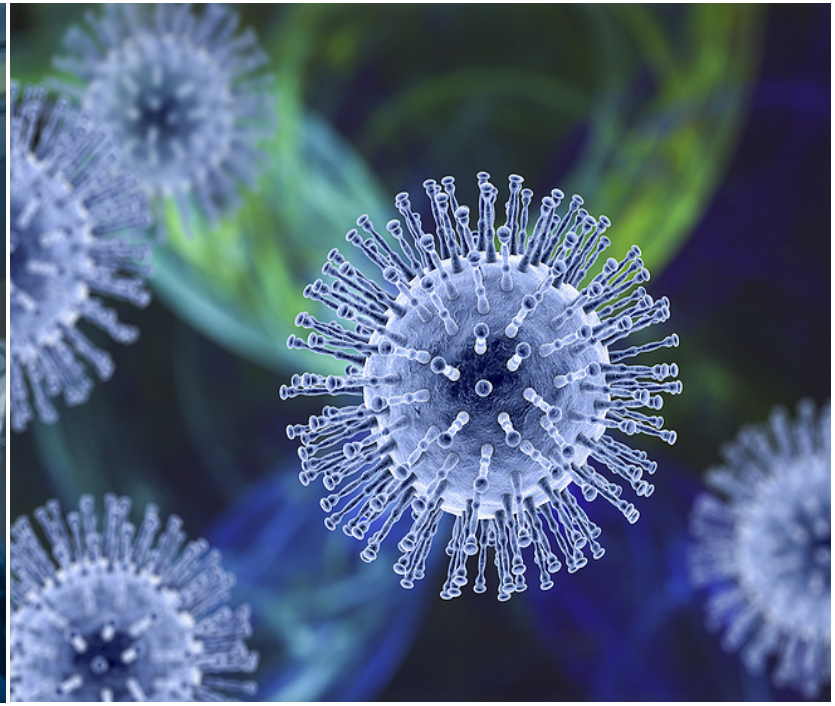
KCE REPORT 335Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE EN BELGIQUE DURANT LA PREMIÈRE VAGUE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19





KCE REPORT 335Bs
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE EN BELGIQUE DURANT LA PREMIÈRE VAGUE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

CARINE VAN DE VOORDE, MÉLANIE LEFÈVRE, PATRIEK MISTIAEN, JENS DETOLLENAERE, LAURENCE KOHN, KOEN VAN DEN HEEDE

PRÉFACE

L'année 2020 restera à jamais gravée dans nos mémoires comme « l'année où la pandémie de COVID-19 a éclaté ». Une crise d'une ampleur sans précédent, que personne n'avait vraiment vue venir. Les images d'Italie, premier pays européen touché, nous ont fait prendre conscience que, même dans un pays occidental développé, ce virus inconnu pouvait mener le système de santé au bord de l'effondrement.

Le monde hospitalier a dû s'adapter à un tempo record à cette nouvelle réalité. Des mesures tout à fait inédites ont dû être mises en œuvre pour y créer de la capacité supplémentaire, afin d'accueillir les patients infectés. Les soins réguliers non urgents ont dû être suspendus. Début mars 2020, un nouvel organe a été institué pour guider les manœuvres : le comité *Hospital & Transport Surge Capacity*. En juin 2020, lorsque la première vague de la pandémie a pris fin, c'est ce comité lui-même qui a demandé au KCE de se pencher sur son fonctionnement et sur les réactions des hôpitaux, afin de tirer des enseignements pour l'avenir.

Ce rapport propose donc des pistes d'amélioration fondées sur une analyse scientifique. Six méthodes différentes ont été déployées, chacune offrant un angle d'approche particulier du sujet. Le croisement des informations ainsi recueillies a permis de dresser un tableau aussi objectif que possible du déroulement des événements, puis de formuler les conclusions et recommandations politiques de ce rapport.

Nous remercions tout particulièrement tous ceux et celles qui ont accepté de répondre à nos interviews et à notre enquête en ligne. Nous avons apprécié leur ferme volonté de participer et de partager leurs informations, et ce malgré les soucis causés par l'arrivée de la deuxième vague, qui fait toujours rage à ce jour. Notre reconnaissance est d'autant plus grande que tout le travail réalisé n'aurait pas été possible sans leur contribution.

Le philosophe Kierkegaard a dit « *La vie doit être vécue en regardant vers l'avenir, mais elle ne peut être comprise qu'en se retournant vers le passé* ». Sans aucun doute, de nombreuses analyses scientifiques passeront au crible tout ce qui s'est passé depuis le début de la crise COVID-19, et c'est bien nécessaire. Il ne fait aucun doute qu'elles mettront en lumière de nombreux points douloureux. Mais n'oublions pas dans quelles circonstances difficiles les décisions ont dû être prises, à un moment où les données étaient rares et les connaissances sur le virus extrêmement limitées. Sur le plan scientifique, de très nombreux aspects de cette crise étaient encore nimbés d'immenses incertitudes. Et pourtant, des décisions ont dû être prises sur ces bases encore floues. Plutôt que de chercher des fautes en remontant le passé, l'analyse constructive du KCE vise à tirer des leçons en regardant vers l'avenir.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSSEN
Directeur Général a.i.

MESSAGES CLÉS

- Il a été demandé au KCE de documenter et évaluer le fonctionnement et les mesures prises par le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC) ainsi que la réponse des hôpitaux à ces mesures. L'évaluation porte sur la première vague de la pandémie (mars-juin 2020).
- Le comité HTSC a été formé début mars 2020 en tant qu'organe consultatif du *Risk Management Group* (RMG) avec l'objectif de prendre des mesures pour gérer la capacité hospitalière et de transport des patients durant la pandémie COVID-19.
- Les membres du comité HTSC le décrivent comme une plateforme unique de discussion des questions relatives aux hôpitaux, incluant des représentants des autorités fédérales et des entités fédérées ainsi que des fédérations hospitalières. Le comité HTSC a effectivement rempli sa mission durant la première vague de la pandémie. Il convient de transformer ce comité en un organe consultatif permanent du RMG pouvant être activé lorsqu'une situation de crise requiert une capacité hospitalière supplémentaire.
- Les plans d'urgence hospitaliers ont contribué à la réponse rapide et professionnelle des hôpitaux lors de l'apparition de la pandémie. À côté d'un plan d'urgence hospitalier générique, il est préconisé d'ajouter des volets spécifiques à chaque crise (tel qu'un volet 'pandémie').
- La disponibilité de données adéquates concernant l'occupation et la capacité des hôpitaux est essentielle dans la gestion de la capacité de pointe (*surge capacity*). Pourtant, les systèmes de données se sont révélés insuffisants, c'est pourquoi les systèmes de données existants ont été ajustés (ICMS) et de nouveaux ont été mis en place (surveillance de la capacité hospitalière et *Clinical Survey* de Sciensano).
- Il convient de revoir les systèmes de données dans un avenir proche, avec une attention particulière pour l'interopérabilité, la réduction de la lourdeur des tâches d'enregistrement (p. ex. extraction automatique), etc. En particulier pour les services de soins intensifs, il est nécessaire de développer un système de données à l'échelle nationale qui donne une image précise en temps réel à la fois de la capacité hospitalière (p. ex. lits, équipement, personnel), des caractéristiques des patients et de leurs résultats de santé.
- Les hôpitaux ont fourni des efforts très importants pour libérer et créer des capacités hospitalières, en particulier en soins intensifs, pour les patients COVID-19. La disponibilité et la motivation du personnel de soins (médical, infirmier, soignant, soutien, etc.) se sont avérées décisives à cet égard.
- Durant la première vague de la pandémie, les hôpitaux ont mis en place diverses mesures permettant de disposer d'un personnel (compétent) suffisant (p. ex. augmentation du temps de travail; recours à des infirmiers et médecins non intensivistes dans les unités de soins intensifs, en équipes mixtes et après une formation accélérée). L'arrêt des soins réguliers durant la première vague a joué un rôle essentiel pour faire face à l'afflux d'hospitalisations liées à la COVID-19. Néanmoins, il est préconisé d'adapter ceci autant que possible au contexte local si la situation épidémiologique le permet.

- Les mesures appliquées lors de la pandémie de COVID-19 ont également entraîné des dommages collatéraux. Il en résulte un impact important sur la santé et le bien-être du personnel de santé, et le report des soins a des conséquences néfastes pour les patients (p. ex. moins de diagnostics de cancer, report de soins chroniques).
- Les hôpitaux ont collaboré au niveau du réseau locorégional (par exemple, achat conjoint de matériel, accords cliniques, répartition des patients nécessitant des soins intensifs) et au-delà (par exemple, province, soutien aux maisons de repos). Afin de renforcer encore à l'avenir la collaboration entre les hôpitaux, il est préconisé de développer les conditions préalables aux réseaux (p. ex. le financement au niveau du réseau).

SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**
MESSAGES CLÉS **2**
SYNTHÈSE **4**
1. INTRODUCTION **8**
1.1. GESTION DE CRISE DE SANTÉ PUBLIQUE : UNE STRUCTURE COMPLEXE AVEC UN ENCHEVÊTREMENT D'ORGANES 8
1.1.1. Gestion de crise avant la pandémie de COVID-19. 8
1.1.2. Structures supplémentaires depuis l'émergence de la crise COVID-19 9
1.2. QU'EST-CE QUE LA 'CAPACITÉ DE POINTE' ? 11
1.3. OBJECTIF ET PORTÉE DU RAPPORT 11
1.3.1. Objectif 11
1.3.2. Portée 12
1.4. COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ? 12
2. LES HÔPITAUX BELGES ÉTAIENT-ILS PRÉPARÉS À LA PANDÉMIE DE COVID-19 ? 13
2.1. QU'EST-CE QU'UN PLAN D'URGENCE HOSPITALIER ? 13
2.2. BREF HISTORIQUE DU PLAN D'URGENCE HOSPITALIER 13
2.2.1. Davantage d'uniformité dans les plans d'urgence hospitaliers depuis 2016 13
2.2.2. Lors de l'émergence de la pandémie, la plupart des hôpitaux disposaient déjà d'un PUH, mais il n'avait pas encore été approuvé formellement 13
2.3. QUE COMPREND UN PLAN D'URGENCE HOSPITALIER ? 13
2.3.1. Capacité d'un hôpital exprimée en capacité réflexe et capacité de traitement 13
2.3.2. Les phases d'un PUH 14
2.3.3. La cellule de coordination prend la direction des opérations 14

2.4. UN PLAN D'URGENCE HOSPITALIER EST-IL ADÉQUAT EN CAS DE PANDÉMIE ? 14
3. RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ *HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY*..... 15
3.1. MISSION DU COMITÉ HTSC 15
3.1.1. Sa création a été le résultat d'initiatives individuelles 15
3.1.2. Outre la planification de la capacité de pointe, de nombreux autres sujets ont été abordés 16
3.2. COMPOSITION DU COMITÉ HTSC 16
3.2.1. Une plateforme unique avec les acteurs les plus pertinents 16
3.2.2. Pas de sélection transparente des membres 16
3.2.3. Sous-représentation du terrain 17
3.2.4. Et la voix des patients ? 17
3.3. FONCTIONNEMENT DU COMITÉ 17
3.4. COMMUNICATION AVEC LES HÔPITAUX 18
3.4.1. Une communication claire mais directive, via courriers 18
3.4.2. Des canaux de communication supplémentaires pour le feedback 18
3.5. AVENIR DU COMITÉ HTSC 19
4. IMPORTANCE (DU PARTAGE) DES DONNÉES DANS LA LUTTE CONTRE LA COVID-19 19
4.1. Données disponibles sur la capacité hospitalière et le nombre de patients 19
4.1.1. Enregistrement quotidien de la capacité et de l'occupation des lits 19
4.1.2. Questionnaires supplémentaires et 'Clinical Survey' 20
4.2. LACUNES EN TERMES DE DONNÉES, DE DÉFINITIONS ET D'ENREGISTREMENT 21
4.3. DISPONIBILITÉ ET UTILISATION ACCRUE DES DONNÉES, MAIS ENCORE AMÉLIORABLE 22
4.4. LACUNES ÉGALEMENT CONSTATÉES DANS D'AUTRES PAYS 23
5. GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE 23

5.1. CAPACITÉ HOSPITALIÈRE AVANT LA PANDÉMIE 23
5.2. CAPACITÉ HOSPITALIÈRE PENDANT LA PANDÉMIE 24
5.2.1. Admissions à l'hôpital militaire (février 2020) 27
5.2.2. Élaboration du 'plan Hospital & Transport Surge Capacity' (début mars 2020) 27
5.2.3. Augmenter la capacité pendant le confinement (mars-avril 2020) n'a pas été faisable partout de la même manière 27
5.2.4. Capacité hospitalière en période de déconfinement 28
5.3. PRÉPARATION À UNE PROCHAINE VAGUE ET AUX CRISES FUTURES 28
5.4. PERSONNEL DE SOINS : DÉTERMINANT POUR LA CRÉATION D'UNE CAPACITÉ SUFFISANTE 29
5.4.1. Très peu de mesures explicites du comité HTSC pour le personnel 29
5.4.2. Les hôpitaux ont dû chercher eux-mêmes des prestataires de soins supplémentaires pour leurs soins intensifs 29
5.4.3. Besoin de formations complémentaires 30
5.4.4. Impact de la pandémie sur le bien-être et la santé du personnel 30
5.4.5. Le bien-être du personnel, préoccupation majeure des hôpitaux et des politiques 33
6. ARRÊT ET REPRISE DES SOINS RÉGULIERS 34
6.1. DURANT LE CONFINEMENT, SEULS LES SOINS URGENTS ET NÉCESSAIRES ÉTAIENT POSSIBLES 34
6.2. IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES SOINS HOSPITALIERS RÉGULIERS 35
6.2.1. Différences majeures entre les hôpitaux dans la suspension de leurs activités régulières 35
6.2.2. Un large éventail d'activités ont été reportées 37
6.3. D'AUTRES PAYS ONT AUSSI DÛ FIXER DES PRIORITÉS DE SOINS 38
6.4. MÉDECINS ET HÔPITAUX ONT ÉTÉ INDEMNISÉS POUR LES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES ET LA PERTE DE REVENUS 39

7. IMPORTANCE DE LA COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX 40

7.1. LES RÉSEAUX HOSPITALIERS LOCORÉGIONAUX : UNE PREMIÈRE ÉTAPE VERS LA COLLABORATION 40

7.2. DURANT LA PANDÉMIE, AMORCE PROGRESSIVE DE COLLABORATION AU SEIN DES RÉSEAUX, MAIS AUSSI AU NIVEAU PROVINCIAL 40

7.3. DÉVELOPPEMENT ULTÉRIEUR DES RÉSEAUX LOCORÉGIONAUX DANS LA GESTION D'UNE CRISE 41

7.3.1. Disposition à étendre les mesures au niveau du réseau 41

7.3.2. Pas de consensus sur une collaboration obligatoire au sein du réseau 43

7.4. SOUTIEN DU COMITÉ HTSC AFIN DE FACILITER LE TRANSPORT DES PATIENTS COVID-19 43

7.5. SOUTIEN SPONTANÉ DES HÔPITAUX AUX MAISONS DE REPOS 44

8. VUE RÉTROSPECTIVE ET PROSPECTIVE SUR LA GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE EN BELGIQUE 45

■ **RECOMMANDATIONS 50**

■ **RÉFÉRENCES 57**

1. INTRODUCTION

Avertissement

Il est inhabituel, pour un rapport KCE, de débuter par une mise en garde, mais nous sommes confrontés à une situation exceptionnelle. Le principal objectif du présent rapport est d'étudier comment la capacité hospitalière a été gérée, par les autorités et par les hôpitaux, lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 en Belgique. Nous nous concentrons pour cela sur le fonctionnement d'un comité spécifique, le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC), et sur la réponse des hôpitaux aux mesures que ce comité leur a imposées. Nous tirons des enseignements de cette étude et formulons des recommandations pour les décideurs politiques et les hôpitaux, pour la crise COVID-19 actuelle et pour les pandémies futures.

Dans ce rapport, nous examinons les différentes phases et plans relatifs à la capacité (supplémentaire) dédiée aux patients COVID-19 dans nos hôpitaux. Depuis l'émergence de la pandémie, de nouvelles informations sont toutefois apparues et les hôpitaux ont fait part de leur feedback au comité. Ce dernier les a pris en considération et a adapté ses mesures. Sans anticiper les résultats de cette étude, on peut dire que, lors de la première vague de la crise COVID-19, le personnel hospitalier, les directions hospitalières et le comité ont bien travaillé.

Les hôpitaux et le comité dépendent toutefois aussi de mesures prises en dehors de leurs domaines de compétence. Si les mesures visant à contrer l'apparition et la propagation du virus sont insuffisantes, prises trop tardivement ou ne sont pas respectées, il n'est plus possible de garder le contrôle sur le nombre de contaminations et d'hospitalisations. Même avec les meilleurs plans, tout système hospitalier a ses limites et est confronté à des problèmes de capacité.

Dans ce rapport, nous avons étudié la première vague de la pandémie, c'est-à-dire la période comprise entre mars et juin 2020. Actuellement (début novembre 2020), la Belgique est à nouveau fortement touchée par une deuxième vague et obtient l'un des plus mauvais résultats au niveau européen. Les enseignements que nous tirons de cette évaluation et nos recommandations ne seront malheureusement pas d'un soutien suffisant dans cette situation particulièrement difficile. Il est de plus impossible de traiter dans un 'rapport statique' toutes les nouvelles mesures et initiatives prises chaque jour. Le lecteur devra en tenir compte à la lecture du présent rapport.

1.1. Gestion de crise de santé publique : une structure complexe avec un enchevêtrement d'organes

La Belgique est un État fédéral qui compte trois communautés et trois régions. Huit ministres ont la santé dans leurs attributions : un au niveau fédéral et sept au niveau des entités fédérées. Le modèle organisationnel de la gestion d'une crise de santé publique est également complexe et notre pays en a fait la douloureuse expérience lors de la pandémie de COVID-19. Nous avons dépensé beaucoup d'énergie et de temps à déterminer quel niveau était compétent pour prendre des mesures et ces mesures n'ont pas toujours été concertées ni harmonisées. L'un des objectifs de l'accord du nouveau gouvernement fédéral (30 septembre 2020) était dès lors de rationaliser les structures de crise existantes. Nous nous limiterons ici aux instances principalement en charge de la santé publique.

1.1.1. Gestion de crise avant la pandémie de COVID-19.

Comme décrit dans le protocole d'accord du 11 mars 2008, le système belge de surveillance et de gestion des risques comporte trois acteurs :[1]

1. Le ***National Focal Point*** **(NFP).** Le NFP a été désigné à la suite du Règlement sanitaire international (RSI) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ; 2005).[2] Le NFP doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS. Le NFP coordonne notamment les analyses des crises nationales de santé publique et évalue les risques avec l'OMS. Le NFP est désigné par la **Conférence interministérielle (CIM) Santé publique,** sur proposition du ministre fédéral de la Santé publique. La CIM Santé publique est

l'une des nombreuses CIM créées afin de coordonner la politique entre les entités fédérale et fédérées.

2. Le ***Risk Assessment Group*** **(RAG).** Le RAG évalue le risque pour la santé publique sur la base de données épidémiologiques et autres données scientifiques. Il est coordonné par Sciensano (auparavant Institut scientifique de santé publique) et comprend des épidémiologistes de Sciensano et du Conseil supérieur de la santé, ainsi que des représentants des autorités de santé fédérales et fédérées. Des experts ayant des connaissances spécifiques du risque sanitaire peuvent être consultés. Le RAG conseille le *Risk Management Group*.
3. Le ***Risk Management Group*** **(RMG).** Le RMG prend des mesures de protection de la santé publique et se base en la matière sur les avis du RAG. Le RMG comprend des représentants des administrations de santé et de tous les ministres de la Santé publique. Il est présidé par le NFP. Le RMG reçoit des instructions de la CIM Santé publique et lui soumet également ses recommandations. En cas de crise grave, le RMG se réunit régulièrement afin de gérer tous les aspects de la crise en rapport avec la santé. Si la crise requiert une coordination entre différents secteurs et administrations, une cellule de crise est créée au sein du Centre de crise national (NCCN) du SPF Intérieur.

Le NFP, le RMG et le RAG sont supervisés par la CIM Santé publique.

1.1.2. Structures supplémentaires depuis l'émergence de la crise COVID-19

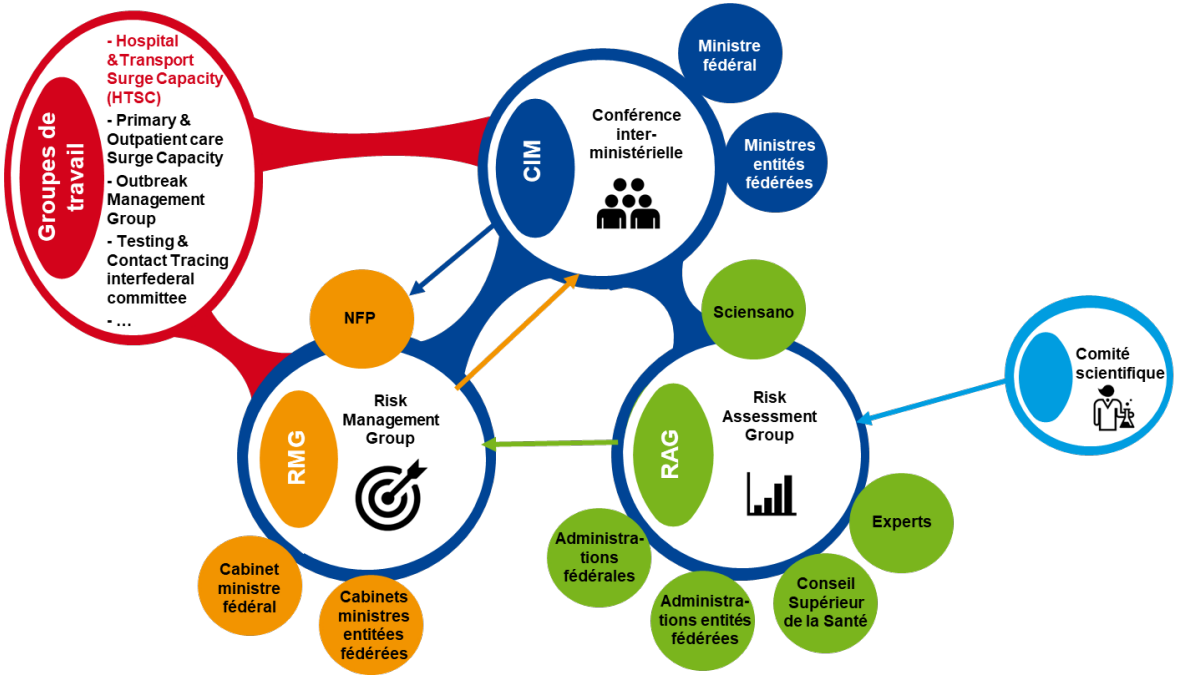
L'éclatement de la pandémie de COVID-19 au début de 2020 a placé la plupart des pays devant des défis sans précédent. Les décideurs politiques ont pris des mesures en matière de santé publique et d'économie qu'ils n'avaient jamais prises précédemment, et ces mesures n'ont pas toujours été cohérentes entre elles. Ce fut également le cas en Belgique où, au début de la crise, diverses initiatives ont été prises à différents niveaux, sans concertation ni cohésion, raison pour laquelle la Première ministre a décrété une 'phase fédérale' le 12 mars. À partir de ce moment, toutes les mesures ont été coordonnées au niveau national, et le 18 mars, l'autorité fédérale belge déclarait le confinement pour l'ensemble du pays, suivant en cela l'exemple d'autres pays (européens).[1]

La crise COVID-19 a également entraîné la mise sur pied d'un certain nombre de structures supplémentaires. Le **Comité scientifique coronavirus** a été institué dès janvier 2020 pour conseiller les autorités de santé, dont le RAG, sur les dernières évolutions scientifiques relatives au nouveau virus.

Un certain nombre de comités ou groupes de travail ont également été créés ou activés, tant au sein des structures existantes qu'en dehors, sous la supervision du RMG et de la CIM Santé publique. Un de ces comités est le **comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC)**, créé au début mars 2020, dont la tâche est d'élaborer des mesures et des directives concernant la 'capacité de pointe' (voir section 1.2) des hôpitaux et le transport des patients, afin de faire face à la pandémie. Ceci sera examiné plus en détail dans le Chapitre 5.

Un aperçu complet de l'organisation mise en place pour la gestion de crises de santé publique peut être consulté au Chapitre 1 du rapport scientifique. Une structure simplifiée est présentée ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 – Structure organisationnelle de la stratégie COVID-19



Source : Adapté du SPF Santé publique (2020)[3]
NFP = National Focal Point. Le Centre de crise national (NCCN ; voir Figure 1 du rapport scientifique), non repris dans la figure ci-dessus, est chargé de la planification d'urgence et de l'infrastructure de gestion de crise. Le NCCN est également chargé de fournir des informations uniformes et cohérentes au public.

1.2. Qu'est-ce que la 'capacité de pointe' ?

Différentes définitions et traductions sont utilisées pour la 'capacité de pointe' ('*surge capacity*'), tant dans la littérature que dans les documents politiques. Dans le présent rapport, nous utilisons la définition de l'OMS :[4] *'La capacité de pointe est la capacité d'un système de santé à répondre à un afflux soudain et inattendu de patients après une catastrophe ou une situation d'urgence. La création d'une capacité de pointe comprend une approche globale dans quatre domaines : espace (ou structure), personnel, stocks et systèmes*.' En anglais, on parle des 4 S : s*pace*, s*taff*, s*upplies* et s*ystems*.

- **Espace** ou structure ('*space*') : comprend les hôpitaux et lits, ainsi que les installations (telles que les zones de triage ou les services de cohorte disposant d'une ventilation adéquate) qui sont déjà disponibles ou peuvent être équipées pour des besoins urgents spécifiques. Les structures situées en dehors de l'environnement hospitalier et qui reçoivent une nouvelle affectation (par ex. hôtels) en font également partie.
- **Personnel** ('*staff*') : la disponibilité de professionnels de santé en suffisance, qui possèdent les compétences requises et/ou bénéficient d'une supervision suffisante. Il convient de porter une attention particulière aux spécialisations nécessaires ainsi qu'à une analyse des catégories de personnel dans lesquelles on pourrait constater des pénuries.
- **Stocks de matériel et ressources** ('*supplies*') : la disponibilité de matériel d'urgence spécifique, tant pour les soins que pour la sécurité et la protection des prestataires de soins. Pour la COVID-19, il s'agit du matériel d'intubation, des respirateurs mécaniques, du matériel d'oxygénation par membrane extracorporelle ou machine cœur-poumon (ECMO), des médicaments spécifiques, des équipements de protection individuelle, des réactifs nécessaires aux tests de dépistage, etc.
- **Systèmes** ('*systems*') : fait références aux méthodes (comme l'activation d'une politique intégrée et de procédures) engendrant une réponse optimale à une hausse subite des hospitalisations. Cela englobe le processus décisionnel, la communication, la continuité du fonctionnement et la gestion des stocks.

1.3. Objectif et portée du rapport

1.3.1. Objectif

En juin 2020, le directeur-général du Service public fédéral (SPF) Santé publique, qui était également président du comité HTSC[a], a demandé au KCE d'examiner le fonctionnement du comité et la réponse des hôpitaux aux mesures qu'il a prises pendant la première vague de la pandémie.

Dans le présent rapport, nous évaluons donc la manière dont le comité HTSC prend ses décisions, et la réponse des hôpitaux, avec l'objectif suivant :

- documenter le processus décisionnel pendant la première vague ;
- en tirer des enseignements concernant la capacité hospitalière et le transport des patients pour la crise actuelle et d'éventuelles pandémies futures ;
- formuler des recommandations pour les décideurs politiques et les hôpitaux.

L'objectif de cette étude diffère donc des évaluations réalisées par une commission d'enquête parlementaire ou une autre commission politique. Ces dernières ont généralement pour but de déterminer la responsabilité politique pour un problème donné.

[a] Le 6 octobre 2020, il a été nommé commissaire coronavirus et a été remplacé à la présidence du comité HTSC.

1.3.2. Portée

Dans le présent rapport, nous examinons la période comprise entre la création du comité HTSC (mars 2020) et la fin juin 2020. Les initiatives prises par le comité après cette période sont examinées uniquement si elles contribuent à l'objectif de l'étude.

Nous évaluons la création du comité, ses processus décisionnels et sa communication avec les hôpitaux. En ce qui concerne l'évaluation de la réponse des hôpitaux, nous nous sommes principalement intéressés à la manière dont ils ont créé de la capacité pour les patients COVID-19, au rôle du plan d'urgence hospitalier et aux initiatives de collaboration avec d'autres hôpitaux. Par contre, une évaluation détaillée de l'impact des mesures du comité sur les résultats de santé, le bien-être du personnel ou la situation financière des hôpitaux n'entre pas dans le cadre de notre étude. Toutefois, nous y avons intégré des évaluations déjà existantes.

Bien que le comité ait également pris des mesures pour les hôpitaux psychiatriques, la présente étude se limite aux **hôpitaux aigus** (y compris universitaires). Cela n'exclut pas que certains enseignements ou recommandations soient également d'application pour les hôpitaux psychiatriques.

1.4. Comment avons-nous procédé ?

La présente étude est ce que l'on appelle une *'in-action review'.* Autrement dit, nous réalisons une évaluation alors que l'action (la pandémie de COVID-19) est encore en cours.[5] Pour cette 'étude en action', nous avons eu recours à une combinaison de méthodes, qui sont décrites de manière détaillée au début de chaque chapitre du rapport scientifique. Elles peuvent être résumées comme suit :

- Entretiens approfondis avec des membres du comité HTSC, des représentants du secteur hospitalier, des organisations professionnelles et des experts en la matière (25 entretiens) ;
- Analyse des procès-verbaux des réunions du comité HTSC et des lettres du comité adressées aux hôpitaux ;
- Enquête en ligne auprès d'hôpitaux aigus belges (les 98 hôpitaux aigus y ont été conviés, 62 y ont participé) ;
- Comparaison internationale de la gestion de la capacité de pointe pour les hôpitaux en Angleterre, en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas sur la base de la littérature et de la consultation d'experts de chacun de ces pays ;
- Étude de la littérature concernant les instruments et directives internationaux pour les stratégies de réponse dans les hôpitaux ;
- Analyse d'autres évaluations belges pertinentes (par le biais d'enquêtes, d'analyses de données, etc.).

Pour certains sujets spécifiques, nous avons également consulté des experts du domaine. Vu le peu de temps (juin-décembre 2020) disponible pour réaliser la présente étude, il n'a pas été possible de mettre en œuvre les principes du KCE concernant l'implication des patients dans les projets de recherche en politique des soins de santé (rapport KCE 320).[6] Nous n'avons pu réaliser qu'un seul entretien avec un représentant d'organisations de patients.

2. LES HÔPITAUX BELGES ÉTAIENT-ILS PRÉPARÉS À LA PANDÉMIE DE COVID-19 ?

Les épidémies constituent un défi pour les systèmes de santé, car elles provoquent un pic important dans la demande de services hospitaliers et de soins de santé. Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure les hôpitaux belges étaient préparés à la pandémie de COVID-19.

2.1. Qu'est-ce qu'un plan d'urgence hospitalier ?

Le plan d'urgence hospitalier (PUH) est lancé quand un hôpital est confronté à un afflux soudain de patients. Tout hôpital est tenu d'en avoir un. Le PUH décrit les procédures destinées à faire face de façon efficiente à cet accroissement subit de patients, sans que les soins aux patients déjà hospitalisés en soient compromis. La capacité d'accueil de l'hôpital doit alors pouvoir être augmentée rapidement. Il importe bien sûr alors de disposer de lits, d'équipements et de personnel en suffisance (voir Chapitre 5).

2.2. Bref historique du plan d'urgence hospitalier

2.2.1. Davantage d'uniformité dans les plans d'urgence hospitaliers depuis 2016

Les normes d'agrément des hôpitaux sont fixées par l'arrêté royal du 23 octobre 1964[7] (et ses modifications ultérieures). Disposer d'un PUH est l'une de ces conditions. Un PUH décrit les mesures à prendre en cas de catastrophe au sein de l'hôpital (p. ex. panne d'électricité, accident chimique, bactérie nosocomiale) ou en dehors (p. ex. important accident de la circulation, inondation, attaque terroriste). Jusqu'à récemment, il existait toutefois une grande diversité de plans.

Depuis la 6e réforme de l'État (2014), ce sont les entités fédérées qui fixent les normes d'agrément. En octobre 2016, un Protocole d'accord a été conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées.[8] Il définit le contenu, les procédures et les différents rôles au sein du PUH, afin d'obtenir une plus grande uniformité dans l'ensemble du pays.

2.2.2. Lors de l'émergence de la pandémie, la plupart des hôpitaux disposaient déjà d'un PUH, mais il n'avait pas encore été approuvé formellement

En 2019, chaque entité fédérée avait décidé par décret que tous les hôpitaux devaient avoir un PUH au plus tard le 31 décembre 2019. Ce délai pour déposer le PUH auprès de la commune a été prolongé au 31 décembre 2020 et le délai de dépôt du PUH auprès du ministre compétent au 1er août 2021. Au moment de l'apparition de la pandémie de COVID-19, la plupart des PUH n'étaient pas encore approuvés, mais leur existence a néanmoins permis aux hôpitaux de mettre en œuvre les processus nécessaires pour réagir rapidement à l'apparition de la pandémie.

2.3. Que comprend un plan d'urgence hospitalier ?

2.3.1. Capacité d'un hôpital exprimée en capacité réflexe et capacité de traitement

Dans un PUH, on utilise deux concepts pour exprimer la capacité d'un hôpital.[9] La **capacité 'réflexe'** renvoie au nombre minimum de patients qu'un hôpital peut prendre en charge (sur un site hospitalier disposant d'un service d'urgences agréé) dans les deux premières heures suivant une catastrophe. Ce nombre est fixé arbitrairement à 3 % du nombre de lits agréés, pour chacune des deux heures. Cette capacité réflexe indique la capacité disponible pour l'administration des premiers soins de base.

La **capacité de traitement** est la capacité nécessaire pour traiter les patients après la première prise en charge et les soins de base. Elle est exprimée en termes de nombre de lits disponibles par type de lit, de nombre de respirateurs et de salles d'opération qui peuvent être dotés de personnel dans les 15 minutes, etc. Ces données doivent être enregistrées sur la plateforme en ligne *'Incident Crisis Management System'* (ICMS ; voir Chapitre 4).

2.3.2. Les phases d'un PUH

Un PUH comporte deux phases : la 'phase d'information' et la 'phase d'action'. La **phase d'information** débute dès que l'hôpital reçoit un avertissement de catastrophe. Le 28 février 2020, le RMG a décidé que les entités fédérées devaient avertir leurs hôpitaux le plus rapidement possible. C'est ainsi que la phase d'information concernant la COVID-19 a démarré.

La **phase d'action** consécutive comprend deux niveaux. Au **niveau 1**, la capacité réflexe est suffisante pour le nombre de victimes, on n'a besoin que de personnel supplémentaire en nombre limité et certains services sont réorganisés (comme le service d'urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire). Au **niveau 2**, le nombre de patients dépasse la capacité réflexe de l'hôpital, on a recours à davantage de personnel supplémentaire et une grande partie de l'hôpital doit être réorganisée. Le 14 mars 2020, le comité HTSC a chargé tous les hôpitaux d'enclencher le niveau 1 de la phase d'action.

2.3.3. La cellule de coordination prend la direction des opérations

Le PUH décrit clairement les rôles et responsabilités de toutes les parties concernées en cas de crise. Quand le PUH est activé, la cellule de coordination hospitalière prend la direction et la coordination des opérations. Les membres permanents de la cellule sont notamment le directeur général, le médecin-chef, le directeur des soins infirmiers, le coordinateur du plan d'urgence, le médecin-chef de service des urgences et une personne du service communication. Selon le type de catastrophe, il est également possible d'avoir recours à des membres ou comités supplémentaires, tels que des pharmaciens, des infectiologues, des pneumologues, le département logistique et le service d'hygiène hospitalière.

2.4. Un plan d'urgence hospitalier est-il adéquat en cas de pandémie ?

Nos constatations reposent sur nos entretiens avec des membres du comité HTSC, des directeurs d'hôpital et des organisations représentant les hôpitaux, ainsi que sur l'enquête que nous avions envoyée aux hôpitaux et sur des enquêtes réalisées par d'autres organisations (le SPF Santé publique et Zorgnet-Icuro, la coupole hospitalière flamande).

Le PUH a contribué à une réaction rapide des hôpitaux

Un PUH n'est en principe pas prévu pour une crise d'une telle ampleur et durée, mais on perçoit néanmoins que son activation a contribué à une gestion rapide et précise de la capacité hospitalière. Sur les 62 hôpitaux qui ont participé à l'enquête en ligne, 39 nous ont communiqué la date à laquelle ils ont enclenché leur PUH, tant pour la phase d'information que pour celle d'action. Vingt-quatre (24/39) d'entre eux ont enclenché la phase d'action niveau 1 de leur PUH avant même que cela soit rendu obligatoire le 14 mars 2020, et 22 des 39 hôpitaux sont passés à la phase d'action niveau 2 pendant la première vague de la pandémie (avant le 30 avril). À partir du 17 juin, les hôpitaux ont pu revenir en phase d'information.

La cellule de coordination a pris le contrôle

Globalement, la cellule de coordination semble avoir bien fonctionné dans la plupart des hôpitaux. La majorité des hôpitaux a procédé à une évaluation interne du fonctionnement de la cellule de coordination (93% des hôpitaux) et/ou du PUH (76%). L'absence de compétences légales du médecin-chef a toutefois été signalée comme un point à améliorer. Il a dès lors aussi été proposé de revoir le cadre juridique dans lequel les médecins-chefs (et par extension, les médecins chefs de services) doivent fonctionner. Entre-temps, la loi du 4 novembre 2020 a octroyé temporairement davantage de compétences légales aux médecins-chefs jusqu'au 30 juin 2021.[10] Ils peuvent désormais contraindre les médecins hospitaliers à respecter les mesures relatives à la capacité hospitalière et peuvent transférer des patients sans leur consentement vers un autre hôpital lorsque la capacité maximale est atteinte.

Encadrement insuffisant du PUH

Le financement des coordinateurs du plan d'urgence via le budget hospitalier a été signalé comme étant trop limité, ce qui a notamment eu pour conséquence qu'ils n'ont pas pu, avant la crise, consacrer suffisamment de temps à ces tâches. Une autre suggestion a été de prévoir davantage de formations et d'entraînements aux processus du PUH ainsi qu'une communication accrue sur le contenu du PUH auprès du personnel hospitalier.

Le PUH ne comporte pas de volet 'pandémie'

Actuellement, un PUH ne doit pas comporter de plan pandémie spécifique. La grande majorité des hôpitaux interrogés (49/53) était toutefois favorable à l'ajout d'un tel plan, et la moitié en disposait déjà. Les éléments qui pourraient faire partie d'un plan pandémie sont notamment la détection de l'émergence de maladies infectieuses (en interne et externe) et les modalités d'activation du plan, la spécification de différentes phases et seuils, la réduction et la reprise des soins réguliers, le renforcement en personnel et lits de soins intensifs, la communication, l'isolement et la mise en cohorte de patients, la gestion des stocks d'équipements de protection individuelle et de médicaments, la collaboration au sein du réseau locorégional et avec les soins de première ligne, la formation et le soutien psychologique du personnel.

3. RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ *HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY*

Le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* est un groupe de travail national créé lors de l'apparition de la pandémie de COVID-19. Dans ce chapitre, nous examinerons son rôle et son fonctionnement, puis, dans les chapitres suivants, nous discuterons d'un certain nombre de mesures prises par le comité.

3.1. Mission du comité HTSC

3.1.1. Sa création a été le résultat d'initiatives individuelles

En février 2020, des experts du terrain et de l'administration ont pris l'initiative de créer un 'groupe de travail pour les hôpitaux'. Ils ont assez rapidement identifié la menace de problèmes de capacité dans les hôpitaux et l'urgence d'élaborer une stratégie nationale. Selon les membres du comité interrogés, les structures existantes (telles que le *Risk Assessment Group* (RAG), le *Risk Management Group* (RMG) ou le Centre national de crise (NCCN)) se concentraient toujours, en janvier et au début février 2020, sur la détermination des cas et l'isolement des personnes venant de l'étranger plutôt que sur la préparation à une épidémie et sur une stratégie nationale visant à déterminer la capacité hospitalière. En outre, il y a eu au départ un manque de coopération entre le NCCN, le RMG et la Direction générale (DG) Soins de santé, le département du SPF Santé publique responsable des hôpitaux. La première réunion officielle du comité HTSC avec une mission clairement définie a eu lieu le 6 mars 2020.

3.1.2. Outre la planification de la capacité de pointe, de nombreux autres sujets ont été abordés

Le rôle du comité HTSC est de suivre le nombre et le type de patients COVID-19 dans les hôpitaux, de discuter de la capacité, des flux entrants, transitants et sortants de patients, et de proposer au RMG des décisions concernant la capacité hospitalière et de transport. Son objectif principal était clairement d'assurer une capacité suffisante de soins intensifs, surtout au début de la crise. En parallèle, le comité a également pris des mesures pour assurer une capacité suffisante dans les services hospitaliers généraux. Il a élaboré à cette fin des plans de capacité de pointe dont nous parlerons au Chapitre 5. Le sujet du transport des patients COVID-19 a été moins abordé lors de la première vague.

Malgré ces tâches clairement définies, de nombreuses autres questions ont aussi été abordées. Elles concernaient l'organisation des activités hospitalières, telles que l'arrêt et la reprise des activités régulières, les tests du personnel et des patients, la disponibilité et l'utilisation des équipements de protection individuelle et bien d'autres. Bien que certains membres du comité les aient appréciées, d'autres ont trouvé ces discussions trop nombreuses et chronophages.

Des comités distincts ont été créés pour certains de ces sujets, à l'instar d'un comité pour la capacité ambulatoire (p. ex. triage des patients, collaboration entre les médecins généralistes et les services d'urgence) (voir Figure 1).

3.2. Composition du comité HTSC

3.2.1. Une plateforme unique avec les acteurs les plus pertinents

Le comité HTSC est présidé et soutenu administrativement par la DG Soins de santé du SPF Santé publique. Il se compose

- de représentants des administrations de santé publique fédérales et des entités fédérées
- des inspecteurs d'hygiène fédéraux
- du représentant de la ministre fédérale de la Santé publique (uniquement pendant la première vague de la pandémie)
- de la composante médicale de la Défense
- des fédérations hospitalières
- du Comité scientifique coronavirus
- de la Société belge de médecine intensive.

Entre le 1er mars et le 30 juin 2020, au moins 95 personnes ont participé à une ou plusieurs réunions du comité HTSC. Certaines instances y ont été représentées par plusieurs personnes et, parfois, des experts externes y ont également participé.

Selon ses membres et le secteur hospitalier, l'autorité du comité a été largement acceptée et sa composition unique a été considérée comme l'un de ses points forts. L'atmosphère de confiance mutuelle a également été mentionnée à plusieurs reprises comme un facteur de succès important.

3.2.2. Pas de sélection transparente des membres

Il ressort toutefois des entretiens que la composition du comité n'était pas transparente, ni pour les membres, ni pour le secteur hospitalier. Bien que le secteur belge de la santé ait une longue tradition de comités de concertation, où la représentation est souvent basée sur des critères et des processus bien définis, la composition du comité HTSC aurait été largement basée sur les avis de ses initiateurs. La raison principale de la participation

des experts dans le domaine était qu'ils avaient signalé eux-mêmes l'urgence de la situation (*sense of urgency*) et qu'ils s'étaient proposés pour travailler aux solutions.

3.2.3. Sous-représentation du terrain

Le comité se compose principalement de décideurs politiques et de représentants des fédérations hospitalières. Ces dernières ont bien demandé un retour d'information de la part de leurs membres, mais les répondants ont néanmoins estimé que le terrain n'avait pas été suffisamment entendu.

Les médecins ne sont représentés que par deux experts, mais pas par une délégation de médecins-chefs, considérés comme les acteurs centraux sur le terrain. Le personnel infirmier n'est pas du tout représenté. Deux options de participation se sont dégagées des entretiens : une représentation permanente ou une concertation ciblée à des moments où leur expertise peut apporter une valeur ajoutée. Cela vaut également pour d'autres domaines d'expertise qui font actuellement défaut au sein du comité (p. ex. les soins gériatriques, le soutien psychologique, la revalidation).

3.2.4. Et la voix des patients ?

Lors de la première vague de la pandémie, le comité HTSC n'a pas consulté les patients de manière systématique, l'accent étant mis principalement sur la gestion de la crise. Notre entretien avec le représentant des associations de patients montre qu'il fait preuve de compréhension à cet égard. Par conséquent, leur proposition n'est pas de prévoir un siège permanent pour les représentants des patients au sein du comité, mais plutôt de les impliquer de manière plus structurelle, par exemple sur des sujets où le point de vue des patients est utile, comme la reprise des soins réguliers, les restrictions de visite, le transfert de patients. En outre, ils souhaiteraient pouvoir inscrire des points à l'ordre du jour du comité, et ils sont d'avis que la stratégie d'information et de communication devrait être améliorée, de même que la transparence du comité.

3.3. Fonctionnement du comité

Concertation intensive

Le comité HTSC s'est réuni (presque) quotidiennement. Les réunions débutaient chaque jour par un aperçu des chiffres de la COVID-19 (nombre de patients admis, admissions aux soins intensifs, etc.). Nous avons analysé les procès-verbaux de 61 réunions tenues entre le 1er mars et le 30 juin 2020.

Organe consultatif du RMG fonctionnant de manière autonome

Le comité a été créé en tant qu'organe consultatif et toutes ses mesures doivent être approuvées par le RMG. La plupart de ses avis sur la capacité de pointe et le transport des patients ont été convertis en une décision du RMG et communiqués aux hôpitaux. Selon les membres du comité, le RMG n'a fait preuve d'ingérence politique que pour un nombre limité de sujets, par exemple en ce qui concerne la politique d'admission de patients étrangers. Pour le reste, le comité a pu, de manière générale, travailler de façon assez autonome.

Un leadership fort et pragmatique

Tous les membres du comité interrogés ont loué le pragmatisme et le leadership fort du président. Au début de la crise, des décisions de portée considérable ont été prises (comme la suspension des activités hospitalières non urgentes) à un moment où d'autres comités ou organes politiques n'en ressentaient pas encore l'urgence. Le style de leadership a contribué à 'l'unité de commandement' et contraste fortement avec les observations faites dans d'autres organes et structures. En outre, et malgré les débats sur un grand nombre de sujets, le président a toujours maintenu le cap sur la mission, ce qui a facilité le processus décisionnel.

3.4. Communication avec les hôpitaux

3.4.1. Une communication claire mais directive, via courriers

Le comité a communiqué avec les hôpitaux principalement par le biais de **lettres** envoyées par courrier électronique. Le texte de ces lettres a d'abord été soumis au RMG pour approbation, puis envoyé par les autorités fédérées aux hôpitaux. Pour la présente étude, nous avons analysé les 16 lettres envoyées par le comité HTSC aux hôpitaux aigus entre le 1er mars et le 30 juin 2020, signées par le président du RMG, le président du comité HTSC, un représentant du Comité scientifique coronavirus et le président de la Société belge de médecine intensive.

Le **large éventail de sujets** traités par le comité et communiqués aux hôpitaux a suivi le cours de la crise. Pendant la période mars-avril, des mesures drastiques ont été prises pour augmenter la capacité hospitalière dédiée aux patients COVID-19 (par exemple, la suspension de tous les soins non urgents), tandis que, à partir de mai, les instructions ont été davantage axées sur la préparation à une éventuelle deuxième vague.

Malgré la portée majeure des mesures prises, les membres du comité interrogés ont rapporté que l'autorité du comité n'a pas été remise en question et que les hôpitaux ont réagi de manière très professionnelle. Les répondants ont également estimé que les hôpitaux ont fait preuve de beaucoup de solidarité et de professionnalisme, mais ils se sont demandé si de telles mesures seraient aussi acceptées en cas de vagues ultérieures. En effet, le **statut juridique** (des mesures) du comité lors la première vague n'était pas clair, pas plus que les conséquences en cas de refus ou d'incapacité de mise en œuvre de la part des hôpitaux.

Les hôpitaux ont trouvé le style de communication du comité très **directif**, ce qui, pour certains, témoignait d'un manque de confiance. En général, ils ont trouvé que les mesures étaient certes **claires**, mais que le langage était trop bureaucratique, trop théorique et trop vague, et que les instructions ne tenaient pas suffisamment compte de la réalité du terrain. En outre, surtout dans la phase initiale, les modifications intervenaient à cadence élevée.

Les hôpitaux ont trouvé que les mesures n'étaient pas toujours **réalisables**. L'une des lettres, par exemple, indiquait que « l'encadrement (*staffing*) des lits supplémentaires créés doit être identique à celui des lits USI agréés[b] ». Trente-sept des 53 hôpitaux (70 %) ont estimé que cela n'était pas faisable. Les mesures relatives au transfert de patients au sein du réseau locorégional ont également été difficiles à mettre en œuvre. L'une des raisons invoquées était que, surtout dans les zones où les taux de prévalence étaient élevés, les hôpitaux d'un même réseau locorégional ont tous été très vite confrontés à des problèmes de capacité dus à une pénurie de personnel médical et infirmier qualifié. Les mesures relatives à la libération de lits hospitaliers ont pour leur part été jugées réalisables par une grande majorité des répondants (de 78 % à 86 %).

Les hôpitaux ont également reçu des directives de plusieurs autres groupes de travail et autorités. Ils ont indiqué avoir été **débordés** d'instructions, souvent à des **moments désagréables** (le week-end ou tard le soir).

3.4.2. Des canaux de communication supplémentaires pour le feedback

En plus des lettres, des vidéoconférences ont été organisées quotidiennement entre les hôpitaux et les inspecteurs d'hygiène fédéraux, par province. Des informations générales sur les mesures y étaient fournies, ainsi que des réponses aux questions posées. C'est un point qui a été très apprécié, en particulier par les hôpitaux les plus touchés. Cependant, cette organisation n'a pas eu lieu partout de la même manière, en raison de la pénurie de personnel dans les services compétents. Ces vidéoconférences ont aussi été un moyen de recueillir le feedback du terrain. Un autre

[b] USI = Unité de Soins Intensifs. Pour des raisons de lisibilité, nous utilisons dans ce rapport « lit de soins intensifs agréé », alors que c'est en fait « la fonction de soins intensifs » qui est agréée et non les lits eux-mêmes.

feedback a également été fourni au comité par l'intermédiaire des fédérations hospitalières et des autorités fédérées.

3.5. Avenir du comité HTSC

Le fonctionnement du comité HTSC a été très apprécié par ses membres, mais les avis sur son avenir sont partagés. Une fois la crise actuelle terminée, certains préconisent un comité 'en veille', qui pourrait être réactivé immédiatement en cas de nouvelle crise nécessitant une capacité hospitalière supplémentaire. D'autres voient plutôt le comité comme un 'comité de réflexion' permanent au sein duquel des questions liées à la politique hospitalière ou de santé seraient examinées.

4. IMPORTANCE (DU PARTAGE) DES DONNÉES DANS LA LUTTE CONTRE LA COVID-19

Les données jouent un rôle important dans le soutien des décisions politiques, et donc aussi pour celles prises par le comité HTSC. Avant d'aborder les mesures prises par le comité HTSC pour accroître la capacité hospitalière – détaillées dans le Chapitre 5 – nous examinons les données dont disposait le comité au début et au cours de la pandémie, et les initiatives prises pour les collecter dans le contexte de la pandémie.

4.1. Données disponibles sur la capacité hospitalière et le nombre de patients

4.1.1. Enregistrement quotidien de la capacité et de l'occupation des lits

Lors de chaque réunion, le comité HTSC a passé en revue les chiffres sur la capacité disponible et le nombre d'admissions de patients COVID-19 dans les hôpitaux belges. Il a utilisé pour ce faire les données de deux questionnaires que les hôpitaux devaient remplir quotidiennement : l'''***Incident Crisis Management System* (ICMS)**' (voir Encadré 1), depuis le 4 mars, et l'**enquête *'Hospital Surge Capacity'* (HSC)**, un questionnaire en ligne de Sciensano, depuis le 10 mars. Ces enregistrements ont été imposés par la loi.[11]

Encadré 1 – Qu'est-ce que l'ICMS ?

L'ICMS ('*Incident Crisis Management System*') est le portail national de sécurité pour tous les services impliqués dans la planification d'urgence et la gestion de crise, du niveau national au niveau communal.[12] Il s'agit d'une plateforme en ligne pour la gestion des données et des informations et pour la gestion de crise. Elle est gérée par le Service public fédéral Intérieur.

Si un plan d'urgence hospitalier est activé, l'hôpital concerné doit enregistrer sa capacité de traitement dans l'ICMS.

Pendant la pandémie de COVID-19, les hôpitaux ont dû saisir quotidiennement les données suivantes[c] :

- dans l'ICMS, par site hospitalier :
  - la capacité de lits disponibles pour des patients COVID-19
  - la capacité de lits disponibles en unité de soins intensifs pour des patients COVID-19
  - le nombre de respirateurs disponibles
  - le nombre de dispositifs pour l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO – machines cœur-poumon) disponibles
- dans l'enquête HSC, par hôpital :
  - le nombre total de patients COVID-19 hospitalisés
  - le nombre de nouveaux patients COVID-19 admis (depuis l'enregistrement précédent)
  - le nombre de patients COVID-19 séjournant en soins intensifs
  - le nombre de patients COVID-19 sous respirateur
  - le nombre de patients COVID-19 sous dispositif ECMO.

Grâce à ces données combinées et à la capacité connue des lits agréés, le comité HTSC pouvait, en principe, vérifier si la capacité de lits (et de lits de soins intensifs) disponibles était en équilibre avec l'occupation des lits et avec les nouvelles admissions COVID-19. Il pouvait ainsi décider s'il fallait créer de la capacité supplémentaire, si les hôpitaux étaient saturés dans certaines régions et s'il était nécessaire de procéder à des transferts de patients entre hôpitaux.

4.1.2. Questionnaires supplémentaires et 'Clinical Survey'

Ajustements intermédiaires et demandes ad hoc

En plus des données mentionnées ci-dessus, le comité HTSC disposait de certaines informations supplémentaires, qui n'ont toutefois souvent été disponibles que dans le courant de la crise COVID-19. Ainsi, les hôpitaux ont également dû noter quotidiennement dans l'ICMS le nombre de respirateurs (à partir du 24 mars) et de dispositifs ECMO (à partir du 30 mars) disponibles. Le comité leur a également envoyé des questionnaires sur la stratégie de test, la capacité des laboratoires et la durée d'admission des patients COVID-19 dans leur service de soins intensifs.

Un '*Clinical Survey*' sur les caractéristiques des patients COVID hospitalisés

En plus de l'enquête HSC en ligne pour le suivi de la capacité hospitalière, Sciensano a également recueilli des données individuelles sur la santé des patients COVID-19 hospitalisés via une seconde enquête (sans participation obligatoire) à partir du 14 mars. L'objectif de ce ***Clinical Survey*** était d'identifier, pour chaque patient, les facteurs de risque et les résultats à l'admission et à la sortie. À la fin juin, cette enquête incluait les données de 76 % des patients COVID-19 dans 97 hôpitaux (sur 103[d]). Toutefois, lors de la première vague de la pandémie, elle ne contenait pas d'identifiant unique standardisé pour les patients (p. ex. le numéro de registre national). Par conséquent, il n'était pas possible de les coupler à d'autres données relatives aux patients (p. ex. les données de facturation, le registre du cancer, les données de sortie de l'hôpital, les actes de décès), ce qui aurait pourtant fourni des informations importantes pour la gestion de crise et la recherche. Le 14 septembre, ce *Clinical Survey* a migré vers la plateforme

[c] Au cours de la première vague, plusieurs ajustements ont été apportés aux données que les hôpitaux devaient remplir quotidiennement.

[d] Y compris certains hôpitaux spécialisés.

Healthdata.be (la plateforme officielle d'enregistrement standardisé des données de santé pour la Belgique). Depuis lors, le numéro de registre national des patients est consigné et les données peuvent être transférées par lots, ce qui a réduit la charge d'enregistrement pour les hôpitaux.

4.2. Lacunes en termes de données, de définitions et d'enregistrement

Le comité HTSC a été confronté, surtout au début de la crise, à des problèmes de données récurrents : hôpitaux qui ne transmettaient pas leurs données quotidiennement, données manquantes, discordance entre les données de l'enquête HSC et celles de l'ICMS, modifications des définitions des données, saisies erronées, etc.

Les systèmes existants sont insuffisants pour caractériser la capacité et l'utilisation des soins intensifs

Au moment de l'apparition de la première vague de la pandémie, on ne connaissait pas le nombre exact de lits de soins intensifs dans notre pays, ni la durée exacte du séjour à l'hôpital et aux soins intensifs des patients COVID-19, du moins jusqu'à l'analyse des chiffres du *Clinical Survey* de Sciensano (voir ci-dessus). En outre, le comité basait son calcul de capacité sur des **données administratives** (c'est-à-dire le nombre de lits agréés), alors que la donnée importante en cas de crise est le nombre de lits opérationnels et surtout du nombre de lits de soins intensifs opérationnels. En effet, un lit agréé non opérationnel ne peut être activé que si le personnel, l'infrastructure et l'équipement nécessaires sont disponibles. Le comité ne disposait pas non plus d'informations sur le personnel hospitalier disponible.

Tout cela a **compliqué l'interprétation de la capacité et de l'occupation des lits** et a nécessité des **ajustements répétés** dans les enquêtes et la communication vers les hôpitaux. Les réactions des hôpitaux ont également montré des problèmes d'interprétation lors du remplissage des questionnaires ICMS et HSC et que les nombreuses (adaptations des) enquêtes et enregistrements ont entraîné une surcharge de travail conséquente.

Un suivi en temps réel des soins intensifs n'a pas été déployé à l'échelle nationale

Un problème récurrent, selon les membres du comité HTSC, a également été l'**absence de suivi en temps réel** de la capacité des soins intensifs et du nombre de patients qui y étaient hospitalisés. Ils ont fait référence à d'autres pays qui disposent d'une vue d'ensemble presque immédiate des patients, des activités cliniques (p. ex. durée de séjour, comorbidités) et des résultats de santé (p. ex. taux normalisés de mortalité hospitalière) dans les services des soins intensifs.[13, 14] En Belgique, des initiatives similaires (p. ex. MICA : *'Monitoring Intensive Care Activities'*[15]) ont été lancées par le passé, mais elles n'ont pas été déployées à l'échelle nationale.

Les nouveaux systèmes permettent de mieux répondre aux questions pertinentes

Les systèmes de données mis en place par Sciensano au début de la crise apportent également des réponses à de nombreuses questions pertinentes sur le plan clinique, politique et de la recherche. L'analyse des chiffres normalisés de mortalité en est un bon exemple. En combinant les données agrégées des hôpitaux avec les données du *Clinical Survey*, il a été possible de corriger les analyses en fonction des caractéristiques des patients (p. ex. l'âge, le sexe, les comorbidités), des traitements et des hôpitaux.

Ainsi, par exemple, sur la base des analyses de Sciensano, il est apparu que la création de lits de soins intensifs supplémentaires (en plus de la capacité normale) allait de pair avec une augmentation de la mortalité hospitalière (normalisée en fonction des facteurs de risque des patients). L'hypothèse est que les mêmes normes de qualité ne peuvent pas être appliquées aux capacités supplémentaires créées (p. ex. personnel moins expérimenté en soins intensifs). Sur la base de ces résultats, le comité HTSC a ajusté son plan de capacité de pointe en vue d'une deuxième vague, en cherchant à utiliser au maximum la capacité de soins intensifs existante au niveau national par des transferts de patients, avant de créer une capacité supplémentaire de soins intensifs.

Un autre exemple est l'analyse de la durée de séjour des patients admis dans un service de soins intensifs (voir ci-dessus). Ces informations ont pu être incluses dans les modèles de prévision de la capacité hospitalière.

La capacité du comité HTSC pour répondre à ces questions politiques et cliniques connait néanmoins des limites, ce qui a un impact sur le délai entre la question et la réponse, ainsi que sur le nombre de sujets qui peuvent être traités.

Pour plus de détails à ce sujet, reportez-vous au Chapitre 4 du rapport scientifique.

4.3. Disponibilité et utilisation accrue des données, mais encore améliorable

Au début de la crise, beaucoup de données importantes étaient clairement manquantes. Depuis lors, le comité HTSC, Sciensano et les hôpitaux ont consenti des efforts majeurs pour améliorer leur disponibilité et leur qualité, comme le montrent les exemples ci-dessus.

Tableaux de bord pour le comité HTSC et rapports de feedback pour les hôpitaux

Parmi les initiatives été prises récemment, le SPF Santé publique a développé un **tableau de bord** (*dashboard*) que le comité HTSC peut désormais consulter. Ce tableau de bord donne un aperçu de l'occupation des lits par des patients COVID-19 (en soins intensifs et dans d'autres services), avec des mises à jour quotidiennes, et ce au niveau des hôpitaux, des réseaux hospitaliers, des provinces, des régions et du pays. Il comprend en outre des prévisions à court (14 jours) et à long terme. De plus, Sciensano a commencé à fournir aux hôpitaux un **feedback** sur les données qu'ils ont fournies, ce qui leur permet de comparer leurs données (p. ex. durée de séjour, mortalité normalisée) avec des références nationales.

La procédure d'accès aux données peut encore être améliorée

Les chercheurs peuvent désormais **accéder aux données** via une procédure de demande officielle. Toutefois, nos entretiens avec des chercheurs laissent à entendre que ce processus est souvent laborieux et qu'il gagnerait à être assoupli, afin de permettre un accès plus rapide, tout en respectant la protection de la vie privée.

Une réflexion sur les améliorations à apporter aux systèmes de données est nécessaire pour faire face aux défis futurs

Des efforts ont donc déjà été entrepris pendant la crise COVID-19 pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des données. Toutefois, les systèmes actuels pourraient encore être complétés par certains éléments pointés comme manquants par les répondants, comme le bien-être du personnel, l'absentéisme pour cause de maladie, et le ratio patients-infirmier. Dès que le nombre d'admissions COVID-19 diminuera pendant une période plus longue, il serait donc intéressant d'examiner les changements structurels à introduire dans les systèmes de données afin de mieux préparer notre pays à une éventuelle prochaine crise (p. ex. extraction automatique des données, suivi en temps réel des patients, du taux d'occupation des lits et des résultats de santé, interopérabilité des systèmes de données en tenant compte du principe *'only once'*).

4.4. Lacunes également constatées dans d'autres pays

Les problèmes rencontrés en Belgique en matière d'enregistrement des données et d'instruments de suivi ont également été identifiés dans les pays étudiés (Allemagne, Pays-Bas, Angleterre et Italie). Là aussi, il a été demandé à une organisation scientifique de mettre en place un système de suivi quotidien de l'impact épidémiologique de la COVID-19 sur le nombre de nouveaux cas et la mortalité. Des systèmes ont également été mis en place pour surveiller les hospitalisations (ainsi que les admissions aux soins intensifs) de patients COVID-19, ainsi que souvent, en parallèle, un autre système pour surveiller la disponibilité des lits (non intensifs et intensifs). Ces systèmes de surveillance ont parfois été développés à partir de systèmes déjà existants, ou développés *de novo* au niveau national, régional ou aux deux niveaux.

Chaque pays étudié a signalé des **problèmes de fonctionnement de ses systèmes de surveillance** et, partout, des **ajustements ont été nécessaires dans le courant de la crise**. Chaque pays a également déploré le manque d'aperçu adéquat de la capacité hospitalière (disponible). Partout aussi, une partie des systèmes de surveillance a été rendue obligatoire.

Les évaluations réalisées jusqu'à présent dans d'autres pays préconisent toutes des systèmes de suivi plus perfectionnés, basés sur des données en temps réel concernant le nombre d'admissions (en soins intensifs et non intensifs), le nombre de lits (intensifs et non intensifs) disponibles, les durées de séjour et le nombre de recours à des équipements tels que respirateurs et ECMO.

La communauté scientifique internationale a réagi dès l'émergence de la COVID-19 en développant, entre autres, des modèles et des instruments de planification des capacités hospitalières. Le Chapitre 8 du rapport scientifique donne un aperçu détaillé de huit modèles et instruments de planification sélectionnés.

5. GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE

L'un des principaux rôles du comité HTSC consiste à surveiller l'équilibre entre la capacité hospitalière et le nombre de patients COVID-19 à hospitaliser et, le cas échéant, à faire transférer les patients vers des hôpitaux disposant encore de capacité. Pendant toute la durée de la crise COVID-19, le comité a élaboré et modifié des plans de gestion de cette capacité hospitalière (supplémentaire) ('plans de capacité de pointe') et les a transmis aux hôpitaux. Afin de comprendre et d'évaluer ces mesures et la réponse des hôpitaux, nous décrivons d'abord brièvement la capacité hospitalière telle qu'elle était avant le début de la pandémie.

5.1. Capacité hospitalière avant la pandémie

De précédents rapports du KCE ont abordé les forces et les faiblesses du système de santé belge en général et du secteur hospitalier en particulier. La capacité hospitalière avant le déclenchement de la pandémie peut être résumée comme suit.

De nombreux hôpitaux et lits

Le paysage hospitalier belge se caractérise par un grand nombre d'hôpitaux et de lits hospitaliers.[16] Alors que les pays de l'OCDE[e] comptent en moyenne 3,7 lits aigus pour 1 000 habitants, la Belgique se classe au 6e rang, avec 5 lits aigus pour 1 000 habitants.[17] La Belgique compte 17,4 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants et se situe ainsi à la 4e place, la moyenne des pays de l'OCDE étant de 12 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants. Cette donnée est importante car le service des soins intensifs est le principal goulot d'étranglement du traitement des patients COVID-19 les plus sévèrement atteints. Il convient toutefois de toujours faire

[e] Le nombre de pays de l'OCDE inclus dans le calcul de la moyenne n'est pas identique partout dans la section 5.1.

preuve de prudence lors de la comparaison de telles données au niveau international.

Le taux d'occupation est un autre indicateur. Un système hospitalier avec un taux d'occupation élevé peut plus difficilement répondre à une augmentation imprévue du nombre de patients. Le taux d'occupation moyen pour les pays de l'OCDE est de 75,2 %. Avec un taux d'occupation moyen de 81,8 % pour les lits aigus (y compris les lits psychiatriques), la Belgique se classe également au 6e rang.

Mais peu d'infirmiers au chevet des patients...

La Belgique compte 11 infirmiers en activité pour 1 000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 8,8 infirmiers.[17] Malgré cela, le nombre de patients par infirmier dans les hôpitaux aigus semble être parmi les plus élevés d'Europe : en 2019, un infirmier travaillant dans un service hospitalier général devait s'occuper en moyenne de 9,4 patients.[18] Il n'entre pas dans le cadre de la présente étude d'en explorer les explications possibles (p. ex. un nombre relativement plus élevé d'infirmiers à temps partiel, un nombre plus élevé d'hospitalisations).

... et relativement peu de médecins

Selon le même rapport de l'OCDE, la Belgique compte relativement peu de médecins. Le nombre de médecins en activité est de 3,1 pour 1 000 habitants, alors que la moyenne de l'OCDE est de 3,5 médecins pour 1 000 habitants.

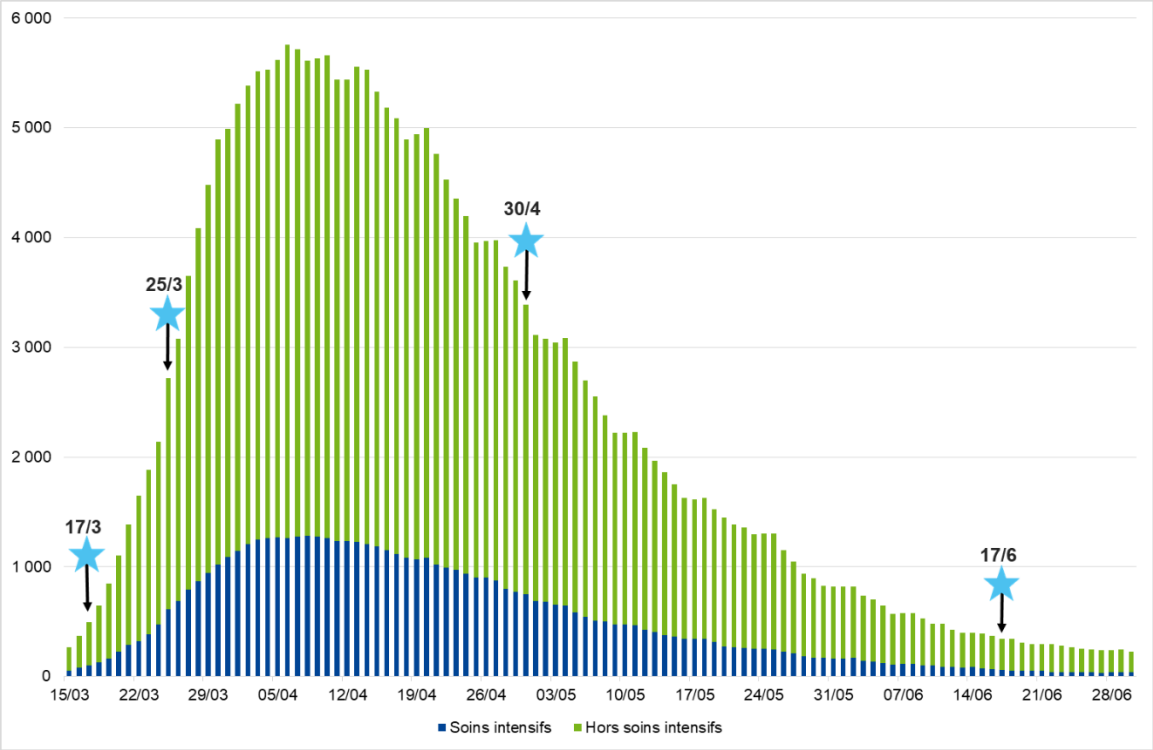
5.2. Capacité hospitalière pendant la pandémie

L'adaptation de la capacité hospitalière au nombre de patients a eu lieu, pendant la première vague de la pandémie, en deux périodes : la **période de confinement**, pendant laquelle une capacité supplémentaire a été créée face à l'épidémie, et la **période de déconfinement,** durant laquelle des mesures ont été prises pour, d'une part, réduire la capacité et, d'autre part, maintenir une capacité en prévision d'éventuelles vagues ultérieures. La période de confinement court de la mi-mars à la fin avril, tandis que la période de déconfinement débute à la fin avril et se termine à la fin juin (voir aussi section 6.2).

Les mesures ont été prises parallèlement à l'évolution du nombre de patients admis. La Figure 2 montre le nombre d'admissions de patients COVID-19 entre mi-mars et fin juin, en faisant la distinction entre les hospitalisations en soins intensifs et les autres.

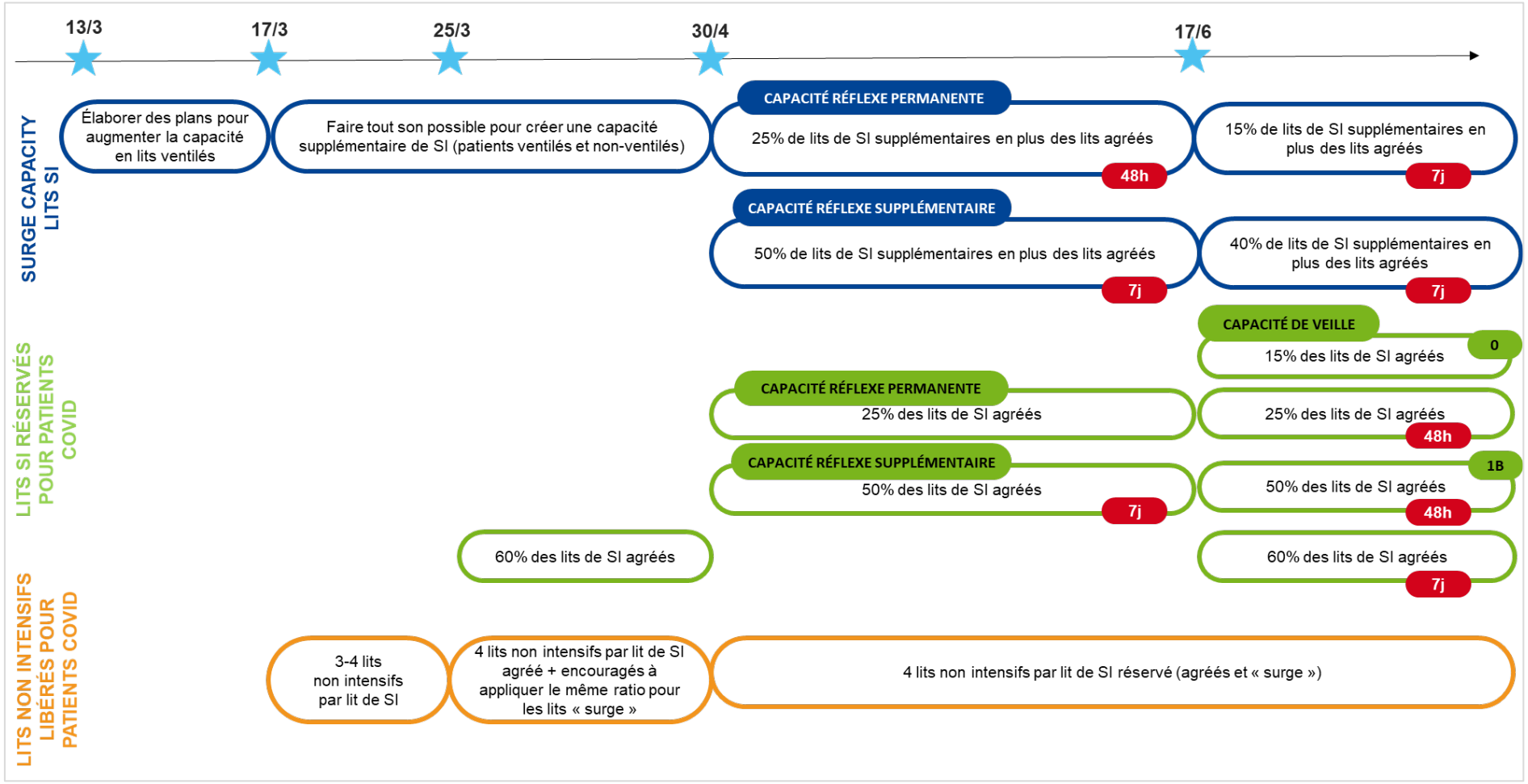
Les mesures prises au cours de chaque période sont représentées à la Figure 3. Le Chapitre 3 du rapport scientifique contient une description détaillée de ces mesures, telles qu'elles ont été communiquées dans les lettres adressées aux hôpitaux. Ces lettres sont marquées d'une étoile bleue dans la Figure 2 et la Figure 3 (en haut de la Figure 3).

Figure 2 – Évolution du nombre d'hospitalisations de patients COVID-19 entre mars et juin 2020



Source : Sciensano (https://epistat.wiv-isp.be/covid/).
Légende : Les étoiles indiquent les dates auxquelles le comité HTSC a pris des mesures, telles qu'indiquées à la Figure 3.

Figure 3 – Planification de la capacité hospitalière entre mars et juin 2020



Les mesures contenues dans la lettre du 30/4 ont également été annoncées dans (l'annexe à) la lettre du 24/04.SI = soins intensifs.

5.2.1. Admissions à l'hôpital militaire (février 2020)

Avant que les plans de capacité de pointe ne soient disponibles, la ministre de la Santé publique avait demandé à l'hôpital militaire Reine Astrid de mettre en quarantaine les citoyens belges revenant de Wuhan. Lorsque le comité HTSC s'est mis en place au début du mois de mars 2020, et qu'il est devenu évident que la capacité des soins intensifs serait le goulot d'étranglement, l'hôpital militaire a pris en charge le plus possible de grands brûlés des autres hôpitaux afin de libérer des lits de soins intensifs dans les hôpitaux aigus.

5.2.2. Élaboration du 'plan Hospital & Transport Surge Capacity' (début mars 2020)

Au cours de la première semaine de mars 2020, le Comité scientifique coronavirus a élaboré le plan '*Hospital & Transport Surge Capacity*', en concertation avec la DG Soins de santé du SPF Santé publique. Ce plan comportait quatre phases :

- Phase 1 (nombre de patients limité) : deux hôpitaux de référence admettent les patients COVID-19
- Phase 2 (davantage de patients) : les hôpitaux de référence et les hôpitaux universitaires admettent des patients COVID-19
- Phase 3 : tous les grands hôpitaux (> 550 lits) admettent des patients COVID-19
- Phase 4 : tous les hôpitaux admettent le plus grand nombre possible de patients COVID-19 et activent leur plan d'urgence (PUH).

Alerté par la situation dans le nord de l'Italie, le comité HTSC a décidé, dès le 14 mars, d'activer la phase 4 : tous les hôpitaux devaient libérer de la capacité et créer de la capacité supplémentaire. La capacité libérée ou supplémentaire n'a toutefois pas été la même dans tous les hôpitaux, comme l'a également montré une analyse de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) : 63 % des patients COVID-19 hospitalisés en soins intensifs l'ont été dans des hôpitaux qui totalisent 50 % des lits de soins intensifs agréés.[19]

5.2.3. Augmenter la capacité pendant le confinement (mars-avril 2020) n'a pas été faisable partout de la même manière

En mars-avril 2020, notre pays a connu une période de confinement, car le nombre d'admissions COVID-19 augmentait considérablement.

Le 13 mars, le comité a demandé aux hôpitaux d'augmenter le nombre de lits équipés pour la ventilation des patients, par exemple en libérant des salles d'opération et des unités de soins post-anesthésiques. Le 17 mars, les hôpitaux ont dû créer des lits de soins intensifs supplémentaires, libérer des lits non intensifs à raison de 3 à 4 lits par lit intensif, et faire sortir les patients le plus rapidement possible. Le 25 mars, il a été demandé aux hôpitaux de réserver 60 % de leurs lits intensifs agréés pour les patients COVID-19 et de prévoir 4 lits non intensifs pour les patients COVID-19 par lit intensif agréé. À cette fin, les soins médicaux réguliers et les soins chirurgicaux planifiés ont été reportés. Nous y consacrons un chapitre distinct (Chapitre 6).

Les plus petites structures hospitalières ont trouvé ces mesures plus difficilement réalisables que les grands hôpitaux. Réserver 60 % de leurs lits de soins intensifs aux patients COVID-19 signifiait *de facto* réserver tout le service de soins intensifs. Les autres admissions à l'hôpital n'étaient dès lors plus possibles, ou des lits intensifs supplémentaires ont dû être créés. Cela peut expliquer pourquoi la proportion d'utilisation de lits de soins intensifs (tant les lits agréés que les lits supplémentaires créés) a été plus faible dans les petits hôpitaux que dans les plus grands.

De même, la mesure consistant à prévoir 3 à 4 lits non intensifs par lit intensif n'a pas non plus été possible dans la même mesure dans tous les hôpitaux. Pour les hôpitaux disposant, par exemple, d'un grand nombre de lits consacrés à des patients atteints de cancer, il était difficile de libérer cette capacité sans nuire à ces patients. Les petits hôpitaux ont très rapidement dû convertir une grande partie de leurs services en services COVID, tandis que les plus grands hôpitaux ont pu conserver relativement plus de services non-COVID. C'est pourquoi cette mesure a souvent été considérée comme trop radicale.

À partir du 26 avril, la capacité supplémentaire a pu être créée au niveau des réseaux locorégionaux. Cela a permis que les plus grands hôpitaux fournissent (une partie de) la capacité de soins intensifs nécessaire pour les patients COVID-19, afin que les plus petits hôpitaux puissent poursuivre les autres activités dans leurs services de soins intensifs.

Notre enquête a montré que la stratégie la plus couramment utilisée pour créer des capacités supplémentaires de soins intensifs a consisté à utiliser les unités de soins post-anesthésiques et/ou les salles de réveil (66 % des hôpitaux), suivis des services de 'middle care' (47 %) et des salles d'opération (21 %). Afin de pouvoir séparer les patients COVID et non-COVID, le nombre de lits dans les services de soins intensifs existants a été augmenté (39 % des hôpitaux) et des modifications architecturales mineures ont été apportées (40 % des hôpitaux).

5.2.4. Capacité hospitalière en période de déconfinement

La période déconfinement a commencé à la fin avril 2020, car, à cette époque, le nombre d'admissions COVID-19 a commencé à diminuer progressivement. Le comité HTSC et les hôpitaux ont entamé la reprise des soins planifiés et la planification d'éventuels futurs pics de COVID-19.

Le 24 avril, le comité a décidé de réduire la capacité supplémentaire. Dans une première phase, les hôpitaux ont dû prévoir une capacité réflexe permanente de lits intensifs pour patients COVID-19. Cette capacité représentait (A) 25 % de leurs lits intensifs agréés (indiqués en vert à la Figure 3) et (B) 25 % de lits intensifs supplémentaires devant être opérationnels dans les 48 heures (indiqués en bleu à la Figure 3). En outre, une réserve permanente de lits non intensifs était requise, égale à au moins 4 fois la somme de (A) et (B). Enfin, il a été demandé aux hôpitaux de s'assurer qu'ils pourraient, dans une deuxième phase, doubler si nécessaire la capacité susmentionnée dans les 7 jours. Le 30 avril, il a été stipulé que les hôpitaux devraient, dans une troisième phase, être en mesure de tripler la capacité de la première phase.

Les hôpitaux ont trouvé les mesures « lits non intensifs équivalant à 4 fois la somme de (A) et (B) » et « capacité réflexe supplémentaire en 7 jours » irréalisable, étant donné que cette capacité devait être partagée avec les soins planifiés et autres soins reportés. Ils auraient préféré une approche plus flexible dans laquelle ils libèreraient rapidement les lits non intensifs nécessaires pour des patients COVID-19 dès qu'un besoin urgent s'en ferait ressentir.

5.3. Préparation à une prochaine vague et aux crises futures

Adapter les mesures à la situation locale le plus longtemps possible

Alors qu'il n'y avait probablement pas d'alternative lors de la première vague (pénurie d'équipements de protection individuelle, nombreux facteurs inconnus, etc.), de nombreux répondants ont indiqué que, à l'avenir, les mesures devaient être proportionnelles à la demande de capacité hospitalière dans une zone géographique donnée. En effet, l'arrêt de toutes les activités médicales non urgentes a eu un impact important sur la santé des patients et sur les revenus des médecins et des hôpitaux. La première vague a permis de tirer des enseignements précieux sur les équipements de protection individuelle et la capacité de test en cas de nouvelles situations de crise, et les hôpitaux sont désormais aménagés de manière à pouvoir séparer les flux de patients en toute sécurité.

Explorer de nouveaux modèles de soins permettant d'organiser la capacité pour les futures pandémies

Au cours des entretiens, plusieurs suggestions ont été faites concernant de **nouveaux modèles de soins** permettant d'augmenter la capacité, comme le développement d'un programme de soins pour la prévention, le traitement et la revalidation des infections des voies respiratoires, ou l'expansion de la capacité existante de lits L (lits pour les maladies infectieuses), ou encore la constitution d'une capacité hospitalière nationale de crise (répartie sur plusieurs hôpitaux). En outre, il a été proposé que le personnel médical et infirmier d'autres disciplines (mais connexes) bénéficie d'une **formation** (et de formations continues à intervalles réguliers) afin de pouvoir travailler en soins intensifs.

5.4. Personnel de soins : déterminant pour la création d'une capacité suffisante

5.4.1. Très peu de mesures explicites du comité HTSC pour le personnel

Pour la création d'une capacité supplémentaire en termes de lits, il est essentiel que du personnel de soins compétent soit disponible en suffisance. Ce défi de taille a presque entièrement reposé sur les épaules des hôpitaux. Les mesures du comité HTSC relatives à la capacité de pointe portaient en effet surtout sur la création d'une capacité en termes de lits (de soins intensifs) supplémentaires, et beaucoup moins sur la mobilisation de personnel et de matériel supplémentaires.

La seule mesure explicite que le comité a prise à cet égard a été adoptée le 20 mai. Celle-ci précisait que, pour les lits de soins intensifs supplémentaires créés, les hôpitaux devaient répondre aux mêmes normes de personnel que pour les lits de soins intensifs agréés. Par contre, rien n'était précisé quant à la manière de mettre en œuvre cette mesure. Il ressort de notre enquête menée auprès des hôpitaux que 70 % des répondants jugeaient cette mesure irréalisable. Les hôpitaux alignent en effet le nombre de lits opérationnels et les effectifs aux soins intensifs sur le nombre de lits financés par le budget hospitalier. Le nombre de lits opérationnels aux soins intensifs peut donc être inférieur au nombre de lits agréés. Les effectifs étant basés sur les lits opérationnels, une augmentation jusqu'au niveau des lits agréés n'est généralement pas possible, étant donné que l'on dispose de trop peu de personnel infirmier expérimenté en soins intensifs. C'est la raison pour laquelle des équipes mixtes ont été mobilisées aux soins intensifs (voir ci-dessous).

5.4.2. Les hôpitaux ont dû chercher eux-mêmes des prestataires de soins supplémentaires pour leurs soins intensifs

Grâce à l'arrêt des soins médicaux de routine, les hôpitaux ont pu libérer du personnel pour les patients COVID-19 en dehors du service de soins intensifs. En revanche, ce fut moins facile pour les patients en soins intensifs, dans la mesure où ces soins nécessitent une expertise spécifique.

Quatre-vingt-quatre pour cent des hôpitaux interrogés (52/62) ont mobilisé du **personnel infirmier** provenant d'autres services mais détenant des connaissances en soins intensifs (p. ex. urgences, quartier opératoire). Par ailleurs, 47 hôpitaux (76 %) ont constitué des équipes mixtes composées de personnel infirmier avec et sans expertise en soins intensifs. Trente-deux hôpitaux (52 %) ont fait appel à d'ancien(ne)s infirmiers(-ères) ayant une expertise en soins intensifs, et 29 (47 %) ont mobilisé au service de soins intensifs du personnel infirmier d'unités générales. Seuls 10 hôpitaux (16 %) ont eu recours à des étudiants.

Les hôpitaux ont eu moins de difficultés à trouver des **médecins** ayant une expertise en soins intensifs. Les grands hôpitaux ont mobilisé des médecins issus de services liés aux soins intensifs, tandis que les plus petits dépendaient davantage de médecins provenant de services généraux. Dans 23 hôpitaux (37 %), surtout de grands hôpitaux ou des hôpitaux universitaires, des spécialistes en formation ont également été mobilisés au service de soins intensifs.

Notre **comparaison internationale** montre que trouver suffisamment de prestataires de soins suffisamment qualifiés pour doter les lits supplémentaires en personnel a aussi constitué l'un des principaux problèmes rencontrés à l'étranger.

Les hôpitaux ont également dû mobiliser du personnel supplémentaire dans d'**autres domaines**, comme le nettoyage (48 hôpitaux – 77 %), l'entretien technique (31 hôpitaux – 50 %) et les laboratoires (20 hôpitaux – 32 %). Il y avait par ailleurs un besoin accru en personnel technique (22 hôpitaux – 35 %), logistique et administratif et en kinésithérapeutes, logopèdes et ergothérapeutes, de même qu'en personnel pour les procédures d'habillage et de déshabillage des prestataires de soins.

5.4.3. Besoin de formations complémentaires

Pour la prise en charge de patients COVID-19, bon nombre de professionnels des soins de santé ont dû suivre une formation complémentaire, allant des compétences les plus basiques (p. ex. prévention et contrôle des infections, utilisation d'équipements de protection individuelle) aux aptitudes les plus avancées (p. ex. soins aux patients gravement malades). Par ailleurs, il a également fallu prêter attention aux formations en leadership, gestion de crise, etc. Durant la première vague, de nombreuses initiatives locales ont été prises en la matière. De nombreux hôpitaux ont proposé une formation au personnel infirmier de services liés aux soins intensifs (39 hôpitaux, soit 69 %), mais moins au personnel infirmier provenant de services généraux (17 hôpitaux, soit 27 %). Les hôpitaux ont également dispensé des formations aux médecins.

À l'avenir, il conviendrait d'unir les forces et un certain nombre d'initiatives, de manière à proposer des formations et des instruments de formation encore meilleurs, plus efficientes et plus harmonisés. Cela requiert une action de la part des autorités publiques, des universités, des hautes écoles et des hôpitaux.

5.4.4. Impact de la pandémie sur le bien-être et la santé du personnel

La valeur sociale des prestataires de soins a été clairement démontrée durant la pandémie. Ceux-ci ont prodigué des soins à des patients gravement malades ou en fin de vie dans des conditions difficiles, en risquant d'être infectés à leur tour et donc de tomber eux aussi gravement malades. Les résultats de notre étude et de celles réalisées par d'autres organisations montrent que la pression exercée sur les prestataires de soins ne doit pas être sous-estimée.

Le coût émotionnel de la COVID-19

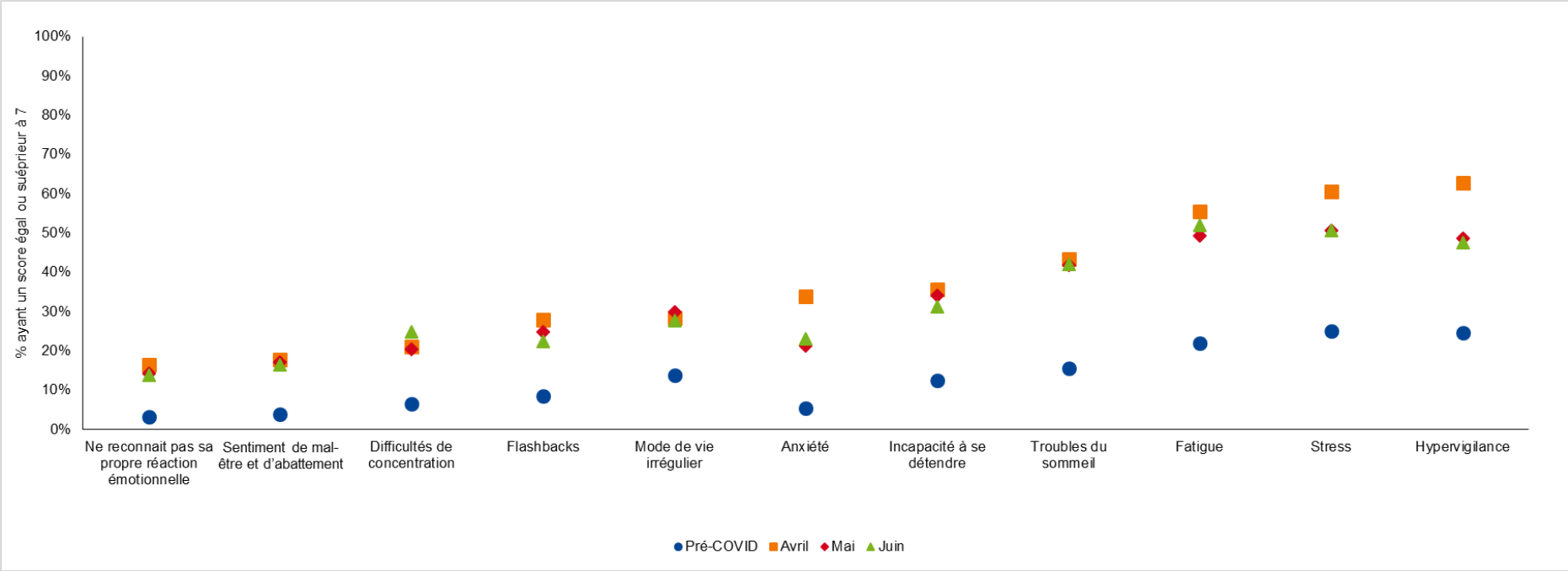
L'initiative « De ZorgSamen » (voir Encadré 2) a mené une enquête en ligne auprès de tout le personnel du secteur flamand relatif à la santé et au bien-être sur l'impact de la COVID-19 sur le psychisme, le fonctionnement professionnel et le vécu. Nous représentons les résultats pour l'impact psychique sur le personnel hospitalier à la Figure 4. Pour l'impact sur le fonctionnement professionnel et le vécu, nous renvoyons au Chapitre 6 du rapport scientifique.

Encadré 2 – De ZorgSamen

« De ZorgSamen » est une initiative de Zorgnet-Icuro, la coupole flamande des hôpitaux et autres organisations de soins. Au sein du groupe de travail « COVID-19 Zorg », l'initiative a évolué vers une plateforme en ligne pour tout le secteur flamand relatif à la santé et au bien-être, avec de nombreux partenaires (p. ex. universités, organismes publics, organisations à but non lucratif).

L'un des partenaires (le *Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid* (LIGB), ou Institut pour la politique de soins de santé, de la KU Leuven) a lancé une enquête en ligne afin de suivre régulièrement le bien-être du personnel du secteur relatif à la santé et au bien-être. La participation était volontaire et anonyme et s'adressait autant aux employés qu'aux dirigeants.[20, 21] Trois mesures ont été réalisées, chacune restant en ligne durant quatre jours. Le nombre de participants (personnel hospitalier uniquement) était de 903 en avril, 506 en mai et 609 en juin.

Figure 4 – Pourcentage de personnel hospitaliers ayant un score 7 ou plus sur 10 pour 11 réactions psychiques personnelles



Source : Vanhaecht K. (2020)[21]

Afin d'étudier l'impact psychique de la COVID-19 sur le personnel hospitalier, une liste de 11 réactions psychiques personnelles (voir Figure 4) leur était présentée. En avril 2020, toutes ces réactions ont augmenté par rapport à la situation « normale » pré-COVID-19.

Trois **réactions de stress** aigu (anxiété, stress, vigilance accrue) ont connu une hausse en avril 2020, puis ont de nouveau baissé en mai et juin pour revenir à un niveau encore nettement supérieur à la « normale ». C'est pour l'anxiété que la différence la plus marquée entre la période pré-COVID et le mois d'avril a été constatée. En avril, ce score était le plus marqué chez le personnel infirmier (non visible dans la Figure 4) : là où 5 % du personnel infirmier éprouve 'normalement' de l'anxiété, le pourcentage a grimpé à 57 % en avril (34 % en mai, 24 % en juin). Cette hausse était moins prononcée pour les autres membres du personnel hospitalier.

Les dimensions liées à la **pression prolongée** (fatigue, troubles du sommeil, sentiment de mal-être et d'abattement, difficultés de concentration) ont toutes augmenté en avril et sont restées plus ou moins au même niveau en mai et en juin.

Les entretiens menés pour cette étude par le KCE montrent que le personnel médical et infirmier des services COVID était très impliqué et disposé à prester davantage d'heures (temps plein au lieu de temps partiel, annulation des congés, heures supplémentaires, etc.). L'enquête du comité HTSC et du SPF Santé publique[f] a elle aussi montré la flexibilité, la motivation et le professionnalisme des prestataires de soins. Les participants à nos entretiens ont toutefois déclaré que le personnel médical et infirmier avait sous-estimé la durée de l'épidémie, courant ainsi un risque de surmenage et d'épuisement. Dans certains hôpitaux, des psychologues ont été mobilisés afin de soutenir le personnel, mais cela ne semble pas avoir été une politique générale. Globalement, trop peu d'attention aurait été portée à l'impact psychosocial de la crise de la COVID-19 sur le personnel hospitalier et au soutien psychosocial. La durée et la gravité de la crise nécessitent néanmoins que des initiatives soient développées (p. ex. par les hôpitaux et les fédérations hospitalières, avec le soutien des autorités publiques) en vue de soutenir le bien-être psychosocial du personnel de soins.

Risque accru de burnout

L'anxiété, le stress et d'autres problèmes psychiques peuvent conduire à un burnout ou à un abandon de la profession. Selon une enquête de SIZ Nursing (voir Encadré 3), le risque de burnout était élevé au début de la pandémie : 45 % des répondants avaient un risque accru de perte d'accomplissement personnel, 46 % un risque accru de déshumanisation et 57 % un risque accru d'épuisement émotionnel. Globalement, 71 % des répondants présentaient un risque accru pour au moins une des trois dimensions.[22] Pas moins de 70 % du personnel infirmier ont fait état d'une pression de travail accrue depuis le début de la pandémie. Cette pression accrue a également été confirmée par une mesure de la charge de travail dans cinq services de soins intensifs pour patients COVID-19.[23] De plus, la perception de cette hausse de la pression de travail s'est révélée significativement associée au risque de burnout.[22] Le travail en unité COVID-19 et le décès de patients COVID-19 s'accompagnaient également d'un risque accru de burnout.

[f] Le comité du HTSC a envoyé une enquête aux hôpitaux portant sur le PUH et le fonctionnement du comité. Les résultats ont été traités par les experts du SPF Santé publique. Le KCE a pu utiliser ces résultats dans la présente étude.

Encadré 3 – Enquête sur le bien-être du personnel infirmier francophone en Belgique

Le 21 avril, SIZ Nursing, l'association francophone des infirmiers de soins intensifs, a lancé une enquête sur le bien-être du personnel infirmier. Au total, 4 552 infirmiers francophones y ont participé (29 % de la Région de Bruxelles-Capitale et 71 % de la Région wallonne).[22] La plupart des répondants travaillaient dans un service de soins intensifs (environ 28 %), dans un service de médecine interne générale ou de chirurgie (environ 23 %) ou dans les soins à domicile (14 %). D'autres lieux de travail étaient les unités COVID, les maisons de repos, les services psychiatriques, les urgences, les centres de revalidation, les salles d'opération, les services médico-techniques et les soins ambulatoires. Le risque de burnout a été mesuré à l'aide de trois dimensions : épuisement émotionnel, déshumanisation et perte d'accomplissement personnel (Maslach Burnout Inventory).[24]

5.4.5. Le bien-être du personnel, préoccupation majeure des hôpitaux et des politiques

Notre enquête menée auprès des hôpitaux a montré que la grande majorité des hôpitaux étaient préoccupés par le bien-être de leur personnel infirmier et autre personnel de soins (98 %), de leurs médecins (93 %) et de leur personnel non soignant (93 %). Par ailleurs, 50 des 60 hôpitaux interrogés (83 %) étaient également préoccupés par les absences pour cause de maladie. Notre enquête a été réalisée durant la première quinzaine du mois de septembre 2020. Depuis lors (novembre 2020), cette dernière préoccupation s'est encore accentuée car les hôpitaux sont à présent confrontés à un absentéisme de 20 à 30 %, et certains même à des pics pouvant atteindre 40 % (une analyse des causes de l'absentéisme dépasse le cadre de cette étude).[25]

La prise de conscience de la grande importance sociale des prestataires de soins durant la crise COVID-19 s'est aussi traduite par des actions politiques récentes dans notre pays, en particulier dans le secteur hospitalier. En juin 2020, le budget hospitalier a été structurellement augmenté de 300 millions d'euros de façon à permettre aux hôpitaux de recruter davantage de personnel (infirmiers, aides-soignants et personnel auxiliaire) et au personnel infirmier de consacrer ainsi plus de temps à la prise en charge des patients. Par ailleurs, un accord a été conclu entre les partenaires sociaux afin d'améliorer les conditions de travail (surtout le salaire) du personnel infirmier, ce qui revient à une augmentation budgétaire structurelle de 600 millions d'euros. Dans l'attente des effets concrets de cet accord social, une prime unique a également été octroyée pour 2020 au personnel de soins des organisations dépendant du niveau fédéral.

6. ARRÊT ET REPRISE DES SOINS RÉGULIERS

6.1. Durant le confinement, seuls les soins urgents et nécessaires étaient possibles

Comme dans bon nombre de pays, les soins médicaux réguliers et les soins chirurgicaux électifs non urgents ont été annulés ou reportés dans les hôpitaux belges, ce qui a permis de libérer de la capacité en vue d'accueillir le nombre croissant de patients COVID-19.

La communication du comité HTSC laissait place à l'interprétation

Le 13 mars, le comité HTSC faisait savoir que les hôpitaux devaient arrêter l'ensemble des consultations, examens et interventions planifiés à partir du 14 mars. Les activités urgentes et nécessaires pouvaient en revanche être maintenues, à l'instar de toutes les thérapies vitales (comme la chimiothérapie ou la dialyse) ou les revalidations nécessaires. Il ressort des entretiens que cette mesure drastique a bénéficié d'un soutien général, étant donné que l'on souhaitait créer une capacité hospitalière et de soins intensifs suffisante et supplémentaire pour les patients COVID-19, suite aux images catastrophiques en provenance de l'étranger (comme le manque de capacité hospitalière dans le nord de l'Italie). Il a cependant longtemps régné un flou autour de la définition exacte des soins urgents ou nécessaires.

Le 16 avril, il a été précisé quels soins étaient suffisamment essentiels pour être poursuivis, comme le traitement des maladies chroniques dont la suspension entraînerait une détérioration irréversible ou inacceptable de l'état de santé, le traitement des affections psychiques aigües, et les soins préventifs tels que les vaccinations et le dépistage néonatal.

Reprise progressive des soins réguliers

Le 30 avril, le comité a communiqué aux hôpitaux des guidelines pour une reprise progressive des soins réguliers. Il leur était demandé d'analyser tous les soins reportés et de donner la priorité aux patients ayant les besoins en soins les plus importants. Afin de soutenir les cliniciens individuels, le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS) a établi, pour chaque spécialité, un liste (dynamique) des degrés d'urgence.[26]

L'impact de l'épidémie sur l'hôpital et le personnel a influencé le rythme auquel les hôpitaux ont repris leurs activités régulières. Les hôpitaux des régions gravement touchées ont souvent connu un redémarrage plus lent, étant donné que le personnel n'avait pas suffisamment récupéré et qu'un nombre relativement élevé de lits étaient encore occupés. Mais cela n'a pas été le cas partout : certains hôpitaux ont repris plus rapidement leurs activités régulières, notamment afin de limiter les pertes de revenus pour l'hôpital et les médecins. Lors de nos entretiens, ils ont reconnu n'avoir pas suffisamment tenu compte de l'impact négatif potentiel sur le bien-être de leur personnel infirmier, lourdement affecté par la crise (voir section 5.4.4).

À l'avenir, adapter aussi longtemps que possible l'arrêt des activités à la situation épidémiologique locale

Les répondants du secteur hospitalier et le comité s'accordent sur le fait que la réduction des soins réguliers doit à l'avenir se dérouler de manière phasée et en fonction de la situation épidémiologique locale. Cela aurait moins d'impact sur la santé publique, les hôpitaux (budget, organisation, etc.), les revenus et le fonctionnement des médecins, et éviterait des débats entre médecins-chefs et corps médical.

6.2. Impact de la COVID-19 sur les soins hospitaliers réguliers

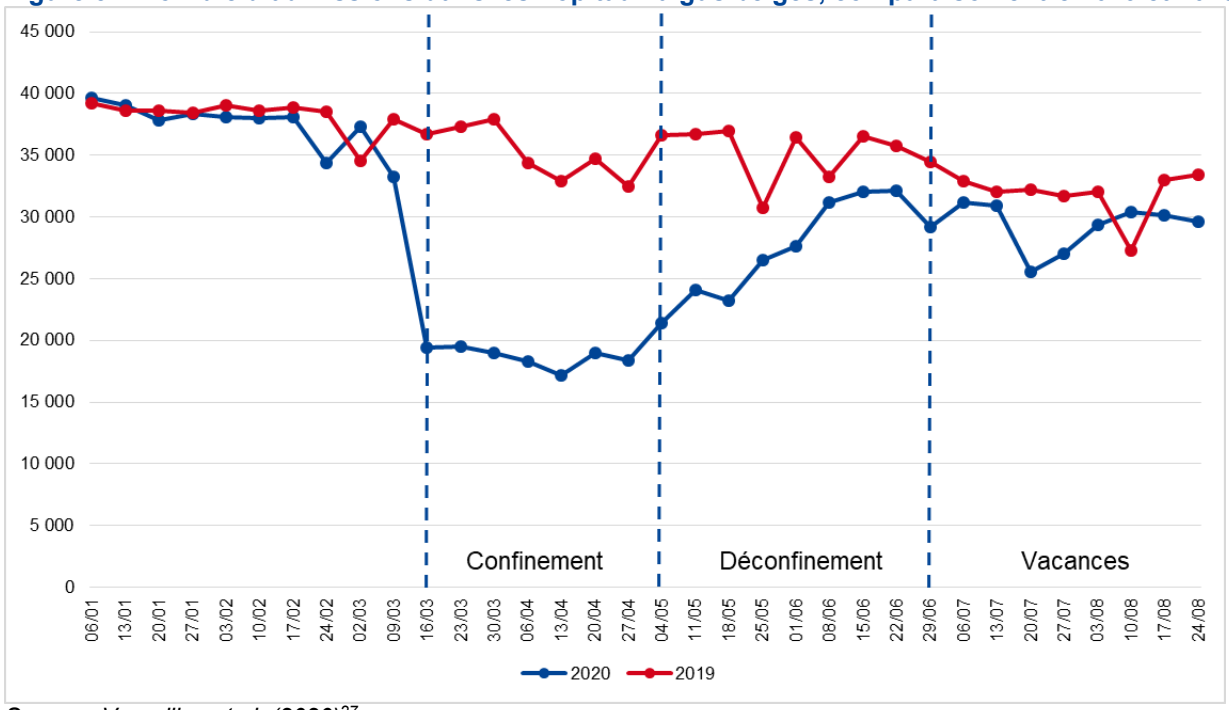
À ce stade, il est impossible de déterminer l'impact global de la première vague de la pandémie (mars-juin 2020). Nous disposons toutefois de quelques résultats concernant le volume et le type des soins qui ont été reportés, ainsi que l'impact sur les patients. L'INAMI et l'Agence InterMutualiste (AIM) ont analysé l'activité hospitalière durant la première vague de la pandémie (et ultérieurement). Vous trouverez une description détaillée de ces analyses au Chapitre 6 du rapport scientifique.

6.2.1. Différences majeures entre les hôpitaux dans la suspension de leurs activités régulières

L'AIM a comparé toutes les hospitalisations intra-muros dans les hôpitaux aigus durant la période allant du 6 janvier au 30 août 2020 (semaines 2 à 35 incluses) avec la même période en 2019.[27] Les données ne permettaient pas d'opérer une distinction entre les patients COVID-19 et non COVID-19.

À partir de la semaine 11 (9 mars), une différence entre 2019 et 2020 est perceptible (voir Figure 5). Pendant la période de confinement (semaines 12-19 : du 16 mars au 4 mai), l'activité hospitalière était en moyenne 47 % plus faible en 2020 qu'en 2019. Durant la période de déconfinement (semaines 19-27 : du 4 mai au 29 juin), la différence était en moyenne de 23 % et, en juillet-août, la différence a continué à diminuer pour atteindre 9 %. Derrière cette image générale se cachent cependant des différences majeures entre hôpitaux. En effet, en période de confinement, la diminution d'activité allait de 31 % à 63 %, pendant la période de déconfinement, de 10 % à 39 % et, durant les vacances d'été, les différences allaient d'une baisse de 33 % à une hausse de 3 %.

Figure 5 – Nombre d'admissions dans les hôpitaux aigus belges, comparaison entre 2019 et 2020, par semaine



Source : Versailles et al. (2020)[27]

6.2.2. Un large éventail d'activités ont été reportées

6.2.2.1. Baisse générale de l'activité, mais surtout en chirurgie et en pédiatrie

Pour la plupart des services hospitaliers, l'AIM a constaté une différence substantielle dans le nombre d'admissions entre la période de confinement et la même période de l'année précédente. Il y a eu une baisse de 66 % en **chirurgie**, de 57 % en **pédiatrie**, de 38 % en **médecine interne** et de 36 % en **gériatrie**. À la fin de la période de déconfinement, le nombre d'admissions en chirurgie, médecine interne et gériatrie avait presque retrouvé le niveau de 2019 mais, en pédiatrie, le nombre d'admissions était encore inférieur de 44 % pendant la période de déconfinement à celui enregistré pendant la même période en 2019.

Une baisse d'activité importante et inattendue a été observée en **néonatalogie** (intensive et non intensive). Par rapport à 2019, le nombre d'admissions en néonatalogie non intensive était 71 % plus faible durant la période de déconfinement et 80 % plus faible en été. Pour la néonatalogie intensive, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 75 % et 83 %. La formulation ou l'analyse d'explications possibles sortent du cadre de cette étude.

Enfin, en **soins intensifs**, le nombre d'admissions a diminué de façon modérée par rapport à 2019 (-16 % pendant la période de confinement, -14 % durant la période de déconfinement et -8 % en été). Les données ne permettant pas de distinguer les patients COVID et non COVID, nous ne sommes pas en mesure de calculer la diminution de l'activité régulière des soins intensifs. Une analyse de l'INAMI a quant à elle montré une augmentation de 40 % des dépenses en soins intensifs en avril 2020 par rapport à avril 2019. Pour les autres services hospitaliers, les dépenses ont baissé de 31 %.[28]

6.2.2.2. Certains soins nécessaires et urgents ont aussi été reportés

Il ressort de l'analyse de l'INAMI que les dépenses pour les soins médicaux urgents ont également sensiblement baissé.[19] Pour les admissions pour accident vasculaire cérébral, elles ont diminué de 19 % en mars et de 16 % en avril. En mai, il y a encore eu une baisse de 2 %, et en juin, une augmentation de 3 %. Pour la nomenclature liée aux infarctus du myocarde, les dépenses ont diminué en mars (-9 %), en avril (-34 %) et en mai (-16 %), tandis que, en juin 2020, il y a eu une hausse de 40 % par rapport à 2019.

L'INAMI a constaté une réduction médiane de 95 % des **interventions chirurgicales** non essentielles en avril. Pour les interventions chirurgicales essentielles, on a cependant aussi observé une diminution médiane notable de 47 %, mais avec de grandes différences entre les interventions et entre les hôpitaux.

En Belgique, 5 725 nouveaux **diagnostics de cancer** sont normalement posés chaque mois (tous cancers confondus, excepté le cancer cutané non-mélanome). Le nombre de nouveaux diagnostics a cependant enregistré une forte baisse en mars et début avril 2020, par rapport à 2019. À partir de la mi-avril, le nombre de nouveaux diagnostics a commencé à repartir à la hausse, pour atteindre à peu près le niveau de l'année précédente à partir du mois de juin.[29] Si l'on compare l'incidence des diagnostics de cancer pour la période allant du 1er mars au 18 septembre 2020 avec la même période en 2019, on observe une baisse d'environ 20 % pour les cancers de la peau, de même que pour les cancers de la vessie, du rein, de la tête et du cou. Pour le cancer de la prostate et les hémopathies malignes (excepté la leucémie aiguë, où la diminution s'est limitée à 2 %), la baisse est d'environ 15 %. Pour les cancers du poumon, du pancréas et de l'œsophage, réputés agressifs, une baisse avoisinant les 10 % a été observée.

L'arrêt temporaire (de la mi-mars à début mai) du **dépistage** du cancer du sein, colorectal et du col de l'utérus a probablement contribué à cette diminution. Pour chaque type de cancer pour lequel un dépistage est organisé, une réduction de l'incidence a été observée en avril 2020. Pour le cancer colorectal, la baisse était de 49 % pour les hommes et de 58 % pour les femmes dans les tranches d'âge ciblées par le dépistage. Une diminution

comparable a été constatée pour le cancer du sein (-51 % dans le groupe cible). Pour le cancer du col de l'utérus, la baisse était de 20 %.[30] Dans l'intervalle, un mouvement de rattrapage a été amorcé, mais ce n'est qu'au niveau du cancer du col de l'utérus que l'effet de la première vague semble être entièrement compensé.[31]

L'analyse de l'INAMI a également révélé un impact de la pandémie sur les **soins oncologiques**. Le nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires a chuté de 35 % en avril 2020 et de 45 % en mai. Les traitements de chimiothérapie sont restés relativement stables en avril, mais ont baissé de 11 % en mai. Ces deux résultats sont peut-être liés à la diminution du nombre de nouveaux diagnostics. La forte baisse (-81 % en avril, -54 % en mai) du nombre d'endoscopies avec biopsies (importantes pour un diagnostic de cancer) confirme cette hypothèse.[19]

Outre l'impact sur les soins aigus, une enquête de la Plateforme flamande des patients (*Vlaams Patiëntenplatform*) a révélé que bon nombre de soins destinés à des patients souffrant d'une maladie chronique ont également été reportés.[32] Ainsi, 81 % des répondants[g] atteints d'une affection chronique signalent que, durant la période allant du 6 mars au 13 avril, des rendez-vous médicaux planifiés à l'hôpital (consultations de suivi auprès du spécialiste médical, examens, consultations post-chirurgicales et autres) ont été annulés. Pour 40 % d'entre eux, le report des soins a eu un impact modéré à grave sur leur état de santé (par exemple, aggravation de la douleur chronique). Une deuxième enquête a démontré que les soins reportés ont repris durant la période de déconfinement, mais que le retard n'a pas pu être rattrapé avant le début de l'été.[33]

[g] 542 personnes souffrant d'une maladie chronique ont participé à l'enquête ; 348 d'entre elles avaient un rendez-vous planifié à l'hôpital au cours de la période allant du 6 mars au 13 avril.

6.2.2.3. Pourquoi des soins ont-ils été reportés ?

Il règne encore un grand flou autour des raisons pour lesquelles des soins ont été reportés. Mais, comme le montrent des analyses internationales, pas plus en Belgique qu'ailleurs la baisse de l'utilisation des soins de santé ne peut s'expliquer par la seule baisse de l'offre (arrêt des soins électifs, etc.). Il ressort de nos entretiens et d'une enquête de la *Vlaams Patiëntenplatform* que la peur éprouvée par les patients et les mesures liées au coronavirus (p. ex. interdiction des déplacements non essentiels, limitation des contacts, etc.) ont sans doute aussi contribué à une baisse de la demande de soins.[32]

6.3. D'autres pays ont aussi dû fixer des priorités de soins

Les systèmes de santé d'autres pays ont eux aussi dû fixer des priorités afin de libérer une capacité hospitalière pour le traitement des patients COVID-19. La *Nuffield Trust* a publié un aperçu des mesures prises dans différents pays afin d'annuler ou de reporter des soins, de prévenir la contamination et de maximiser la capacité des prestataires de soins.[34] Un aperçu comparable est disponible dans l'étude de Panteli (2020) basée sur le COVID-19 *Health Systems Response Monitor* (HSRM) de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.[35] L'intervalle moyen entre le début des restrictions et la date de reprise (d'une partie) des soins réguliers était de 45 jours.[36] Pour la Belgique, il était de 54 jours.

Au Chapitre 7 du rapport scientifique, vous trouverez un aperçu d'une série de mesures appliquées dans les pays que nous avons étudiés. Dans chaque pays, les associations professionnelles ont développé des guidelines assorties de critères pour la poursuite ou non des soins. Chaque médecin conservait cependant la responsabilité de déterminer si une intervention était urgente et indispensable.

6.4. Médecins et hôpitaux ont été indemnisés pour les coûts supplémentaires et la perte de revenus

Diminution de 8 % du chiffre d'affaires par rapport à 2019

La pandémie de COVID-19 a un impact majeur sur la situation financière des hôpitaux. Dans l'analyse MAHA de 2020, l'impact de la COVID-19 sur les revenus et les dépenses des hôpitaux a été analysé, sur la base d'un échantillon de 31 hôpitaux aigus (dont 6 hôpitaux universitaires).[37] Pour ces hôpitaux, les résultats financiers du premier semestre 2020 ont été comparés à ceux de 2019.

La combinaison de coûts supplémentaires (par exemple en raison de l'achat d'équipements de protection) et d'une baisse des recettes (par exemple par ce que moins d'honoraires ont été facturés, impliquant de moindre rétrocessions) au cours du premier semestre 2020 a entraîné une diminution de 8 % de leur chiffre d'affaires par rapport au premier semestre 2019.

Intervention financière des autorités publiques en vue de limiter les dommages subis

Une avance de 2 milliards d'euros a été accordée aux hôpitaux. Parmi ceux-ci, 1 milliard a été versé en avril 2020 (pour les hôpitaux généraux), puis 500 millions en juillet 2020 et 500 millions en octobre 2020, chaque fois pour les hôpitaux généraux et psychiatriques. L'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixe les modalités et le calendrier de la régularisation de ces avances aux hôpitaux et aux médecins et autres prestataires de soins hospitaliers financés par des honoraires.[38] Il tient compte du fait que les coûts hospitaliers dépendent ou non du nombre de patients COVID-19, du nombre de journées d'hospitalisation COVID-19, du type d'unité de soins (soins intensifs ou pas) et du type de soutien en unité de soins intensifs (avec ventilation respiratoire, ECMO ou aucun des deux).

Des montants forfaitaires sont prévus pour les coûts supplémentaires exceptionnels, une compensation (partielle) pour les pertes d'activités, ainsi que les surcoûts pour assurer une capacité supplémentaire aux urgences et dans les soins intensifs. Des dispositions financières ont également été établies pour les médecins spécialistes en formation (MSF).

Nouveaux codes de nomenclature pour les professions de soins

Des mesures supplémentaires ont été prises pour les médecins et autres professions de soins (par exemple la création de nouveaux codes de nomenclature) afin de les soutenir face aux nouvelles prestations de soins et au contexte de soins adapté suite à la COVID-19. Nous renvoyons au site web de l'INAMI (https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/default.aspx) pour un aperçu des mesures prises.

7. IMPORTANCE DE LA COLLABORATION ENTRE HÔPITAUX

7.1. Les réseaux hospitaliers locorégionaux : une première étape vers la collaboration

Les hôpitaux belges sont depuis toujours des établissements autonomes qui se font concurrence et qui proposent chacun une gamme complète de soins, dont des soins très spécialisés et complexes. Sur la base des tendances internationales, une série de réformes ont toutefois été récemment mises en place, notamment la création des réseaux hospitaliers (loi du 28 février 2019).[39] Chaque hôpital aigu est désormais obligé d'adhérer à un réseau dans une zone géographiquement continue (sauf dans les grandes villes). Les hôpitaux d'un même réseau sont censés conclure des accords sur les missions de soins qu'ils exécutent dans le but de tendre vers une complémentarité. Un maximum de 25 réseaux hospitaliers locorégionaux peuvent être créés, avec un maximum de 13 en Région flamande, 8 en Région wallonne et 4 en Région de Bruxelles-Capitale.

7.2. Durant la pandémie, amorce progressive de collaboration au sein des réseaux, mais aussi au niveau provincial

La majorité des hôpitaux qui ont participé à notre enquête (54/58) ont indiqué qu'ils collaboraient déjà, avant la pandémie de COVID-19, avec un ou plusieurs hôpitaux au sein de leur réseau locorégional. Les formes de collaboration les plus souvent rapportées se font sur les aspects cliniques (49 hôpitaux), entre pharmacies hospitalières (33 hôpitaux), entre laboratoires (31 hôpitaux) et au travers d'investissements communs en équipements (28 hôpitaux).

Des réseaux pas (encore) suffisamment matures pour réagir de façon décisive au début de la première vague

Au début de la pandémie, le comité HTSC a fait très rapidement appel à tous les hôpitaux aigus. Nous pouvons déduire de nos entretiens que les hôpitaux se sont alors très fortement repliés sur eux-mêmes et que le rôle des réseaux locorégionaux était encore assez limité. D'après les répondants, les réseaux n'étaient pas encore suffisamment matures et les structures de gestion pas assez flexibles pour pouvoir réagir rapidement et de manière adéquate en situations de crise.

Un rôle accru des réseaux avec le temps

À mesure que la première vague progressait, le comité HTSC a toutefois donné plus de poids aux réseaux dans ses mesures, ce qui a permis la gestion progressive d'une série de problèmes communs, comme le transfert des patients, les échanges d'équipements de protection individuelle et la collaboration autour des activités cliniques.

Des différences régionales ont toutefois été observées dans la forme et le niveau de la collaboration (province, réseau locorégional, etc.). Pendant la première vague, 49 des 56 hôpitaux interrogés (88 %) collaboraient essentiellement avec des hôpitaux du même réseau locorégional. Les raisons indiquées étaient les accords de collaboration existants ou la proximité géographique. Les collaborations en dehors des réseaux répondaient surtout à des problèmes de capacité (p. ex. saturation des lits de soins intensifs au sein du réseau) ou à des besoins spécifiques des patients (p. ex. un dispositif ECMO) auxquels le réseau locorégional ne pouvait pas répondre.

Importance d'une collaboration au niveau provincial dans la gestion d'une crise sanitaire

À la question de savoir quel est le niveau de collaboration le plus adapté durant une crise comme celle de la COVID-19, 50 % (29/58 hôpitaux) ont répondu que c'est le réseau locorégional, alors que 31 % (18/58) ont donné la préférence au niveau provincial et 19 % (11/58) à un autre niveau encore. En effet, en temps de crise, les besoins en capacité dépassent souvent le réseau locorégional. Les provinces sont aussi géographiquement plus homogènes que certains réseaux locorégionaux, ce qui est un avantage pour la maîtrise d'une telle crise. Plusieurs répondants ont proposé une combinaison (p. ex. réseau locorégional et province, province et région) ou ont donné la préférence à une collaboration immédiate au niveau régional ou national.

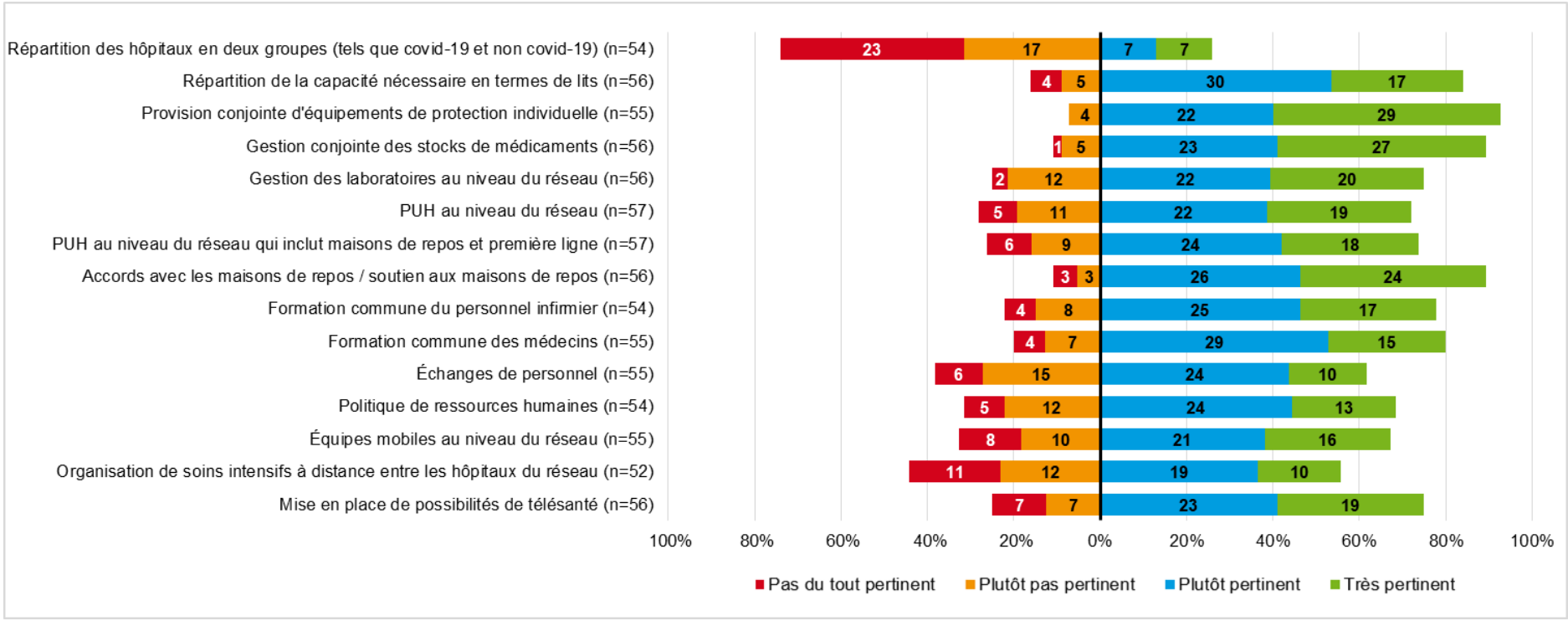
Notre enquête ne portait que sur l'existence ou non de collaborations, mais n'a malheureusement pas permis d'évaluer leur intensité et leur fréquence. Pour les résultats détaillés, nous renvoyons au Tableau 9 du Chapitre 5 du rapport scientifique.

7.3. Développement ultérieur des réseaux locorégionaux dans la gestion d'une crise

7.3.1. Disposition à étendre les mesures au niveau du réseau

Dans notre enquête, nous avons interrogé les hôpitaux sur la pertinence d'une série de mesures qui pourraient être prises au niveau du réseau locorégional afin de gérer une crise comme celle de la COVID-19 (voir Figure 6). La (grande) majorité d'entre eux ont estimé que presque toutes les mesures étaient pertinentes au niveau du réseau, notamment en raison des avantages liés à la plus grande échelle, tels que des économies de coûts et une flexibilité accrue.

Figure 6 – Pertinence perçue des mesures (possibles) au niveau du réseau locorégional durant une crise comme celle de la COVID-19



La gestion conjointe des **équipements de protection individuelle** et des **stocks de médicaments** ont été perçues comme les mesures les plus pertinentes (89 % à 93 %), comme en atteste aussi les collaborations constatées durant la première vague de la pandémie. Par ailleurs, 89 % des répondants (50 hôpitaux sur 54) ont estimé que les accords avec et le soutien aux **maisons de repos** au niveau locorégional étaient une mesure (plutôt ou très) pertinente.

Bien que peu de **personnel** ait été échangé durant la pandémie, la plupart des hôpitaux (62 %) trouveraient une telle mesure pertinente en temps de crise. Par ailleurs, 67 % étaient favorables à des équipes mobiles au niveau du réseau en cas de crise et, selon 69 % des répondants, la politique des ressources humaines pourrait aussi être menée à ce niveau. L'organisation de formations complémentaires pour les médecins ou le personnel infirmier au niveau du réseau a été jugée pertinente par 78 à 80 % des répondants.

Nous n'avons relevé qu'une seule exception à la disposition générale à étendre les mesures au niveau du réseau, à savoir la **répartition en hôpitaux COVID et non-COVID** au sein d'un réseau. Le raisonnement qui sous-tend cette idée est que les soins de routine peuvent alors être poursuivis dans les hôpitaux non-COVID. Dans notre enquête, cette mesure a été jugée « pas du tout pertinente » par 23 des 54 répondants (43 %) et « plutôt pas pertinente » par 17 hôpitaux (soit 31 %).

7.3.2. Pas de consensus sur une collaboration obligatoire au sein du réseau

Sur la question de savoir si les autorités publiques doivent obliger les hôpitaux à collaborer au sein de leur réseau locorégional lors d'une crise comme la pandémie de COVID-19, les avis étaient partagés : 55 % (29 hôpitaux sur 53) y étaient favorables, mais avec d'importantes différences régionales. En Wallonie, 71 % des répondants (12 des 17 hôpitaux) y étaient favorables, contre 47 % (15 des 32 hôpitaux) en Flandre et 50 % (2 des 4 hôpitaux) à Bruxelles. Les résultats pour Bruxelles doivent toutefois être interprétés avec précaution compte tenu du petit nombre de répondants. Les activités pour lesquelles la collaboration devrait devenir obligatoire selon les partisans concordaient avec les résultats de la Figure 6.

En tout état de cause, afin de renforcer à l'avenir les collaborations entre hôpitaux d'un même réseau tant en situations de crise qu'en dehors, il conviendrait de continuer à travailler sur les conditions préalables requises, comme un financement partiellement au niveau du réseau et des structures de gestion développées davantage à ce niveau.

7.4. Soutien du comité HTSC afin de faciliter le transport des patients COVID-19

Transport de patients : une répartition complexe des compétences et une terminologie confuse

En Belgique, l'organisation du transport de patients est complexe. Ici aussi, le contexte institutionnel est l'un des facteurs qui contribuent à cette complexité. Le niveau fédéral est responsable du transport urgent de patients, et les entités fédérées, du transport non urgent, y compris le transport inter-hospitalier. Cette terminologie prête cependant à confusion et ne reflète pas nécessairement l'urgence médicale du transport.

De nombreux acteurs sont impliqués dans le transport de patients, surtout pour ce qui est du transport non urgent : hôpitaux, entreprises privées et organisations sans but lucratif, chacun avec des modèles différents (p. ex. personnel et véhicules mis à disposition par l'hôpital, personnel mis à disposition par l'hôpital mais véhicules mis à disposition par une entreprise privée). L'un des problèmes mentionnés dans le cadre des entretiens est que des ambulances 112 étaient mobilisées pour le transport inter-hospitalier, ce qui les rendait indisponibles pour le transport urgent.

Rôle de soutien du comité HTSC

Diverses mesures ont été prises en vue de soutenir le transport de patients : perfectionnement des protocoles 112, capacité de transport supplémentaire (p. ex. ambulances dédiées au transport de patients COVID-19), soutien financier pour le transport inter-hospitalier via le budget hospitalier et mobilisation de la capacité de transport de la Défense. Les inspecteurs d'hygiène fédéraux ont joué un rôle important à cet égard en évaluant les

problèmes de capacité et en organisant le transport de manière proactive, et ce sans (pouvoir) activer de leviers légaux.

Le nombre limité de transports inter-hospitaliers durant la première vague est le reflet des plans de capacité de pointe

Au cours de la première vague, les plans de capacité de pointe du comité HTSC visaient surtout à optimiser la disponibilité et à créer une capacité supplémentaire (en soins intensifs et non intensifs) pour les patients COVID-19 dans tous les hôpitaux. Une telle approche nécessite une moindre mobilisation des transports que le plan de répartition actuel (exécution des mesures reprises dans la lettre du 17 juin à la Figure 3).

Il ressort toutefois de l'enquête menée auprès des hôpitaux qu'un grand nombre d'entre eux ont collaboré lorsque leur propre capacité était insuffisante. Ainsi, 74 % (42 des 57 hôpitaux) ont indiqué avoir transféré des patients gravement atteints vers un autre hôpital, et 64 % (36 des 56 hôpitaux) avoir pris en charge des patients gravement malades transférés depuis un autre hôpital. La majorité de ces transports sont intervenus au sein des réseaux locorégionaux.

Dans le cadre du plan de répartition actuel, les hôpitaux peuvent transférer des patients soit en prenant eux-mêmes contact au sein de leur réseau ou de leur province, soit en demandant un transfert auprès du *Patient Evacuation Coordination Centre* (PECC), qui se charge ensuite d'organiser le transport vers un hôpital ayant des lits disponibles. Entre le 1er octobre et le 15 novembre 2020, 1 178 transferts de patients COVID-19 ont été enregistrés.[40] Entre le 1er mars et le 30 juin, il y a eu 629 transports inter-hospitaliers de ce type.

7.5. Soutien spontané des hôpitaux aux maisons de repos

L'évaluation de la collaboration entre hôpitaux et maisons de repos n'entrait pas dans le champ de cette étude et les maisons de repos n'ont pas été interrogées. Toutefois, ce sujet été souvent abordé, aussi bien lors des entretiens que dans l'enquête auprès des hôpitaux. Il est ainsi ressorti des entretiens que la proposition de créer un comité interfédéral pour les maisons de repos n'a pas été retenue par le RMG, parce que ce domaine relève surtout de la compétence des entités fédérées. Le comité HTSC n'a lui-même adressé aux hôpitaux aucune mesure relative à la collaboration avec les maisons de repos. Seule une « note d'orientation » contenant des propositions sur la façon dont les hôpitaux pouvaient soutenir les maisons de repos a été rédigée par le SPF Santé publique.

Il ressort clairement des entretiens et de l'enquête réalisée auprès des hôpitaux que ceux-ci ont spontanément pris des initiatives afin de soutenir les maisons de repos à proximité (p. ex. 30 des 53 hôpitaux ont déclaré avoir soutenu des maisons de repos). Des exemples de soutien sont le partage d'expertise (p. ex. prévention et contrôle des infections, soutien au management) ou la mise à disposition de matériel (p. ex. équipements de protection individuelle) et de personnel. L'arrêt des soins réguliers avait en effet permis de libérer du personnel hospitalier. Par ailleurs, les hôpitaux estimaient qu'il était de leur devoir de soutenir les maisons de repos dans la mesure du possible.

Renforcer les accords de collaboration futurs via une collaboration entre réseaux hospitaliers et première ligne

Les hôpitaux ont essentiellement (mais certainement pas exclusivement) collaboré avec des maisons de repos avec lesquelles ils avaient des « antécédents » (p. ex. via le « lien fonctionnel » dans le cadre duquel des accords sont notamment conclus sur l'hospitalisation des résidents de la maison de repos). Les entretiens ont mis l'accent sur la nécessité de renforcer ces accords de collaboration et de les étendre au-delà du lien fonctionnel actuel, qui est souvent de nature plutôt administrative. Les répondants ont proposé de transformer les expériences positives de la première vague en accords (p. ex. planification d'urgence, liaison gériatrique externe, partage d'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections) entre maisons de repos et hôpitaux au sein d'un réseau hospitalier locorégional.

8. VUE RÉTROSPECTIVE ET PROSPECTIVE SUR LA GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE EN BELGIQUE

Documenter la gestion de la capacité hospitalière durant la première vague de COVID-19, à un moment où la deuxième vague frappe encore plus durement les hôpitaux belges

Cette étude avait pour but d'analyser la politique belge en matière de capacité hospitalière et de transport des patients durant la première vague de COVID-19 (mars-juin 2020). Dans ce cadre, nous avons essentiellement examiné le comité HTSC nouvellement créé et les mesures qu'il a prises, ainsi que la perception et la mise en œuvre de celles-ci par les hôpitaux. En plus de documenter cette politique, nous entendions aussi tirer des enseignements pour l'avenir et formuler des recommandations à destination des décideurs et des hôpitaux.

Les circonstances dans lesquelles nous avons réalisé ce travail étaient très particulières, car la pandémie est toujours en cours. Lorsque nous nous sommes vu confier notre mission, la première vague venait tout juste de prendre fin (juin 2020). À l'époque, une série d'évaluations *ad hoc* avaient déjà été réalisées à la demande du comité HTSC, en raison également de la menace de deuxième vague. Ces évaluations intermédiaires ont déjà débouché sur des adaptations et des améliorations de la stratégie belge en matière de capacité et de transport.

Ces améliorations semblent cependant avoir été rattrapées par l'émergence rapide de la deuxième vague de la pandémie, qui, au moment où nous rédigeons ce rapport (novembre 2020), tend vers un pic, et qui touche cette fois encore plus lourdement les hôpitaux et leur personnel. Cela démontre, hélas, que chaque système hospitalier reste vulnérable si les mesures prises en dehors des hôpitaux sont insuffisantes pour endiguer la pandémie. Cela vaut aussi pour notre pays, pourtant connu à l'international pour son nombré élevé de lits hospitaliers.

Nous avons nous aussi été rattrapés durant notre travail par de nouvelles mesures. Certaines de nos constatations ou suggestions, dont vous trouverez un aperçu ci-dessous, ont entre-temps déjà été (partiellement) prises en considération, tandis que d'autres requerront des ajustements sur le long terme.

Le plan d'urgence hospitalier générique a permis une réaction rapide et proactive, mais il devrait idéalement aussi inclure des volets spécifiques à chaque crise

Notre étude a montré que les hôpitaux belges ont pu très rapidement faire face à l'augmentation exponentielle des admissions COVID-19, notamment grâce à l'activation de leur plan d'urgence hospitalier et de la cellule de coordination prévue dans celui-ci. Ils se sont employés à séparer les flux de patients, à libérer une capacité (p. ex. en reportant les soins réguliers), et à former du personnel, notamment pour le service des soins intensifs. Et bien que tous les hôpitaux ne disposent pas d'un plan d'urgence hospitalier approuvé, ils ont tous au moins entrepris le processus de réflexion, ce qui a assurément été un facteur important dans la réaction flexible et rapide des hôpitaux.

Cependant, notre étude a aussi mis en lumière quelques problèmes importants. Grâce au caractère générique des plans d'urgence hospitaliers, les hôpitaux sont en mesure de gérer des situations de crise très diverses, mais il ressort de notre étude que ces plans devraient idéalement aussi inclure des volets spécifiques à différents types de catastrophes. C'est déjà le cas pour les catastrophes CBRNe (chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosives), mais cela vaudrait la peine de prévoir aussi un volet spécifique en matière de pandémie. Par ailleurs, la fonction des coordinateurs des plans d'urgence devrait idéalement être renforcée, et une plus grande attention devrait être portée aux formations sur le PUH et aux exercices de catastrophe. Il convient d'examiner la question de savoir si cela doit être organisé au niveau de chaque hôpital ou du réseau hospitalier.

Le comité HTSC a rempli sa mission, mais devrait idéalement aussi consulter des experts spécifiques

Le comité HTSC n'est que l'un des nombreux groupes de travail qui ont été mis en place en vue de maîtriser la crise ; il semble à présent indiqué de lui conférer un caractère plus permanent. Sa mission première était de prendre des mesures relatives à la capacité de pointe (*surge capacity*) des hôpitaux. En dépit de certaines maladies de jeunesse (p. ex. composition changeante, mandat imprécis, directives trop théoriques, manque de clarté quant aux données demandées, communication à des moments désagréables), la perception générale est que cette mission a été menée à bien durant la première vague. Quelques points faibles identifiés au cours de la première vague (composition non transparente, mélange des questions opérationnelles et stratégiques, etc.) ont déjà été (partiellement) résolus. Il existe maintenant un organigramme clair et certaines tâches opérationnelles ont été transférées. Ainsi, c'est le *Patient Evacuation Coordination Centre* qui s'occupe à présent du transfert des patients.

Malgré l'impact important du comité, il a uniquement été créé à l'initiative personnelle de quelques personnes de l'administration et du terrain, ce qui doit être évité dans les situations de crise futures. Comme la pandémie de COVID-19 n'est certainement pas la dernière situation de crise à laquelle les hôpitaux belges seront confrontés, le comité HTSC pourrait être légalement intégré dans une approche de crise générale des autorités publiques[h]. D'autres expertises devraient idéalement aussi y être représentées – par exemple avec des représentants du personnel infirmier – ou consultées de manière systématique mais ciblée, en fonction des sujets ou du type de crise (p. ex. patients, experts en éthique, prestataires de soins palliatifs, psychologues, experts en soins aux personnes âgées et en revalidation). Par ailleurs, il convient aussi d'établir un lien avec le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, de sorte à émettre de façon proactive des avis pour aider les prestataires de soins à poser des choix si, lors d'une situation de crise, la demande de soins venait à dépasser l'offre (p. ex. en soins intensifs).

Communication moderne adaptée à la réalité du terrain

Le manque d'unité de commandement est une critique qui a été formulée de manière récurrente dans notre pays au cours de la crise COVID-19. Cette critique a néanmoins été beaucoup moins marquée à l'égard de la communication du comité HTSC vers les hôpitaux, qui a toujours emprunté le même canal unique (lettres officielles envoyées par courrier électronique). Cela ne signifie pas que cette communication ne peut pas être améliorée. Son timing et son langage bureaucratique lui ont été reprochés, ainsi que le fait que les mesures ne correspondaient pas toujours à la réalité du terrain. Il y a donc lieu de réfléchir à une stratégie de communication professionnelle, avec un seul interlocuteur pour les hôpitaux. Les initiatives jugées positives, comme le feedback quotidien ou hebdomadaire via vidéoconférence avec l'inspecteur d'hygiène fédéral, doivent en outre être renforcées.

Élaboration de modèles organisationnels et provision de capacité hospitalière

Dans l'organisation du secteur hospitalier, il convient de déterminer quelle capacité hospitalière (en termes d'espace, de personnel, de stocks de matériel et d'équipements, et de systèmes) est nécessaire pour que nous soyons préparés aux situations de crise à l'avenir. Cela implique notamment que les situations de crises soient intégrées dans les projections des besoins en capacités hospitalières. Il convient en outre d'élaborer pour le secteur hospitalier des modèles organisationnels permettant de déployer cette capacité de crise rapidement et de manière flexible, et ce en collaboration avec d'autres acteurs (p. ex. Défense, première ligne, maisons de repos, structures alternatives de soins, etc.). Le renforcement des alternatives aux soins hospitaliers classiques, comme les soins à domicile,

[h] La loi du 4 novembre 2020 confère un fondement juridique au fonctionnement du comité jusqu'au 30 juin 2021.

les soins résidentiels aux personnes âgées ou les soins de revalidation, peut aussi s'avérer utile dans ce contexte. Les besoins futurs en termes de lits hospitaliers en dépendent en effet également.

Un « plan Marshall » pour un effectif durable

La crise de la COVID-19 a montré une fois de plus que le personnel soignant (c'est-à-dire les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les paramédicaux) est la colonne vertébrale de tout système de soins de santé. Mais il en est en même temps le talon d'Achille. La création d'une capacité hospitalière supplémentaire requiert en effet avant tout du personnel infirmier et des médecins supplémentaires. Ces professionnels hautement qualifiés sont déjà rares en temps normal et sont encore plus difficiles à trouver en période de crise. Pour pouvoir trouver et mobiliser ce personnel supplémentaire, les hôpitaux belges ont pris des initiatives similaires à celles adoptées à l'étranger (p. ex. allongement du temps de travail, équipes mixtes dans les services de soins intensifs, élargissement des tâches confiées aux étudiants, formations accélérées). Toutefois, l'effet de ces mesures sur les soins aux patients et sur le bien-être et la santé du personnel n'est pas encore clair. Il ressort des premières évaluations que la création d'une capacité de soins intensifs supplémentaire (éventuellement avec du personnel moins qualifié et moins expérimenté) s'est accompagnée d'un risque accru de décès (corrigé pour plusieurs facteurs de risque). Le soin de rechercher ce personnel supplémentaire a toutefois été essentiellement laissé au secteur hospitalier lui-même. Dans les crises futures, le rôle coordinateur des autorités publiques pourrait être renforcé sur ce plan, par exemple en établissant des listes du personnel disponible (sur la base de l'expertise) et en mobilisant celui-ci en fonction des besoins du terrain, en coordonnant et en harmonisant les programmes de formation accélérée, et en monitorant l'absentéisme pour cause de maladie. Si le comité HTSC ne peut pas assumer ce rôle, d'autres instances publiques devraient idéalement s'en charger.

La crise COVID-19 nous a douloureusement confrontés à des problèmes qui existaient déjà depuis longtemps, comme la faiblesse des dotations en personnel et les conditions de travail difficiles du personnel infirmier. Avant la crise, une récente étude du KCE, menée dans les hôpitaux belges, épinglait déjà une situation qui laissait à désirer : le nombre de patients par infirmier était trop élevé, de nombreuses activités infirmières indispensables (p. ex. administration de médicaments en temps utile, observation clinique) n'étaient pas accomplies en raison de la lourde charge de travail, les infirmiers devaient effectuer des tâches qui ne nécessitent pas leur qualification (p. ex. véhiculer des patients au sein de l'hôpital, distribuer des repas), et le risque de burnout était élevé.[18] Malgré ce mauvais point de départ, les prestataires de soins ont donné le meilleur d'eux-mêmes afin de prodiguer les meilleurs soins possible aux patients dans des conditions pénibles. Cette situation a eu un coût humain : les premières évaluations de la crise COVID-19 sur le bien-être du personnel de soins dans les hôpitaux indiquent une augmentation des problèmes psychiques, comme le burnout, l'anxiété, etc.

La crise COVID-19 a fait figurer en bonne place sur l'agenda politique les investissements dans les prestataires de soins. D'importants budgets ont été dégagés afin d'améliorer les conditions de travail du personnel infirmier (sous la forme d'une augmentation de salaire) et d'augmenter leur nombre au chevet des patients. Des négociations ont également eu lieu – et ont encore lieu – en vue de mieux rémunérer les médecins en formation. Il importe à présent que la politique permette une utilisation effective de ces budgets pour faire la différence sur le terrain (p. ex. diminution du nombre de patients par infirmier, meilleure répartition des tâches, plus grande satisfaction professionnelle). Il reste néanmoins beaucoup de travail à accomplir pour arriver à un effectif durable dans le secteur hospitalier et en dehors : de meilleures perspectives de carrière, une amélioration des conditions de travail et des rémunérations, un élargissement du pool pouvant être mobilisé en cas de crise, etc. Un « plan Marshall » comportant des objectifs politiques clairs peut attirer et retenir des professionnels hautement qualifiés, nécessaires pour assurer des soins de haute qualité. Il est important d'établir ce plan pour tout le secteur des soins de santé (hôpitaux, maisons de repos, soins à domicile, etc.), de façon à ce qu'aucun déséquilibre ne voie le jour ou ne s'accentue.

Collaboration entre hôpitaux afin d'accroître l'efficience et la solidarité

Le grand nombre d'admissions de patients COVID-19 (surtout en soins intensifs) a poussé les hôpitaux à collaborer. Notre étude a montré que, surtout au début de la première vague, le rôle des réseaux locorégionaux était assez limité. Les hôpitaux se concentraient plutôt sur leurs propres problèmes de capacité et sur la gestion de la crise. Ils ont néanmoins collaboré, mais principalement dans des domaines pour lesquels ils souhaitaient accroître l'efficience, comme l'achat conjoint d'équipements de protection individuelle ou de médicaments. Les réseaux locorégionaux n'étaient pas encore considérés comme suffisamment forts et matures pour réagir rapidement à des situations de crise. De plus, dans les régions gravement touchées, tous les hôpitaux d'un même réseau locorégional étaient confrontés à des problèmes de capacité, si bien qu'une collaboration à un niveau supérieur (p. ex. provincial, régional ou national) était nécessaire.

Le comité HTSC a peu à peu accordé une plus grande importance au rôle des réseaux locorégionaux. Les hôpitaux eux-mêmes semblaient percevoir les avantages d'une collaboration au sein de leur réseau pour le transfert de patients, surtout lors de la reprise des activités régulières. Le plus gros hôpital du réseau prenait généralement en charge une plus grande partie de la capacité de soins intensifs COVID-19 requise, afin de permettre aux plus petits hôpitaux de poursuivre leurs activités régulières aussi longtemps que possible. Les hôpitaux ayant un petit nombre de lits de soins intensifs ont en effet dû arrêter relativement vite les soins réguliers (en particulier ceux susceptibles de nécessiter des ressources de soins intensifs). En tout état de cause, la pandémie de COVID-19 a illustré que, pour une collaboration plus fructueuse au niveau locorégional, un certain nombre d'exigences doivent être remplies (p. ex. une partie du financement au niveau du réseau, une structure de gestion efficiente).

Le comité HTSC a délibérément choisi de ne pas permettre aux hôpitaux d'avoir une vue sur le taux d'occupation des lits des autres hôpitaux, par crainte que cela ne les mène à ignorer les décisions des inspecteurs d'hygiène fédéraux de transférer des patients entre hôpitaux. En guise de première étape vers la transparence, il peut être envisagé de partager les taux d'occupation au sein du réseau (ce que certains réseaux font déjà).

Les inspecteurs d'hygiène fédéraux ont d'ailleurs joué un rôle majeur dans les transferts de patients entre hôpitaux, alors qu'ils ne disposaient souvent pas du pouvoir légal d'imposer une admission dans un hôpital. Durant une pandémie, la solidarité entre hôpitaux devrait dès lors pouvoir être rendue légalement obligatoire. Une loi récente a toutefois déjà étendu les pouvoirs des médecins-chefs (temporairement jusqu'en juin 2021), par exemple afin de transférer des patients sans leur consentement en cas de problèmes de capacité.

Comme déjà précisé, la collaboration au sein des réseaux locorégionaux a ses limites, car si une région donnée enregistre un très grand nombre d'admissions, tous les hôpitaux du réseau seront saturés en même temps. C'est la raison pour laquelle une collaboration à des niveaux supérieurs (provincial, régional, national, international) doit aussi être organisée.

Adaptation ou mise en place rapide de systèmes de données afin de gérer la capacité hospitalière

Les systèmes de données antérieurs à la pandémie de COVID-19 ne se prêtaient pas à la gestion d'une telle crise. Certains ont donc été adaptés à très court terme (ICMS), et de nouveaux systèmes ont été mis en place (HSC et *Clinical Survey* de Sciensano). Les quelques maladies de jeunesse du début de la première vague (manque de clarté des définitions, instructions changeantes, concepts de données théoriques peu en phase avec la réalité) ont été peu à peu résolues. Par ailleurs, les données de Sciensano ont été collectées via des enquêtes en ligne qui n'étaient pas intégrées dans les plateformes de données existantes, ce qui a alourdi les tâches d'enregistrement des hôpitaux. Cela a aussi mené au fait que la demande de certaines données de base importantes (comme l'identifiant unique du patient sur la base du numéro de registre national) a été négligée. Par conséquent, le couplage avec les autres données des patients était difficile. Bon nombre de ces problèmes ont été résolus grâce à la migration vers Healthdata.be en septembre 2020. Des initiatives ont par ailleurs été prises en vue de remédier à d'autres problèmes rencontrés lors de la première vague :

- Les données sont de plus en plus souvent utilisées pour répondre à des questions politiques et cliniques (p. ex. lien entre les taux normalisés de mortalité dans les hôpitaux et les caractéristiques des hôpitaux, analyse de la durée d'hospitalisation).
- Le comité HTSC peut désormais consulter un tableau de bord avec des mises à jour quotidiennes du taux d'occupation hospitalier au niveau des hôpitaux, des réseaux hospitaliers, des provinces, des régions et du pays. Des prévisions à court et long terme y sont en outre reprises.
- Les hôpitaux reçoivent désormais un rapport de Sciensano incluant un feedback sur leur propre hôpital par rapport à des benchmarks nationaux.
- Les chercheurs peuvent à présent avoir accès aux données via une procédure de demande officielle, qui, selon eux, pourrait encore être assouplie afin de pouvoir accéder plus rapidement aux données, tout en respectant la protection de la vie privée.

Beaucoup de travail a donc déjà été réalisé pendant la crise COVID-19 pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des données. Néanmoins, les systèmes de données actuels peuvent encore être étendus en intégrant des éléments qui, de l'avis des répondants, font encore défaut, comme la santé et le bien-être du personnel, les absences pour cause de maladie, ou encore le nombre de patients par infirmier. Dès que le nombre d'admissions COVID-19 diminuera de façon plus constante, il serait utile de vérifier quels changements structurels pourraient être apportés aux systèmes de données afin de mieux nous préparer à une éventuelle prochaine crise (p. ex. extraction automatique de données ; suivi en temps réel des patients, taux d'occupation des lits et résultats de santé ; intégration de systèmes de données).

RECOMMANDATIONS[i]

Ce rapport du KCE se concentre sur la gestion de la capacité hospitalière pendant la première vague de la crise COVID-19 et sur le fonctionnement du comité HTSC. Les recommandations formulées ci-dessous sont directement liées à ce cadre d'étude. Toutefois, comme le mentionne l'avertissement en début de ce rapport, les hôpitaux et le comité dépendent également de mesures prises en dehors de leurs domaines de compétence. Les recommandations devraient par conséquent s'inscrire dans une évaluation et une réflexion plus larges sur cette crise sanitaire. Parmi les nombreux points d'attention, on compte notamment l'alignement des plans d'urgence hospitaliers avec un plan de crise national global qui inclut également d'autres acteurs des soins de santé ; la disponibilité et l'utilisation d'équipements de protection individuelle et la disponibilité de médecins et d'infirmiers spécialisés dans l'hygiène hospitalière.

RECOMMANDATION 1 : PLAN D'URGENCE HOSPITALIER

Au SPF Santé publique et au secteur hospitalier en collaboration avec le SPF Intérieur, nous recommandons :

- de renforcer la fonction de coordinateur du plan d'urgence ;
- de fournir (davantage) de formations sur le plan d'urgence hospitalier ainsi que des exercices de catastrophe.

Aux entités fédérées en charge de la Santé publique en concertation avec les acteurs concernés, nous recommandons :

- de poursuivre le processus d'agrément pour le plan d'urgence hospitalier, de sorte que chaque hôpital dispose d'un plan d'urgence hospitalier agréé d'ici la mi-2021. Il convient d'encourager l'ajout d'un volet spécifique 'pandémie' aux plans déjà agréés.

Aux entités fédérées en charge de la Santé publique, après accord en Conférence interministérielle Santé publique, et en étroite concertation avec le secteur hospitalier et les organisations professionnelles concernées, nous recommandons :

- de déterminer si un volet 'pandémie' doit devenir un critère dans les plans d'urgence hospitaliers. Un tel volet pourrait être rendu obligatoire durant le cycle de renouvellement de l'agrément. Dans le cadre de cette réflexion, il y a lieu de vérifier quels volets pour des crises spécifiques (comme

[i] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

une pandémie), autres que la prévention d'incidents CBRNe, doivent être prévus dans le cadre du plan d'urgence hospitalier, en plus des composantes génériques.

RECOMMANDATION 2 : COMITÉ HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY

À la Conférence interministérielle Santé publique et aux autorités exécutives concernées, nous recommandons :

- de transformer le comité HTSC en un organe consultatif permanent du Risk Management Group (RMG), se réunissant régulièrement en dehors des périodes de crise (p. ex. une à deux fois par an) afin de discuter des procédures d'urgence, de la capacité de crise, etc. Dans ce cadre, il y a lieu de déterminer dans quelles circonstances le comité est activé, quelle est sa composition, quelle est sa mission, etc. ;
- de conférer au RMG le pouvoir légal d'élaborer les conditions préalables afin de rendre légalement contraignants les plans de répartition entre hôpitaux et réseaux hospitaliers proposés sur avis du comité HTSC, dans le cadre de crises requérant une capacité hospitalière supplémentaire ;
- de créer un cadre légal afin de pouvoir imposer la répartition des patients entre hôpitaux aux patients, aux centrales d'urgence et aux hôpitaux sur la base d'un plan de répartition approuvé par le RMG, après avis du comité HTSC, si les besoins en capacité hospitalière excèdent le réseau locorégional.

Au RMG et au comité HTSC, nous recommandons :

- d'organiser le comité HTSC de façon telle que les sujets stratégiques et opérationnels soient scindés ;
- pour les sujets stratégiques, d'élargir la composition actuelle du comité HTSC avec des représentants du personnel infirmier et des médecins. Par ailleurs, il convient de prévoir une procédure permettant de faire appel de manière systématique à l'expertise complémentaire nécessaire (p. ex. patients, experts en éthique). Les sujets opérationnels peuvent être traités par un groupe restreint composé de représentants des administrations fédérales et fédérées et du secteur hospitalier ;
- d'accroître la transparence de l'occupation des lits en partageant des indicateurs du tableau de bord du comité HTSC (p. ex. occupation des lits de soins intensifs, occupation des lits de soins non intensifs, prévisions à court terme) au niveau de chaque réseau hospitalier locorégional. Cela devrait permettre aux hôpitaux de conclure des accords entre eux au niveau locorégional au cours de la première phase d'un plan de répartition.

RECOMMANDATION 3 : PERSONNEL DE SOINS

À la Conférence interministérielle Santé publique, en étroite concertation avec les organisations professionnelles, les partenaires sociaux et les établissements de formation, nous recommandons :

- d'intégrer les investissements substantiels récents dans le personnel de soins (par exemple, Fonds Blouses blanches, accords sociaux, initiatives des entités fédérées) dans un plan incluant une vision à long terme pour tout le secteur des soins de santé. Ce plan doit avoir l'ambition d'atteindre un effectif durable et porteur d'avenir, pouvant continuer à dispenser des soins de qualité, avec une attention pour la santé et le bien-être du personnel de soins, et adapté à l'évolution des besoins en soins. Le plan doit notamment prêter attention aux conditions de travail et salariales, aux possibilités de développement et d'évolution, aux perspectives de carrière, à l'adéquation entre le contenu de la fonction et les connaissances et l'expertise, aux profils d'emploi spécialisés versus généralistes des professionnels de soins, à la délégation de tâches et au soutien psychosocial en situation de crise.

Au SPF Santé publique et aux administrations des entités fédérées en charge de la Santé publique, nous recommandons :

- d'élaborer plus avant un portail en ligne permettant, en situation de crise, de faire concorder les besoins en personnel avec les prestataires de soins qui se mettent à disposition (p. ex. prestataires de soins inactifs et/ou pensionnés, à temps partiel, en formation).

Aux organisations professionnelles concernées et au secteur des soins de santé, nous recommandons :

- d'élaborer plus avant, de coordonner et de déployer proactivement des modules de formation afin de pouvoir encore mieux mobiliser les prestataires de soins lors des crises futures.

RECOMMANDATION 4 : RÉFORME DU SECTEUR HOSPITALIER

À la Conférence interministérielle Santé publique, en étroite concertation avec le secteur des soins de santé, nous recommandons :

- de déterminer, dans le cadre de la réforme du secteur hospitalier, quel type et quel volume de capacité hospitalière, intermédiaire et ambulatoire sont nécessaires en termes de personnel (nombre et qualifications), de lits et de ressources pour être préparés aux situations de crise futures, en ce compris le rôle et la capacité qui peuvent être assurés par d'autres acteurs (par exemple, la Défense) ;
- de renforcer la collaboration entre hôpitaux au sein des réseaux locorégionaux en remplissant les conditions préalables à la collaboration (p. ex. financement partiel au niveau du réseau locorégional) ;
- de mieux aligner les différents réseaux de soins (réseaux hospitaliers locorégionaux et formes de collaboration au sein de la première ligne). Dans ce cadre, il convient de développer le partage d'expertise et de connaissances (p. ex. prévention et contrôle des infections, liaison gériatrique) et les accords de soins (p. ex. planification anticipée des soins, critères d'admission et de sortie) entre les réseaux ;
- d'élaborer plus avant des alternatives aux soins hospitaliers classiques, comme les soins à domicile, les soins résidentiels aux personnes âgées ou les soins de revalidation. Les besoins futurs en termes de lits hospitaliers dépendent en partie de la disponibilité de ces alternatives.

RECOMMANDATION 5 : SYSTÈMES DE DONNÉES

Au SPF Santé publique, en collaboration avec Sciensano, le secteur hospitalier et les organisations professionnelles concernées, nous recommandons :

- de déployer au niveau national un système de données pour les services de soins intensifs qui permette de suivre en permanence et en temps réel (ou à très court terme) la disponibilité opérationnelle et l'utilisation de la capacité de soins intensifs, les caractéristiques du patient (p. ex. diagnostics) et les résultats de santé. Il y a lieu d'opter pour un système de données qui :
  - corresponde aux expériences du passé (p. ex. le projet MICA) et à l'expérience acquise durant la pandémie de COVID-19 (p. ex. avec l'ICMS et la surveillance hospitalière de Sciensano) ;
  - permette d'extraire automatiquement des données du système d'information hospitalier ;
  - permette de relier les données à d'autres systèmes d'enregistrement sur la base d'un numéro de patient unique au niveau du séjour individuel ;
  - génère un feedback pour les hôpitaux, notamment sur les indicateurs de résultats corrigés pour le « patient-mix » et le « case-mix ».
- de revoir, à la lumière des expériences acquises durant cette crise sanitaire, le système de données nécessaire lorsqu'une crise requiert une certaine capacité hospitalière et de l'étoffer avec des indicateurs qui faisaient défaut au cours de la crise actuelle (p. ex. absentéisme du personnel de soins au sein et en dehors de l'hôpital, ou équipements disponibles). Ce faisant, il convient de tenir compte de l'intégration des données provenant des différents niveaux de soins et d'une interopérabilité accrue entre les systèmes d'information, sur la base du principe '*only once*'.

Au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, en concertation avec les organismes publics concernés, nous recommandons :

- de renforcer la procédure de partage de données avec le monde scientifique, de façon à ce que l'expertise disponible puisse être mobilisée de manière optimale (en situation de crise ou non) en vue d'effectuer le travail scientifique de soutien aux décisions politiques, dans le respect des règles en matière de protection de la vie privée.

RECOMMANDATION 6 : COMMUNICATION

Au SPF Santé publique, en collaboration avec les administrations des entités fédérées en charge de la Santé publique, le Centre de Crise national et le RMG, nous recommandons :

- de mettre en place une stratégie et une structure de communication centralisées permettant, lors de crises futures, une communication claire des mesures au secteur hospitalier adaptée à la réalité du terrain et standardisée ;
- de fournir un point de contact central pour recevoir le feedback des hôpitaux.

Au Centre de Crise national, nous recommandons :

- d'établir en temps utile une stratégie de communication claire à destination de la population sur :
  - l'importance de la poursuite des soins réguliers dans les différents secteurs de soins;
  - les considérations éthiques dans les mesures nécessaires (p. ex. en ce qui concerne les règles de visite, les critères d'admission) dans les différents secteurs de soins.

RECOMMANDATION 7 : SOINS NUMÉRIQUES

À la Conférence interministérielle Santé publique, à la plateforme eHealth, au SPF Santé publique et à l'INAMI, nous recommandons :

- de procéder de façon accélérée au déploiement des soins numériques afin de réduire la dépendance aux infrastructures de soins physiques, de permettre au maximum la poursuite des soins réguliers de manière alternative et de mobiliser plus facilement l'expertise à distance. Pour ce déploiement, il y a lieu de tenir compte des principes de base d'une prise en charge de qualité, tels qu'établis dans les codes professionnels, de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé et des cadres juridiques en matière de respect de la vie privée et d'e-santé.

RECOMMANDATION 8 : ASPECTS ÉTHIQUES

Au Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, en concertation avec les organisations professionnelles et de patients concernées, nous recommandons :

- d'émettre un avis qui aide les prestataires de soins à poser des choix de manière éthiquement responsable si, lors d'une situation de crise, la demande de soins dépasse l'offre (p. ex. en soins intensifs) ;
- d'émettre un avis qui aide les hôpitaux et les prestataires de soins à gérer des aspects comme les soins de fin de vie, les droits de visite, etc. dans le cadre d'une situation de crise.

RECOMMANDATION 9 : AGENDA DE RECHERCHE

À la communauté scientifique, nous recommandons :

- de répertorier les dommages collatéraux des mesures appliquées durant la crise COVID-19, au niveau des patients et de leur famille, des prestataires de soins et des organisations de soins, et d'examiner les causes des reports de soins (p. ex. arrêt de l'activité régulière, peur des infections à l'hôpital) ;
- d'examiner quelles stratégies d'extension de la capacité (personnel, matériel, lits) sont les plus efficientes et de quelle manière et par qui il convient de les mettre en œuvre ;
- d'examiner comment l'organisation de la capacité de soins intensifs belges (p. ex. différents niveaux d'expertise) correspond au contexte international et quel modèle (p. ex. en termes d'expertise ou d'infrastructure) est le plus approprié afin d'offrir à l'avenir le contexte de soins le plus adéquat pour le traitement et la prise en charge des patients dans un état critique ;
- de vérifier, parmi les stratégies appliquées pour compenser le manque de personnel (p. ex. élargissement du champ de pratique, réaménagement des tâches et délégation de rôles), lesquelles peuvent être transformées en réformes durables afin de contribuer à la résilience des effectifs et à la qualité des soins aux patients ;
- d'examiner comment les plans d'urgence hospitaliers peuvent être alignés avec un plan de crise national global incluant également d'autres acteurs des soins de santé tels que ceux de première ligne.

RÉFÉRENCES

1. Gerkens S, Rondia K. COVID-19 Health System Response Monitor for Belgium. WHO Regional Office for Europe, the European Commission and the European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. Available from: https://www.covid19healthsystem.org/countries/belgium/countrypage.aspx
2. World Health Organization. International Health Regulations (2005), Third edition. 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf;jsessionid=FB1C0B99734B478E926DD5A4CC9FB0E5?sequence=1
3. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Organisation de la gestion de la crise Covid pour le volet Santé publique. 2020.
4. World Health Organization. Strengthening the health systems response to COVID-19. Creating surge capacity for acute and intensive care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Conducting in-action and after-action reviews of the public health response to COVID-19. Stockholm; 2020.
6. Cleemput I, Dauvrin M, Kohn L, Mistiaen P, Christiaens W, Léonard C. Position of KCE on patient involvement in health care policy research. Method. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Center (KCE); 2019 11/2019. KCE Reports 320 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_320_Patient_involvement_health_care_policy_research_Report_2.pdf
7. Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M.B. 7 novembre 1964.

8. Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'art. 128, 130, 135 et 138 de la constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier, M.B. 20 janvier 2017.
9. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Plan d'urgence hospitalier (PUH). 2016. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/partie_1_4.pdf
10. Loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19, M.B. 17 novembre 2020.
11. Arrêté royal du 30 avril 2020 concernant un flux d'information correct et en temps voulu sur les chiffres de patients COVID−19, la capacité de traitement dans les hôpitaux et les stocks de matériel de protection individuelle, M.B. 6 mai 2020.
12. Overview of the Belgian National Emergency Management System. June 2, 2017.
13. Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC). Available from: https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports
14. Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE). Available from: https://www.stichting-nice.nl/
15. MICA. Wat is het MICA-project – Monitoring Intensieve zorgactiviteiten? [Web page]. 2020 [cited 28/10/2020]. Available from: https://www.micaproject.be/nl/the-project/
16. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
17. OECD. Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD. 2020.
18. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2020. KCE Reports 325 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325_Safe_nurse_staffing_levels_Report.pdf
19. RIZIV-INAMI. Auditrapport COVID-19. 2020.
20. ZorgSamen. De ZorgSamen Barometer [Web page]. 2020 [cited 30/10/2020]. Available from: https://www.dezorgsamen.be/barometer/
21. Vanhaecht K. Zorgverleners zijn veerkrachtig, maar opvolging en ondersteuning zijn wenselijk. Dat blijkt uit het Barometer onderzoek bij 8350 medewerkers uit zorg & welzijn tijdens de COVID-19 pandemie. 2020.
22. Smith P, Bruyneel A. 7 infirmiers(e) sur 10 en Belgique francophone sont à risque de burnout. 2020.
23. Bruyneel A, Gallan MC, Tackb J, Hondt A, Canipel S, Franck S, et al. Impact of COVID19 on nursing time in intensive care units in Belgium. Intensive and Critical Care Nursing. 2020;In Press.
24. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422.
25. Zorgnet-Icuro. Covid-19-crisis: graag nu doortastende maatregelen! [Web page]. 29 oktober 2020. Available from: https://www.zorgneticuro.be/nieuws/covid-19-crisis-graag-nu-doortastende-maatregelen
26. GBS. Liste des degrés d'urgence par spécialité [Web page]. 2020 [cited 28/10/2020]. Available from: https://www.vbs-gbs.org/index.php?id=covid-19&L=0

27. Versailles M-P. COVID19-statistieken - Ziekenhuisopnamen. IMA-AIM; 2020 10/09/2020. Available from: https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-covid19-ziekenhuisopnamen-20200910.pdf

28. RIZIV. Monitoring COVID-19. 2020. Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/monitoring_rapport_covid19-september.pdf

29. Fondation Registre du Cancer. Forte diminution des nouveaux diagnostics de cancer en avril en raison de la crise du coronavirus [Web page]. 2020 [cited 29/10/2020].

30. Belgisch Kankerregister. Door coronacrisis sterke daling van de nieuwe kankerdiagnoses in april [Web page]. 2020 [cited 29/10/2020].

31. Belgisch Kankerregister. COVID-19. Naar schatting 5000 verwachte kankerdiagnoses nog niet gesteld [Web page]. 2020 [cited 22/11/2020]. Available from: http://kankerregister.org/default.aspx?PageId=204

32. Vlaams Patiëntenplatform. Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? Heverlee: 2020. Available from: http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Rapport_uitgestelde_zorg.pdf

33. Vlaams Patiëntenplatform. Hoe verloopt de heropstart van de zorg voor personen met een chronische aandoening? Heverlee: 2020. Available from: http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Rapport_heropstart_zorg.pdf

34. Reed S. Resuming health services during the Covid-19 pandemic. What can the NHS learn from other countries? The Nuffield Trust; 2020.

35. Panteli D. How are countries reorganizing non-COVID-19 health care service delivery? [Web page]. WHO Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. Available from: https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/05/06/how-are-countries-reorganizing-non-covid-19-health-care-service-delivery/

36. Hospital care and COVID-19: Balancing surge capacity and regular services (Webinar). COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM); 3 November 2020.

37. Belfius. Analyse MAHA 2020 et impact de la COVID-19. 26e édition de l'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique. 2020.

38. Arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, M.B. 12 novembre 2020.

39. Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M.B. 28 mars 2019.

40. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Aperçu transferts des hôpitaux COVID-19 (15/11). 2020. Available from: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Apercu%20transfers%20hopitaux.pdf

COLOPHON

Titre :	Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 – Synthèse
Auteurs :	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Laurence Kohn (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Nicolas Bouckaert (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Roos Leroy (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Experts externes :	Clare Backhouse (NHS England and NHS Improvement, England), Antonio Giulio de Belvis (Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy), Christel Faes (UHasselt), Peter Groenewegen (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel), the Netherlands), Niel Hens (UHasselt), Alisha Morsella (Università Cattolica del Sacro Cuore, Italy), Madelon Kroneman (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel), the Netherlands), Gemma Williams (London School of Economics and Political Science (England); European Observatory on Health Systems and Policies), Juliane Winkelmann (Technische Universität Berlin, Germany)
Stakeholders :	Koen Balcaen (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) – werkgroep directies verpleegkunde NVKVV), Dirk Bernard (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB)), Katrien Bervoets (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA)), Koen Blot (Sciensano), Koen Bronselaer (Kabinet minister De Block), Arnaud Bruyneel (SIZ Nursing), Bernard Ceriez (Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs (BVZD)), Christèle Charlet (Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)), Donald Claeys (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten (VBS)), Margot Cloet (Zorgnet-Icuro), Kirsten Colpaert (College van geneesheren voor de functie Intensieve Zorg), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Tom De Boeck (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Robby De Pauw (Sciensano), Jean-Luc Demeere (Groupement des unions professionnelles belges de médecin spécialistes (GBS)), Philippe Devos (Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSYM)), Mieke Dolphens (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Paul d'Otreppe (Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH)), Adrien Dufour (Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) – FNIB), Kristof Eeckloo (UZ Gent), Pedro Facon (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Marc Geboers (Zorgnet-Icuro), Pierre Gillet (CHU de Liège), Dieter Goemaere (Gezondheidsinstellingen Brussel-Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Winne Haenen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Aline Hotterbeex (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Barbara Janssens (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Patricia Lanssiers (Gezondheidsinstellingen Brussel-Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Philippe Lejeune (Santhea), Vincent Melis (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Stéphan Mercier (Groupe Jolimont), Geert Meyfroidt (Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde), Pierre Neirinckx (Composante Médicale de la Défense), Paul

Pardon (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Annick Poncé (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Dominique Segue (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM)), Ben Serrien (Sciensano), Dominique Van Beckhoven (Sciensano), Marcel Van der Auwera (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Christine Van Der Heyden (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Nina Van Goethem (Sciensano), Peter Van Thienen (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)), Tom Van Renterghem (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Manfredi Ventura (Association Francophone des Médecins Chefs (AFMC)), Joan Vlayen (Sint-Trudo Ziekenhuis), Erika Vlieghe (Wetenschappelijk Comité coronavirus), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform (VPP))

Validateurs externes : John Appleby (Nuffield Trust, England), Reinhard Busse (Technische Universität Berlin, Germany), Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, the Netherlands; OECD)

Remerciements : Koen Beullens (RIZIV – INAMI), Stijn De Kesel (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Vera De Troyer (Zorgnet-Icuro), Carl Devos (KCE), Birgit Gielen (IMA – AIM), Chris Decoster (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Bertrand Heymans (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (COCOM)), Johan Pauwels (RIZIV – INAMI), Walter Sermeus (KU Leuven), Stijn Van Kerckhove (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Justine Verboomen (Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)), Marie-Pascale Versailles (AIM – IMA), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)

Intérêts déclarés : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le sujet de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout : Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 18 décembre 2020
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Hospital Bed Capacity; Critical Care; Pandemics; Health Workforce
Classification NLM : WX 186
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2020/10.273/33
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.

Comment citer ce rapport ? Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 335Bs. D/2020/10.273/33.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.