prend une série de mesures pour se prémunir contre d'éventuelles pénuries de dispensateurs de soins. La possibilité de soins administrés sous surveillance par des non-infirmiers, les règles de prélèvement des tests et la définition du transfert de tâches, sont discutées et rapidement intégrées dans la législation, avec toutefois une durée de validité expirant au premier semestre 2021.

Entre-temps, l'ensemble des spécialistes belges, avec notre collègue Erika Vlieghe comme porte-drapeau, a reçu le Prix du Spécialiste des mains du ministre Vandenbroucke. La téléconsultation et la télésurveillance semblent être entrées dans les mœurs, et leur usage pratique à long terme est en discussion avec pérennisation possible.

Qui voit au-delà de la fin de la pandémie sait que des matières telles que le financement des hôpitaux, les rétrocessions d'honoraires et les suppléments, l'hôpital de jour et la réforme de la nomenclature continueront à se traîner au-delà des courbes de la COVID comme des virus impérissables!

Comme il se doit au Nouvel An, l'année se termine sur un message d'optimisme: « Nous avons un vaccin ! ». Le reste de la saga fera partie du rapport annuel de 2021. Nous l'intitulerons provisoirement « Plus jamais de guerre », souhait qui résonne en chacun d'entre nous.

Rermerciements

Hilde Baeyens (gériatrie), Dominique Ballaux, Peggy Joosen, Linsey Winne en Frédérique Huysman (endocrinologie), Stef Carlier (anesthésie-réanimation), Olivia Cools (psychiatrie), Romaric Croes (anatomie pathologique), Chantal de Galocsy (gastro-entérologie), Alin Derom (biopathologie médicale), Bart De Saedeleer (pneumologie), François Haustrate (ophtalmologie), Christophe Lelubre (médecine interne), Baudouin Mansvelt (chirurgie), Isabelle Maystadt (génétique clinique), Laurent Meric de Bellefon (rhumatologie), Marianne Mertens (chirurgie plastique), Constantinus Politis (stomatologie-chirurgie OMF), Jean Rondia (orthopédie), Gaëtane Stassijns, Jan De Neve en Patrick Linden (médecine physique et réadaptation), Erwig Van Buggenhout (neurologie), Hilde Van Hauthem (pédiatrie), Johan Van Wiemeersch (gynécologie-obstétrique), Jan Verbeke (soins intensifs) et les comités directeur des unions professionnelle de neurologie pédiatrique et de radiothérapie-oncologie

