

SYNTHÈSE

ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS INTENSIFS EN BELGIQUE



NICOLAS BOUCKAERT, MÉLANIE LEFÈVRE, KOEN VAN DEN HEEDÉ, JENS DETOLLENAERE,
DIEGO CASTANARES-ZAPATERO, CARINE VAN DE VOORDE



■ PRÉFACE

La pandémie du COVID-19 nous a confrontés avec une urgence sans précédent au rôle crucial des soins intensifs dans le paysage belge des soins de santé. Au cours de cette crise sanitaire, nous avons tous pris conscience à quel point une offre de soins intensifs bien adaptée et coordonnée est essentielle pour assurer des soins optimaux aux patients et pour préserver, plus largement, le fonctionnement efficient de l'organisation hospitalière. Néanmoins, les soins intensifs revêtent aussi une importance fondamentale en-dehors de ce contexte de crise, pour apporter les soins nécessaires aux patients les plus gravement malades – après une transplantation, un choc septique, un grave accident de la route ou un infarctus aigu du myocarde, par exemple.

Il est important que la capacité des soins intensifs à l'échelon national soit correctement dimensionnée, non seulement pour pouvoir accueillir suffisamment de patients aussi bien durant qu'en-dehors des périodes de crise, mais aussi parce qu'un lit de soins intensifs nécessite des moyens financiers et humains particulièrement importants. Pour chaque lit, il faut mobiliser (en nombre) du personnel hautement qualifié, ce qui est déjà problématique dans le contexte de pénurie que nous connaissons actuellement sur le marché du travail et devrait vraisemblablement devenir encore plus compliqué dans les décennies à venir.

Il ne sera donc pas simple de continuer à garantir une capacité suffisante dans une société vieillissante et dont les besoins en soins ne cessent de s'accroître, mais qui doit aussi trouver les professionnels dotés de l'expertise nécessaire pour assurer ces soins. La solution pourrait passer en partie par une capacité plus structurée. En effet, au-delà du nombre de lits, de médecins, d'infirmiers et d'autres travailleurs, la manière dont cette capacité est rassemblée en un tout cohérent est également déterminante. Sans grande surprise, ce rapport du KCE se heurte à nouveau à un constat déjà posé à plusieurs reprises dans des études antérieures : la Belgique dispose d'une capacité non négligeable, mais morcelée, répartie de manière inégale et trop peu structurée. En outre, les mécanismes de financement sont extrêmement complexes et manquent de transparence.

Les analyses et conclusions de ce rapport du KCE doivent rendre possible la mise en place d'une organisation plus structurée des soins intensifs. Une modification structurelle de l'organisation des soins intensifs ne peut toutefois pas être réalisée de manière isolée, mais doit s'inscrire dans une réforme plus large de l'organisation des hôpitaux. Plusieurs rapports récents du KCE, dont ceux consacrés à la performance du système de santé et à l'analyse de ce qui constitue une dotation en personnel sûre, soulignent l'importance d'une approche mûrement réfléchie mettant au centre des préoccupations la sécurité des patients et une organisation durable des soins. Ce nouveau rapport s'efforce de proposer un aperçu clair de la structure actuelle des soins intensifs en Belgique et d'analyser comment une réforme équilibrée pourrait contribuer à un avenir meilleur pour nos soins de santé.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général



■ TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	4
■ SYNTHÈSE.....	5
1 INTRODUCTION	5
1.1 QU'ENTEND-ON PAR « SOINS INTENSIFS » ?.....	5
1.2 OBJECTIF DE CE RAPPORT	5
1.3 COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	5
2 ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS INTENSIFS EN BELGIQUE	6
2.1 UN GRAND NOMBRE D'UNITÉS DE SOINS INTENSIFS RÉPARTIES DE MANIÈRE INÉGALE SUR LE TERRITOIRE	6
2.2 BEAUCOUP DE LITS DE SOINS INTENSIFS PAR RAPPORT À D'AUTRES PAYS, MAIS LES CHIFFRES SONT DIFFICILEMENT COMPARABLES	6
3 LA SUBDIVISION EN NIVEAUX DE SOINS INTENSIFS LARGEMENT RÉPANDUE	7
3.1 LA SUBDIVISION EN NIVEAUX À L'ÉCHELON INTERNATIONAL.....	7
3.2 LES PRESTATAIRES DE SOINS, LE FACTEUR-CLÉ POUR LA CAPACITÉ DES SOINS INTENSIFS	7
3.2.1 Formation et dotation en personnel pour les médecins spécialistes	7
3.2.2 Formation et dotation en personnel pour le personnel infirmier.....	8
3.3 BESOIN DE MÉCANISMES CLAIRS ET EFFICIENTS POUR LE TRANSFERT DES PATIENTS	9
4 EN BELGIQUE, UNE ORGANISATION DES SOINS INTENSIFS EN NIVEAUX NON FORMELLE, MAIS FACTUELLE.....	9
4.1 DE GRANDES DIFFÉRENCES DANS L'UTILISATION ET L'INTENSITÉ DES SOINS INTENSIFS	9
4.1.1 Un nombre de séjours et des taux d'occupation très variables.....	9
4.1.2 ... tout comme l'intensité des soins.....	9
4.1.3 Un séjour bref pour la majorité des patients	10
4.2 TRANSFERT DES PATIENTS ADMIS AUX SOINS INTENSIFS	10
4.3 MORTALITÉ HOSPITALIÈRE POUR LES SÉJOURS AVEC PASSAGE AUX SOINS INTENSIFS	11
4.4 PAS DE NIVEAUX FORMELS, MAIS UNE SUBDIVISION BIEN RÉELLE SUR LE TERRAIN	12
4.5 LES VARIATIONS DANS LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER RÉVÈLENT ÉGALEMENT L'EXISTENCE DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE SOINS	12
4.5.1 Une norme actuelle d'environ trois patients par infirmier.....	12
4.5.2 Des ratios variables en fonction de la lourdeur des soins seraient souhaitables	13
4.5.3 Besoin de monitoring.....	13



4.6	LES STAKEHOLDERS LARGEMENT FAVORABLES À UNE SUBDIVISION FORMELLE EN NIVEAUX DE SOINS INTENSIFS	13
4.7	LES UNITÉS DE SOINS INTERMÉDIAIRES EN BELGIQUE	14
4.7.1	Pas d'agrément formel, mais elles existent.....	14
4.7.2	Une bonne sélection des patients est capitale	15
4.7.3	Les défis de l'implémentation formelle d'unités de soins intermédiaires	15
5	QUID DU FINANCEMENT DES SOINS INTENSIFS ?.....	15
5.1	LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX EN BELGIQUE	15
5.2	LE FINANCEMENT ACTUEL DES SOINS INTENSIFS	16
5.3	PAS TOUT À FAIT ALIGNÉ SUR LA COMPLEXITÉ ET LA DIVERSITÉ DES SOINS INTENSIFS	16
5.4	LE FINANCEMENT DES SOINS INTENSIFS À L'ÉTRANGER	17
6	LES DÉFIS DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	17
6.1	LE NOMBRE DE LITS DE SOINS INTENSIFS RESTE MAL DÉFINI	17
6.2	PAS DE REGISTRE CENTRALISÉ DE L'ACTIVITÉ AUX SOINS INTENSIFS.....	18
6.3	LOURDEUR DES SOINS INFIRMIERS : NAS OU DI-RHM ?	18
6.4	UTILISATION DES DONNÉES PROPORTIONNÉE AUX DIVERS OBJECTIFS.....	18
7	CONCLUSION.....	19



LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ABBREVIATION	DÉFINITION
BMF	Budget des Moyens Financiers
DI-RHM	Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum
DRG	Diagnosis Related Group
NAS	Nursing Activities Score
NPERCIZ	Pourcentage national de journées aux soins intensifs
NRG	Nursing Related Group
PACU	Post-Anaesthesia Care Unit
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
SOI	Severity of illness
WFSICCM	World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine



■ SYNTHÈSE

1 INTRODUCTION

1.1 Qu'entend-on par « soins intensifs » ?

Nés au cours de l'épidémie de poliomyélite de 1952, les soins intensifs sont devenus entre-temps une spécialisation médicale à part entière, qui joue un rôle crucial dans le traitement des patients confrontés à des pathologies mettant en péril leur pronostic vital. Ils constituent aujourd'hui un volet incontournable des soins hospitaliers, comme on a encore pu le voir au cours de la pandémie du COVID-19, qui a si bien mis en lumière l'importance d'une capacité suffisante à ce niveau. Les services de soins intensifs dispensent des **soins vitaux aux patients confrontés à des pathologies graves et aiguës**. Au niveau international, ils représentent de 10 à 30% des lits hospitaliers et 8 à 30% du budget total des hôpitaux. Pour répondre à la demande de soins croissante, des unités de soins intermédiaires ont également été créées dans un passé plus récent pour faire le pont entre les unités de soins classiques et les soins intensifs.

En 2017, la *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* (WFSICCM) a **défini** l'unité de soins intensifs comme un système organisé pour dispenser des soins spécialisés, un monitoring et un soutien aux organes vitaux chez les personnes dont le pronostic vital est menacé. Suivant la définition de la WFSICCM, une unité de soins intensifs n'est donc pas uniquement un espace physique, mais un système flexible qui peut s'étendre à d'autres services et départements.

1.2 Objectif de ce rapport

La pandémie du COVID-19 a clairement mis en exergue l'importance de soins intensifs bien organisés et adéquatement financés. L'étude réalisée par le KCE en 2020 sur la gestion de la capacité hospitalière au cours de cette période a révélé un certain nombre de forces mais aussi de faiblesses, en particulier au niveau du personnel, de l'environnement de travail et de l'organisation. Contrairement à bien d'autres pays, la Belgique n'applique pas de subdivision formelle des soins intensifs sur la base de niveaux de soins. Le KCE avait donc recommandé, à l'époque, d'examiner quel modèle d'organisation des soins intensifs serait le plus adapté pour notre pays ([rapport KCE 355, 2020](#)).

L'objectif de ce nouveau rapport est de formuler des recommandations pour améliorer l'efficacité de l'organisation des soins intensifs en Belgique, pour mieux les aligner sur l'intensité de la demande de soins et pour accroître notre résilience en cas de crise, et de proposer des points d'amélioration pour leur financement. Le déploiement du personnel pendant la pandémie de COVID-19 et les ajustements apportés au cadre du personnel pendant la crise n'entraient pas dans le cadre de cette étude.

1.3 Comment avons-nous procédé ?

Nous avons opté pour une approche méthodologique mixte, combinant des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives.

Sans trop entrer dans les détails, nous avons dressé le tableau de l'organisation, du financement, de l'activité et de la charge de travail des soins intensifs sur la base d'une analyse de la législation et des données administratives. Tous les hôpitaux aigus de Belgique disposant d'une fonction soins intensifs ou d'une unité de soins intermédiaires ont également été invités à participer à une enquête en ligne, et 15 stakeholders belges ont été interrogés. Par ailleurs, nous avons réalisé une comparaison internationale de sept pays européens (Allemagne, Angleterre, Danemark, France, Italie, Pays-Bas et Suède) sur la base des données de la littérature et avec l'aide d'experts locaux. Enfin, nous avons réalisé une étude de littérature pour explorer l'impact des soins intermédiaires sur les résultats des patients et l'utilisation de soins hospitaliers.



Vous trouverez de plus amples informations sur l'approche utilisée dans les différents chapitres du rapport scientifique.

2 ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS INTENSIFS EN BELGIQUE

2.1 Un grand nombre d'unités de soins intensifs réparties de manière inégale sur le territoire

Le paysage hospitalier belge est fortement morcelé, avec un grand nombre d'établissements – souvent relativement modestes – et donc un grand nombre d'unités de soins intensifs éparpillées sur le territoire. En effet, l'organisation des soins intensifs est étroitement liée à l'organisation d'autres services. D'une part, de nombreux traitements ne peuvent être proposés en toute sécurité sans la présence d'une unité de soins intensifs. D'autre part, les soins intensifs ne sont pas possibles sans la présence de services d'imagerie médicale, de laboratoire, etc. Par conséquent, la **quasi-totalité des hôpitaux aigus** (97 sur 99 en 2022^a) disposent d'au moins une unité de soins intensifs. Celles-ci sont réparties sur 119 sites hospitaliers.

Vingt-neuf sites hospitaliers disposent de deux unités ou plus. Ceux qui disposent du plus grand nombre d'unités (jusqu'à sept) appartiennent généralement à des hôpitaux universitaires ou à des grands hôpitaux généraux (> 450 lits aigus agréés).

La taille des unités de soins intensifs est très variable. En décembre 2022, la majorité d'entre elles (60,5%) disposaient d'un maximum de 12 lits agréés. Deux sites n'atteignaient pas le minimum légal de six lits^b. La plus grande unité comptait 84 lits agréés.

Les unités de soins intensifs sont réparties de manière inégale sur le territoire, et ne reflètent que partiellement la densité de la population. Comme on peut s'y attendre, les petits hôpitaux qui ne disposent que d'un seul site et dont l'unité de soins intensifs est relativement petite (dans la plupart des cas, 6-10 lits) sont généralement localisés dans les régions moins densément peuplées. Néanmoins, on observe aussi par ailleurs une concentration plus importante de petits sites à Bruxelles. Les unités de soins intensifs de plus grande taille se retrouvent généralement dans les grands hôpitaux ou les cliniques universitaires, le plus souvent installés en zone urbaine.

2.2 Beaucoup de lits de soins intensifs par rapport à d'autres pays, mais les chiffres sont difficilement comparables

Il ressort des données administratives que la Belgique dispose de **1 978 lits de soins intensifs agréés**. La différence entre le nombre de lits agréés, financés et opérationnels complique toutefois l'obtention d'un tableau clair et précis du nombre total de lits.

Par ailleurs, un certain nombre de lits sont destinés à des groupes-cibles spécifiques, comme les soins intensifs pédiatriques (85 lits) et les soins aux grands brûlés (44 lits).^c En moyenne, la Belgique compte **17,1 lits** de soins intensifs généraux **pour 100 000 habitants**, avec de nettes différences d'une région à l'autre.

^a 2022 étant l'année la plus récente pour laquelle le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) était disponible lors de la réalisation de cette étude, nous nous sommes également basés sur cette année pour le nombre d'hôpitaux, d'unités de soins intensifs et de lits.

^b Arrêté Royal du 27 avril 1998.

^c La suite de cette synthèse ne traite pas des soins intensifs destinés à des groupes cibles spécifiques. A ce propos, nous vous invitons à consulter le rapport scientifique.



Il s'agit d'un nombre relativement élevé en comparaison avec ce que l'on observe dans d'autres pays comme la Suède (4,92 lits), les Pays-Bas (5,74) ou l'Angleterre (7,01). Certains pays voisins comme la France (21,17) ou l'Allemagne (28,10) présentent toutefois une capacité plus élevée en lits de soins intensifs pour 100 000 habitants.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet au chapitre 2 du rapport scientifique.

3 LA SUBDIVISION EN NIVEAUX DE SOINS INTENSIFS LARGEMENT RÉPANDUE

La *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* propose une classification générique des soins intensifs reposant sur trois niveaux (du plus faible au plus élevé), qui tient compte de facteurs tels que la disponibilité de l'expertise, le soutien technologique et l'intégration organisationnelle, dans le but d'aligner les soins sur la complexité de la prise en charge.

Il ressort de notre analyse de sept pays européens que **quatre d'entre eux** (l'Allemagne, l'Angleterre, le Danemark et la Suède) utilisent un **système à trois niveaux**, mais appliquent et définissent ces niveaux de manières différentes.

3.1 La subdivision en niveaux à l'échelon international

Dans la plupart des pays, la subdivision en niveaux se fait habituellement à l'échelon de l'unité, sur la base de caractéristiques telles que le personnel, l'appareillage et les soins spécialisés. En Angleterre, la subdivision en niveaux de soins est toutefois déterminée à l'échelon du patient.

Souvent, le niveau de soins est défini sur la base du nombre de défaillances d'organes. En France, c'est l'utilisation prolongée de techniques de support – indépendamment du nombre d'organes défaillants – qui détermine si un patient doit être transféré à un niveau de soins supérieur. En Suède, toutes les unités de soins intensifs peuvent dispenser des soins pour n'importe quel type de défaillance d'organes, mais le niveau de l'unité dépend de la disponibilité d'autres équipements hospitaliers. En Allemagne, les niveaux sont couplés au système plus large des soins hospitaliers urgents, avec des exigences minimales fixées pour chaque niveau.

Les systèmes italien et néerlandais sont moins formalisés. En Italie, la subdivision diffère d'une région à l'autre, bien qu'il existe une proposition pour un modèle national à quatre niveaux. Les Pays-Bas se sont distanciés de la structure stratifiée et travaillent avec des normes de qualité, bien que, dans les faits, ce soient encore et toujours les unités de grande taille qui traitent les patients les plus complexes.

3.2 Les prestataires de soins, le facteur-clé pour la capacité des soins intensifs

La plupart des pays imposent des normes pour les qualifications, la disponibilité et la charge de travail des prestataires de soins. Elles ne sont pas toujours fixées spécifiquement par niveau.

3.2.1 Formation et dotation en personnel pour les médecins spécialistes

Dans la plupart des pays étudiés (entre autres au Danemark, en France, en Italie et en Suède), les médecins doivent avoir suivi une **formation en soins intensifs ou en anesthésiologie** pour pouvoir travailler aux soins intensifs. Néanmoins, ceci n'exclut pas l'implication de médecins issus d'autres disciplines, par exemple pour assurer un soutien supplémentaire en-dehors des heures de travail normales.

Souvent, des normes sont aussi prévues pour la **charge de travail** maximale **par médecin**. Le nombre minimal de médecins qui doivent être présents en journée est déterminé sur la base de différents facteurs : par patient (p.ex. en Angleterre ou au Danemark), par lit (p.ex. en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède) ou par unité (comme en France). Bien que ces facteurs ne soient souvent pas strictement couplés aux niveaux de soins intensifs, des pays comme l'Allemagne et le



Danemark recommandent tout de même d'adapter la dotation en personnel à la lourdeur des soins et à la complexité des patients.

En **Belgique**, la présence permanente d'un intensiviste est à l'heure actuelle obligatoire. La dotation en personnel doit être adaptée à l'intensité des soins et aux besoins du patient. Il ressort de notre étude qu'un intensiviste est présent en permanence sur la majorité des sites, et que le nombre d'intensivistes est plus élevé dans les unités spécialisées.

3.2.2 *Formation et dotation en personnel pour le personnel infirmier*

NIVEAU DE FORMATION

La plupart des pays ont fixé des exigences minimales pour la formation des infirmiers qui travaillent aux soins intensifs. En Allemagne, au moins 30% d'entre eux doivent avoir suivi une formation spécialisée en soins intensifs ; en Angleterre, cette proportion est de 50%. Au Danemark, il s'agit d'un objectif cible de 50%. En Italie, une formation de niveau bachelier est officiellement suffisante, mais un master est recommandé. La France n'impose pas de formation supplémentaire.

Dans notre pays, il existe des règles quant aux qualifications spécifiques obligatoires, tant pour l'infirmier-chef que pour les autres infirmiers qui travaillent aux soins intensifs. La fonction soins intensifs doit disposer d'une équipe infirmière fixe assurant une présence 24/7, à raison d'au moins deux infirmiers par bloc complet de six lits dont au moins un doit être titulaire du titre professionnel particulier en soins intensifs et d'urgence (ou assimilé). En 2022, environ 80% des infirmiers belges travaillant aux soins intensifs étaient titulaires d'un diplôme en soins intensifs ([rapport KCE 353](#)).

NOMBRE DE PATIENTS PAR INFIRMIER

Dans de nombreux pays, le **ratio patients-infirmier** est lié au niveau des soins intensifs, sauf au Danemark et aux Pays-Bas, où une distinction est opérée entre le jour et la nuit.

Au niveau de soins le plus élevé, le ratio patients-infirmier recommandé varie de 1:1 (Allemagne, Angleterre) à 2,5:1 (France). Les niveaux de soins inférieurs sont plus difficiles à comparer entre eux, en raison de différences dans la nature et le contenu des soins dispensés. Dans certains pays, la dotation en personnel est fixée au niveau de l'unité (p.ex. France, Suède), dans d'autres à celui du patient (p.ex. Allemagne, Angleterre). Dans l'ensemble, pour ces niveaux, le ratio patients-infirmier varie de 2:1 à 4:1.

Un **modèle de dotation en personnel flexible**, aligné sur les besoins des patients, permet de combiner différents niveaux de soins au sein d'une même unité de soins intensifs et de garantir une dotation en personnel adéquate aussi pour les cas moins complexes. Dans certains pays (p.ex. en Allemagne), le niveau de soins intensifs le plus bas recouvre surtout une surveillance et une observation renforcées qui ne sont pas possibles dans une unité de soins classique, et peut se comparer à ce que l'on considère ailleurs comme des soins intermédiaires. Dans d'autres, comme le Danemark, la France et la Suède, même le niveau le plus bas recouvre déjà des soins plus complexes et n'est donc pas comparable aux soins intermédiaires.

Pour les unités de soins intermédiaires, les ratios applicables sont généralement plus élevés, et la part d'infirmiers avec une formation spécifique en soins intensifs peut être plus faible que dans une unité de soins intensifs ; il arrive même qu'une telle formation ne soit pas requise du tout, suivant le pays et ce que recouvre précisément le niveau de soins. L'Allemagne recommande p.ex. au moins 20% d'infirmiers avec une formation en soins intensifs, et un ratio patients-infirmier de 4:1.



3.3 Besoin de mécanismes clairs et efficaces pour le transfert des patients

Une classification efficace des soins intensifs va toutefois plus loin qu'une simple subdivision en niveaux : elle exige aussi des **mécanismes clairs et efficaces pour le transfert des patients**.

En Angleterre, au Danemark et en Suède, il existe des accords formels pour le transfert en temps utile des patients vers un niveau supérieur. Ces accords sont soutenus par des systèmes comme le registre national suédois des lits, et par des protocoles de transfert. Ils nécessitent toutefois aussi l'existence d'une capacité de réserve suffisante dans les unités de soins intensifs du niveau le plus élevé. Les Pays-Bas utilisent des services de transport spécialisés pour transférer les patients vers un autre hôpital en toute sécurité.

Vous trouverez de plus amples informations sur notre comparaison internationale au chapitre 9 du rapport scientifique.

4 EN BELGIQUE, UNE ORGANISATION DES SOINS INTENSIFS EN NIVEAUX NON FORMELLE, MAIS FACTUELLE

4.1 De grandes différences dans l'utilisation et l'intensité des soins intensifs

4.1.1 *Un nombre de séjours et des taux d'occupation très variables...*

Un séjour impliquant des soins intensifs a été défini comme tout séjour hospitalier incluant une admission aux soins intensifs à un moment ou l'autre du séjour. En 2022, on observait un **nombre de séjours très variable par site hospitalier**, de 124 à 4 504.

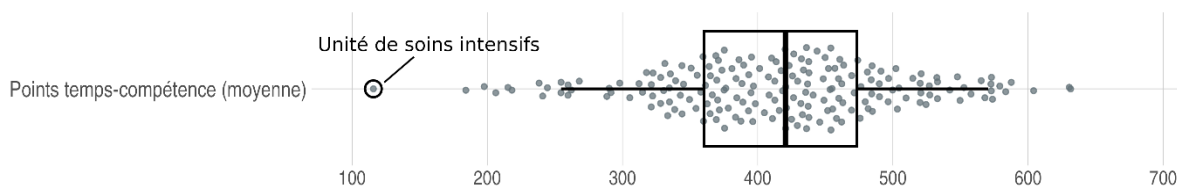
Environ 40% des sites enregistraient moins de 500 séjours. En Wallonie, le nombre moyen de séjours par site était plus faible qu'à Bruxelles et en Flandre.

En outre, les taux d'occupation des soins intensifs varient également d'un site hospitalier à l'autre. Les petits sites ont en moyenne des taux d'occupation plus faibles (61 %) et présentent plus de valeurs extrêmes et des fluctuations plus importantes que les grands sites et les sites universitaires, où les taux d'occupation sont respectivement de 69 % et 74 %. Si les fluctuations dans le temps sont en partie inévitables, une trop grande variabilité peut compromettre l'utilisation efficace des ressources.

4.1.2 *... tout comme l'intensité des soins*

L'intensité et la complexité des soins a été déduite du DI-RHM (données infirmières du résumé hospitalier minimum) de différentes manières. La Figure 1 illustre l'intensité moyenne des soins par unité de soins intensifs à l'aide d'une valeur (en points) qui tient compte du temps et de la compétence nécessaires pour dispenser les soins infirmiers. Notre analyse met au jour une **grande variabilité de l'intensité des soins d'une unité de soins intensifs à l'autre**. Ainsi, l'intensité des soins dans l'unité où cette valeur est la plus haute est plus de cinq fois plus élevée que dans l'unité où elle est la plus faible. Ce tableau est confirmé par d'autres mesures dérivées du DI-RHM. Dans 10% des unités, seul un tiers environ des épisodes de soins (voire moins) ont un profil correspondant aux soins intensifs (*Nursing Related Group* ou NRG de caractère intensif). À l'autre extrême du spectre, on voit que dans les 10% d'unités où les soins sont les plus intensifs, 95% ou plus des épisodes de soins affichent clairement un profil de type intensif.

Figure 1 – Variation de l'intensité des soins dans les unités de soins intensifs



Légende : chaque disque représente une unité de soins intensifs. La valeur représentée dans la figure correspond au nombre moyen de points temps-compétence : plus cette valeur est élevée, plus l'intensité des soins est importante. La boîte représente le milieu de la distribution (du 25ème au 75ème centile), la médiane étant représentée par la ligne intérieure. Les lignes horizontales montrent la distribution du 5ème au 95ème centile.

Nous avons aussi constaté que l'intensité des soins est plus faible dans les hôpitaux ne disposant que d'un seul site et d'une seule unité de soins intensifs, ainsi que dans les hôpitaux avec un nombre de lits plus faible. À l'inverse, l'intensité moyenne des soins est plus élevée dans les unités de soins intensifs qui proposent des soins de haute technologie, principalement au sein d'hôpitaux universitaires ou de grande taille. Ceci s'explique probablement par le fait que ces hôpitaux disposent de plusieurs unités de soins intensifs, chacune spécialisée dans un domaine et un type de patients spécifiques.

4.1.3 Un séjour bref pour la majorité des patients

La durée médiane du séjour dans une unité de soins intensifs s'élève à **un peu moins de 2 jours**, avec peu de différences d'une région ou d'un type d'hôpital à l'autre. Le séjour aux soins intensifs est généralement plus long (2,4 jours) s'il intervient dans le cadre d'une admission urgente que s'il intervient dans le cadre d'une admission planifiée (1,2 jours). Les durées de plus de 30 jours aux soins intensifs ne concernent que 2% des séjours.

Vous trouverez de plus amples informations sur le profil d'activité des unités de soins intensifs belges au chapitre 4 du rapport scientifique.

4.2 Transfert des patients admis aux soins intensifs

En 2022, il y a eu **1 875 transferts d'une unité de soins intensifs à une autre^d**, dont 75% vers un autre hôpital et 25% au sein du même hôpital. Ces transferts représentent 1,6% de l'ensemble des séjours. Plus de 15% d'entre eux sont intervenus le jour même de l'admission et 30%, le lendemain, ce qui montre que la décision clinique de transférer le patient est souvent prise relativement vite. On observe aussi des transferts tardifs (après 14 jours) (chez 5-10% des patients), peut-être en raison d'une évolution des besoins en soins ou de complications, ou d'une évaluation préalable qui s'est avérée erronée.

La Figure 2 présente quelques informations sur les sites hospitaliers transféreurs et receveurs pour les premiers transferts (donc sans compter les retours) entre hôpitaux. Les transferts sont effectués principalement **au départ de petits hôpitaux** (≤ 300 lits), souvent situés dans des régions moins densément peuplées ou des petites villes. Les **hôpitaux receveurs** sont surtout de grands établissements (> 450 lits, 22%) et des hôpitaux universitaires (51%) installés en zone urbaine.

^d Les chiffres présentés dans cette section se basent sur les transferts de patients dans les unités de soins intensifs généraux et pédiatriques, et dans une unité des grands brûlés.

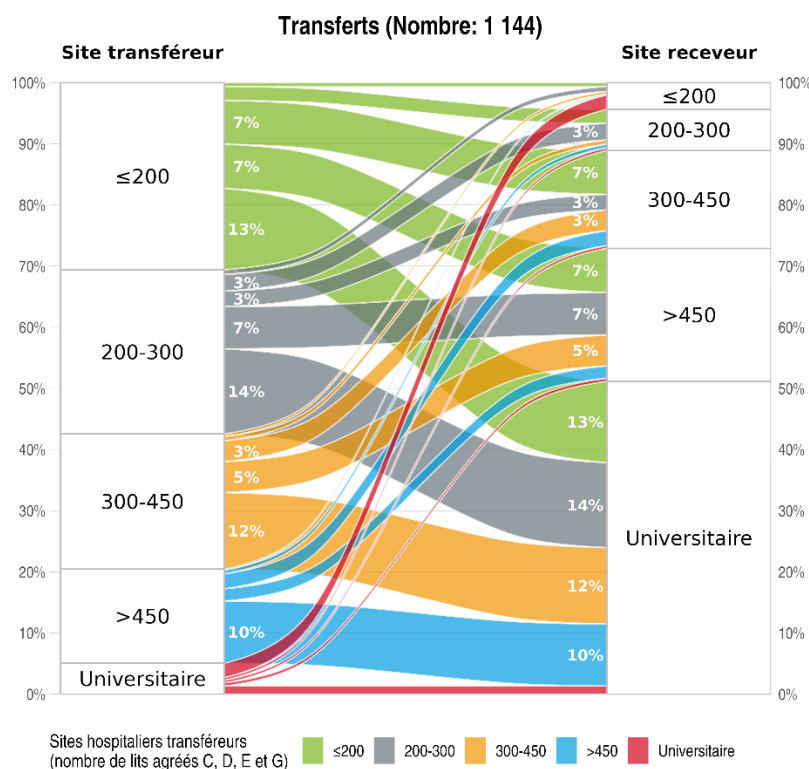


Il ressort de notre enquête auprès des hôpitaux que la principale raison de transférer un patient à un autre hôpital est le **manque d'expertise adéquate** dans l'hôpital transféreur, par exemple lorsqu'il est question d'une chirurgie spécialisée (p.ex. chirurgie cardiaque).

Là aussi, ces constats confirment que les différents niveaux de soins existent déjà dans la pratique quotidienne. Ils montrent aussi que les transferts sont essentiels pour l'accès aux soins spécialisés, et doivent être effectués en temps opportun.

Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet au chapitre 4 du rapport scientifique.

Figure 2 – Transferts entre les unités de soins intensifs d'hôpitaux différents, 2022



Source : Résumé Hospitalier Minimum

4.3 Mortalité hospitalière pour les séjours avec passage aux soins intensifs

UN LIEN ENTRE MORTALITÉ ET VOLUME, MAIS LA PRUDENCE EST DE MISE

Au cours de la période 2016-2019, 11,8% des patients ayant fait un passage aux soins intensifs^e, sont décédés à l'hôpital. Après exclusion des courts séjours, des patients palliatifs et des pathologies associées à une très faible mortalité, on constate que 17,8% des patients admis aux soins intensifs décèdent à l'hôpital.

Nous avons recherché l'existence d'un lien entre le nombre de patients admis aux soins intensifs et la mortalité hospitalière. Lorsque tous les patients admis aux soins intensifs étaient analysés ensemble, indépendamment de leurs comorbidités ou de leur diagnostic, nous n'avons pas observé de lien. Un volume de patients plus élevé semble néanmoins associé à une mortalité hospitalière plus faible lorsque l'on considère spécifiquement les personnes avec une lourde charge de comorbidité ou

^e Y compris aux soins intensifs pédiatriques ou dans un service des grands brûlés.

certaines groupes diagnostiques comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies du système respiratoire ou celles de l'appareil digestif. Pour ces groupes de diagnostics, ce constat se vérifie aussi bien pour l'ensemble des admissions que pour les admissions avec des comorbidités importantes : un volume de patients plus élevé est alors associé à une plus faible mortalité hospitalière. Ceci suggère que, pour les patients les plus complexes ou pour certaines pathologies bien spécifiques, un volume critique est nécessaire pour développer l'expertise et l'expérience nécessaires à l'administration de soins complexes.

Les chiffres de mortalité doivent toutefois être interprétés avec une certaine prudence. Une limitation majeure de nos analyses, basées sur des données administratives, est qu'il pourrait y avoir une certaine variabilité dans les habitudes d'encodage et que des données cliniques/physiologiques spécifiquement pour les soins intensifs (p.ex. résultats de laboratoire, fonction respiratoire, fonction rénale) ne sont pas disponibles. En outre, il n'est pas toujours possible, dans de telles analyses, de prendre complètement en compte des facteurs tels que le *case mix* et la politique d'admission. Il est donc essentiel de compléter ces chiffres par des indicateurs de qualité plus larges, tels que le respect des protocoles, le niveau d'infections, les réadmissions non planifiées et des résultats-patients à plus long terme comme le statut fonctionnel.

Vous trouverez de plus amples informations sur nos analyses basées sur les données de mortalité hospitalière au chapitre 6 du rapport scientifique.

4.4 Pas de niveaux formels, mais une subdivision bien réelle sur le terrain

La Belgique ne dispose pas à l'heure actuelle d'un système de classification formalisé ou légalement défini pour les soins intensifs. Il ressort toutefois des réponses à notre enquête auprès des hôpitaux qu'il existe bien une forme implicite de subdivision en différents niveaux. Sur la base de la classification de la WFSICCM, nous pouvons diviser la pratique actuelle comme suit : 17% des sites hospitaliers relèvent du niveau 1, un peu moins de 60% du niveau 2 et près de 22% du niveau 3 (le plus élevé).

Ces chiffres doivent toutefois être pris avec une certaine prudence, parce que notre enquête auprès des hôpitaux ne mentionnait pas tous les critères par niveau. En outre, il s'agit de données auto-rapportées.

Reste que là aussi, il apparaît clairement que certaines unités de soins intensifs ont atteint un niveau de spécialisation plus élevé, et ont aussi investi les moyens nécessaires pour ce faire. Les patients les plus complexes, avec une défaillance multi-organique, sont le plus souvent pris en charge dans des hôpitaux universitaires ou de grande taille, qui ont recours à des technologies de pointe et disposent d'intensivistes 24/7. Les hôpitaux de plus petite taille proposent surtout des soins intensifs moins complexes, avec moins de personnel et d'appareillage.

4.5 Les variations dans la dotation en personnel infirmier révèlent également l'existence de différents niveaux de soins

4.5.1 Une norme actuelle d'environ trois patients par infirmier

La subdivision des unités de soins intensifs en différents niveaux de soins est aussi une manière de mieux aligner les besoins en soins des patients et l'expertise médicale et infirmière adéquate. La capacité aux soins intensifs dépend en effet surtout de la disponibilité de prestataires de soins qualifiés, et moins d'un nombre suffisant de lits ou de l'appareillage.

Lors de l'introduction de niveaux de soins, une **dotation en personnel adaptée** revêt donc une importance cruciale. La réglementation belge actuelle exige, pour une fonction soins intensifs, deux infirmiers pour six lits, soit un **ratio d'environ trois patients par infirmier (3:1)**, et ce quelle que soit la lourdeur des soins. Selon cette norme, les infirmiers actifs aux soins intensifs en Belgique doivent encadrer plus de patients que dans la majorité des autres pays que nous avons étudiés, où ce ratio de 3:1 n'est prévu que pour les niveaux de soins plus faibles. D'un autre côté, en l'absence d'unités



de soins intermédiaires officielles (voir section 4.7), des patients avec un profil moins critique sont également admis aux soins intensifs dans notre pays. Ceci se traduit par une intensité des soins qui, dans certaines unités de soins intensifs, est comparable à celle d'unités de soins classiques où l'intensité des soins est élevée.

Il ressort de notre étude que, dans la pratique, la majorité des hôpitaux prévoient une dotation en personnel correspondant à un ratio de 2 à 3 patients par infirmier. Un ratio de 1:1, le standard pour les soins intensifs du plus haut niveau dans d'autres pays, n'est pas courant en Belgique. S'il est nécessaire, des lits doivent être temporairement fermés et/ou le nombre d'infirmiers doit être temporairement accru par le biais de l'équipe mobile.

4.5.2 *Des ratios variables en fonction de la lourdeur des soins seraient souhaitables*

Transposer les bonnes pratiques internationales au contexte belge permettrait à nos unités de soins intensifs de mieux répondre à la complexité des soins intensifs. Une combinaison d'approches axées sur les patients et spécifiques aux soins intensifs serait souhaitable, avec des ratios variables en fonction de la lourdeur des soins et la possibilité, si nécessaire, de passer à un ratio de 1:1 pour les patients les plus critiques sans affecter le ratio des autres patients.

Un ratio 1:1 pourrait être réservé aux unités du plus haut niveau, qui pourraient également continuer, en plus, à prendre en charge des patients moins critiques. Les unités de soins intensifs de niveau plus bas pourraient se focaliser surtout sur les patients avec un plus faible profil d'intensité des soins, avec davantage de patients par infirmier et des profils de personnel adéquats. Cette approche demande de la flexibilité, avec un financement et une dotation en personnel adaptés, ainsi qu'un bon monitoring.

4.5.3 *Besoin de monitoring*

Bien que l'intensité des soins varie fortement d'une unité de soins intensifs à l'autre (voir section 4.1.2), il est actuellement difficile de vérifier si ces différences se reflètent aussi dans la dotation en personnel. Un bon **système de monitoring**, avec des données concernant le personnel et la lourdeur des soins, est nécessaire pour pouvoir l'évaluer. Depuis 2017, la dotation en personnel n'est toutefois plus reprise dans le DI-RHM. En outre, ce dernier n'est pas enregistré en continu.

4.6 **Les stakeholders largement favorables à une subdivision formelle en niveaux de soins intensifs**

Il existait parmi les stakeholders interrogés un **large consensus** sur la nécessité d'un système de classification formel à plusieurs niveaux pour les soins intensifs en Belgique, avec une distinction claire entre soins généraux et spécialisés (hautement complexes). Le morcellement actuel est une source d'inefficiences, de perte d'expertise et de variabilité dans la qualité des soins.

D'après eux, les soins intensifs les plus complexes devraient idéalement être centralisés dans des centres bien équipés disposant d'une infrastructure spécialisée, de technologies avancées et de suffisamment de personnel hautement qualifié. Ces centres devraient pouvoir garantir la présence permanente d'une expertise en soins intensifs et, si nécessaire, travailler avec des ratios patients-infirmier très bas (p.ex. 1:1).

De nombreux stakeholders plaident toutefois aussi pour une classification construite de manière à garantir la **flexibilité** du système, afin que l'utilisation de personnel et de moyens soit adaptée à la gravité de l'état du patient, quels que soient le lieu ou la classification des soins intensifs. Il faut pour cela un système autorisant un tri en temps réel, qui évalue en continu et très rapidement la gravité de l'état d'un patient et décide où celui-ci devrait être pris en charge. Ceci impose de prévoir des règles claires pour l'admission, une obligation de transfert, et des systèmes de financement et d'agrément adéquats.

Une autre remarque importante était que **les unités de soins intensifs spécialisées ne devraient pas se limiter aux cas complexes**, mais devraient aussi pouvoir continuer à prendre en charge des patients moins critiques. Cela contribue en effet à mieux répartir la charge de travail entre les prestataires qui travaillent dans ces unités, et donc à améliorer leur bien-être. En outre, il est un fait que le degré d'instabilité médicale, les besoins en soins et la complexité peuvent être très variables au cours de la période où le patient a besoin de soins intensifs. Un système trop rigide risquerait de provoquer trop de transferts inutiles.

Le rôle des hôpitaux avec un **petit nombre de lits** de soins intensifs faisait débat parmi les stakeholders. De par leur capacité limitée (souvent 6 à 12 lits), les soins intensifs sont aujourd'hui éparpillés et morcelés. De nombreux répondants doutent que ces unités de petite taille soient suffisamment équipées pour prendre en charge des patients gravement malades. En outre, notre analyse montre qu'ils dispensent plus souvent des soins de faible intensité, tandis que les soins complexes et de haute technologie sont assurés surtout dans des hôpitaux plus grands et universitaires (voir section 4.1.2).

D'un autre côté, les hôpitaux estiment que les soins intensifs sont indispensables en soutien notamment aux soins urgents, au rétablissement après chirurgie et au traitement des complications médicales graves. Le rôle des petites unités doit donc être placé dans une vision plus large de l'organisation d'un paysage hospitalier tourné vers l'avenir.

Il faut néanmoins veiller à ce que le premier niveau des soins intensifs soit suffisamment stimulant pour attirer et retenir des infirmiers et médecins porteurs d'une expertise spécifique en soins intensifs. En ces temps de pénurie, il est d'autant plus important de faire un usage efficient de ces professionnels des soins hautement qualifiés, en les mobilisant au chevet des patients qui retireront le plus grand bénéfice de leur expertise.

4.7 Les unités de soins intermédiaires en Belgique

4.7.1 *Pas d'agrément formel, mais elles existent*

Bien que les soins intermédiaires ne bénéficient pas d'un agrément formel ou d'un financement distinct en Belgique, il n'y a pas non plus d'obstacles légaux à la création d'unités de ce type, qui existent d'ailleurs dans de nombreux hôpitaux. Au total, nous avons identifié dans notre enquête auprès des hôpitaux **91 unités de soins intermédiaires réparties sur 52 sites**, dont 5,2% sont des unités de prise en charge des AVC, 24,2% des unités *step-up/step-down* médicales ou chirurgicales, 17,6% des USPA^f et 16,5% des unités cardiologiques ou coronaires. Avec une médiane de **six lits**, les unités de soins intermédiaires restent des structures de petite échelle.

Le plus souvent, les unités de soins intermédiaires sont plutôt intégrées à des services de soins classiques que rattachées à une unité de soins intensifs ou un service des urgences. Ceci trahit une approche pragmatique et une tendance claire à intégrer les soins intermédiaires à des unités existantes, sur la base des moyens disponibles.

Plusieurs pays recommandent ici un ratio de maximum 4 patients par infirmier (4:1), et certains appliquent même des normes plus strictes. **Un ratio de 4:1 correspond au nombre médian de patients par infirmier un jour de semaine au sein des unités de soins intermédiaires belges**. Bien que les ratios patients-infirmier dans les unités de soins intermédiaires soient habituellement plus élevés que dans les unités de soins intensifs, les soins qui y sont dispensés demandent souvent un travail intensif et donc une mobilisation conséquente de personnel infirmier.

^f Unités de soins post-anesthésiques où les patients récupèrent après une opération.



4.7.2 Une bonne sélection des patients est capitale

Les partisans d'unités de soins intermédiaires y voient un « tampon » utile qui **améliore le flux des patients entre les soins intensifs et les unités de soins classiques**. Elles peuvent prévenir les transferts précoces depuis les soins intensifs et intervenir en temps utile pour gérer un patient dont l'état se détériore en unité de soins classique, ce qui leur permet d'alléger la pression sur les soins intensifs dans les deux sens. En cas de crise sanitaire, elles peuvent en outre être mobilisées de façon flexible en soutien aux équipes de soins intensifs, à condition que leur personnel soit suffisamment formé.

Leur **impact réel sur les résultats des patients et sur l'efficacité** restent toutefois mal établis, avant tout en raison d'une certaine variabilité dans les définitions, la sélection et l'organisation (voir chapitre 10 du rapport scientifique pour plus de détails). Il ressort toutefois de la littérature qu'elles offrent un potentiel d'économies en ce qui concerne certains groupes de patients spécifiques, pour autant que ceux-ci ne soient pas admis à tort dans une unité de soins intermédiaires. Une **bonne sélection** est donc capitale : ce sont surtout les patients chez qui la charge de la maladie est modérée qui semblent retirer un bénéfice de cette forme de soins, moyennant des critères d'admissions clairs et soigneusement étayés.

4.7.3 Les défis de l'implémentation formelle d'unités de soins intermédiaires

L'introduction formelle d'unités de soins intermédiaires nécessite **une législation spécifique et un financement adapté**. Les défis importants à relever concernent entre autres : le choix de la responsabilité médicale finale (p.ex. aux intensivistes ou aux spécialistes de chaque organe), la garantie de la continuité des soins, la mise en place de structures de personnel adaptées.

Une approche nationale uniforme risque toutefois de miner la flexibilité qui existe actuellement au niveau local. Nombre de stakeholders plaident donc pour que les **hôpitaux conservent leur autonomie**, afin de pouvoir aligner l'organisation, la direction et l'intégration des unités de soins intermédiaires sur leurs propres besoins et possibilités. En même temps, cette approche flexible demande **une surveillance claire de la qualité et une transparence suffisante**.

5 QUID DU FINANCEMENT DES SOINS INTENSIFS ?

5.1 Le financement des hôpitaux en Belgique

Les hôpitaux belges sont financés principalement par le biais du **Budget des Moyens Financiers** (BMF) et par une fraction des honoraires de leurs médecins, connue sous le nom de **rétrocessions**. Le BMF est un budget fermé qui comporte plusieurs sous-parties dont la plus grande est la sous-partie B2 (33% du BMF pour les hôpitaux aigus en 2024), qui recouvre le budget des soins infirmiers, du personnel non médical et des produits médicaux. Elle est répartie entre les différents hôpitaux sur la base d'un système de points. L'attribution de la plus grande partie des points – les points de base – dépend du type de patients pris en charge par l'hôpital (ce que l'on appelle son *case mix*), pondéré en fonction de la durée de séjour moyenne nationale ou justifiée par groupe de pathologies. Pour chaque service, le nombre de journées d'hospitalisation justifiées est ensuite divisé par le taux d'occupation normatif pour calculer le nombre de lits justifiés. En 2024, la valeur d'un point s'élevait à 36 656,87 euros.

Vous trouverez de plus amples informations sur le financement hospitalier belge dans nombre d'autres rapports du KCE, dont notamment le [rapport 392](#) et le [rapport 302](#).

5.2 Le financement actuel des soins intensifs

Les hôpitaux ne touchent pas de **financement de base distinct** pour les soins intensifs, mais reçoivent par lit un point de base provenant des lits justifiés de chirurgie (C), médecine interne (D) et pédiatrie (E).

Par ailleurs, les hôpitaux reçoivent également des **points supplémentaires** pour les soins intensifs, en raison de la plus haute intensité des soins qui y sont dispensés.^g Ce nombre de points dépend de trois facteurs : le nombre de prestations de réanimation, la part que représentent les activités de soins intensifs par rapport au nombre total de journées de soins (points NRG), et enfin le pourcentage de journées que les patients passent aux soins intensifs, appliqué au *case mix* de l'hôpital (points NPERCIZ^h). Les hôpitaux sont répartis en déciles sur la base de leurs résultats à chacun de ces trois indicateurs ; leur décile détermine leur nombre de points supplémentaires par lit C, D et E justifié. Sur la base du nombre total de points, on détermine ensuite combien de lits de soins intensifs (dits « **lits à caractère intensif** ») sont effectivement financés. Pour les hôpitaux qui se retrouvent dans le décile inférieur pour chacun des indicateurs, les lits de soins intensifs financés représentent 2% des lits C, D et E justifiés, pour ceux qui se trouvent à chaque fois dans le décile supérieur, ce pourcentage est de 10,25%. Le nombre de points par lit de soins intensifs est toutefois plafonné (5 points maximum), ce qui a pour effet que certains hôpitaux, principalement les plus grands, touchent un financement plus faible que ce que l'on attendrait sur la base de leurs activités.

Vous trouverez de plus amples informations sur le financement des soins intensifs en Belgique au chapitre 3 du rapport scientifique.

5.3 Pas tout à fait aligné sur la complexité et la diversité des soins intensifs

Le financement actuel des soins intensifs a été un sujet important dans nos discussions avec les stakeholders. Il existe parmi eux une conviction partagée que le système actuel ne tient pas suffisamment compte des différents niveaux d'intensité des soins aux soins intensifs.

Il ressort également de notre analyse des données administratives nationales que le financement actuel, bien que basé sur l'intensité des soins, n'est pourtant pas tout à fait en phase avec la complexité et la diversité de l'offre en soins intensifs.

LES PETITS HÔPITAUX AUSSI PEUVENT AVOIR UNE GRANDE PART DE LEURS LITS POUR LES SOINS INTENSIFS

Dans la plupart des hôpitaux, le nombre de lits de soins intensifs financés est resté stable entre 2014 et 2023, en dépit de quelques fluctuations dans certains établissements. En moyenne, la part des lits de soins intensifs financés se situe entre 2 et 6% du nombre de lits C, D et E justifiés. Bien que les grands hôpitaux atteignent plus souvent des pourcentages élevés, on retrouve aussi des petits hôpitaux dans les déciles supérieurs et donc dans le groupe avec la plus grande proportion de lits à caractère intensif, ce qui indique qu'une proportion relativement grande de leur capacité en lits est consacrée aux soins intensifs.

UN FOSSÉ PARFOIS IMPORTANT ENTRE LITS DE SOINS INTENSIFS AGRÉÉS ET FINANCÉS

Un atout du système actuel est qu'il finance l'activité aux soins intensifs plutôt qu'uniquement l'infrastructure, ce qui peut être, pour les autorités, une approche plus efficiente pour l'allocation des moyens. Le revers de la médaille est toutefois que les hôpitaux peuvent être moins enclins à référer des patients complexes à d'autres niveaux de soins qui seraient mieux adaptés à leur situation.

^g Article 46 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002.

^h NPERCIZ = pourcentage national de journées aux soins intensifs



La différence entre lits de soins intensifs agréés et financés montre bien le décalage entre les deux paramètres. Dans certains hôpitaux, moins d'un quart des lits agréés sont effectivement financés, alors que d'autres ont au contraire plus de lits financés que de lits agréés.

LES MÉTHODES DE MESURE NE REFLÈTENT PAS TOUJOURS CORRECTEMENT LES BESOINS EN SOINS

Les différents indicateurs utilisés pour le financement des soins intensifs ne livrent pas toujours un tableau cohérent des besoins en soins réels. Il n'y a par exemple qu'une corrélation modérée entre les déciles NPERCIZ et les caractéristiques cliniques des patients admis aux soins intensifs. En moyenne, les hôpitaux des déciles supérieurs présentent un score de gravité (SOI, *severity of illness*) plus élevé et un plus haut degré de comorbidité. Il existe toutefois aussi des différences considérables à l'intérieur de chaque décile, en particulier au niveau de la charge de comorbidité. Ceci indique que la répartition par déciles n'est pas déterminée exclusivement par la lourdeur des soins. Les hôpitaux avec un score élevé pour l'indicateur NPERCIZ totalisent souvent un nombre relativement élevé d'admissions aux soins intensifs après neurochirurgie ou chirurgie cardiaque, car ces interventions imposent généralement plusieurs jours de soins intensifs. Leur score s'en trouve accru, mais cela ne signifie pas automatiquement que les soins sont plus lourds ou plus complexes. Le score reflète surtout le type de traitement et l'utilisation des lits de soins intensifs, pas forcément la gravité des cas.

5.4 Le financement des soins intensifs à l'étranger

Le financement des soins intensifs diffère fortement d'un pays à l'autre. Dans les sept pays que nous avons étudiés, la base du financement hospitalier est un **système basé sur des DRG (*Diagnosis Related Groups*)**, avec un forfait par groupe de diagnostics. L'application de ce système aux soins intensifs est toutefois très variable, avec p.ex. des **montants supplémentaires** par jour ou par prestation pour couvrir les coûts élevés aux soins intensifs.

Cette approche suscite certaines critiques, parce qu'elle peut déboucher sur des situations inefficaces, telles que des séjours trop longs ou l'évitement des patients complexes.

En Angleterre, en Italie et en Suède, les soins intensifs sont au contraire financés indépendamment des DRG, par le biais de budgets historiques ou d'accords locaux. Cette approche convient mieux au caractère imprévisible des soins intensifs, mais est aussi moins transparente. Seuls quelques pays, comme l'Allemagne et le Danemark, financent les soins intensifs sur la base de leur niveau.

6 LES DÉFIS DE LA COLLECTE DES DONNÉES

6.1 Le nombre de lits de soins intensifs reste mal défini

L'organisation des soins intensifs en Belgique est confrontée à plusieurs défis en termes de monitoring et de planification stratégique. Un problème majeur réside dans **l'absence de données claires et cohérentes** sur le nombre exact de lits de soins intensifs. En raison des différences entre lits agréés, financés et opérationnels, il est en effet difficile de dresser un tableau précis de la capacité réelle.

En-dehors des informations recueillies dans le cadre de notre enquête, nous ne disposons pas d'un aperçu du **nombre de lits effectivement disponibles et opérationnels**. Il y avait au moins un lit fermé dans 59 unités de soins intensifs, généralement en raison d'un manque de personnel. En moyenne, le nombre de lits fermés par unité s'élevait à 1,4 ; avec des valeurs extrêmes pouvant aller jusqu'à 12. L'absence de monitoring en temps réel des lits fermés ou des pénuries de personnel complique beaucoup une réaction rapide.

Les autres pays disposent souvent de registres nationaux pour les soins intensifs mais, là aussi, seuls quelques-uns assurent un suivi en temps réel des lits disponibles, qui est pourtant crucial pour la gestion de la capacité et le transfert des patients.

En l'absence d'une méthode uniforme et transparente pour dresser le tableau des lits de soins intensifs, il est difficile, en Belgique, de développer une stratégie fondée sur des données factuelles, d'allouer correctement les moyens disponibles et de prendre des décisions informées pour un transfert fluide des patients.

6.2 Pas de registre centralisé de l'activité aux soins intensifs

Au-delà des incertitudes quant au nombre de lits, nous ne disposons pas non plus d'une **vision claire de l'activité aux soins intensifs**, par exemple en termes de gravité des pathologies, de dotation en personnel et d'expertise disponible. La Belgique dispose d'un nombre relativement élevé de lits de soins intensifs par habitant, mais on ne sait pas très bien à quel point ceux-ci sont utilisés de manière intensive et appropriée.

Comparer les activités et l'efficience des différents hôpitaux est également difficile, parce que les infrastructures de données actuelles ne permettent pas une évaluation systématique de la qualité des soins, des résultats-patients ou de la dotation en personnel par rapport à la lourdeur des cas. Le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), qui sert de base au financement, est perçu comme trop peu spécifique par les stakeholders. Il s'agit en effet essentiellement de données administratives, où manquent des détails cliniques sur la gravité de l'état des patients et qui ne sont rapportées qu'avec un certain retard (parfois jusqu'à deux ans). Par ailleurs, il n'y a plus de **données récentes relatives au personnel par unité de soins**, parce que leur enregistrement n'est plus obligatoire. Ceci entrave le monitoring des activités aux soins intensifs et l'amélioration ciblée des soins.

Ce manque de transparence est un problème pour les décideurs *et* pour les hôpitaux qui veulent améliorer les soins qu'ils dispensent. Les stakeholders appellent donc à prévoir un **système de données spécifique pour les soins intensifs**.

6.3 Lourdeur des soins infirmiers : NAS ou DI-RHM ?

Une mesure précise de la **charge de travail des infirmiers** aux soins intensifs est capitale pour pouvoir prendre des décisions informées sur la dotation en personnel. Deux instruments sont disponibles dans le secteur hospitalier belge : le NAS (*Nursing Activities Score*) et le DI-RHM. Le NAS est spécifique aux soins intensifs, et est considéré comme le *gold-standard* international. Nous avons comparé les deux outils entre eux dans un échantillon de 8 hôpitaux, afin d'examiner si le DI-RHM peut offrir une alternative au NAS pour la mesure de la charge de travail des infirmiers aux soins intensifs et d'évaluer si la mesure de la charge de travail au moyen du DI-RHM peut être améliorée par l'ajout d'éléments spécifiques du NAS. Il ressort de notre analyse que ces systèmes ont tous deux leurs défauts. L'instrument parfait n'existe donc pas, et le choix doit être fait en fonction des objectifs poursuivis. En outre, il est important de suivre également d'autres indicateurs (p.ex. les soins non réalisés, le bien-être du personnel infirmier) comme déjà recommandé dans le [rapport KCE 353](#).

Vous trouverez de plus amples informations au chapitre 5 du rapport scientifique.

6.4 Utilisation des données proportionnée aux divers objectifs

Les systèmes de données utilisés dans le secteur des soins poursuivent des fins diverses, et la mise à disposition des données doit toujours être proportionnée à l'objectif. La **gestion de crise** nécessite par exemple un accès rapide et ciblé à des données-clés pour rendre possible une réaction adéquate. Le **monitoring de la qualité** requiert des informations plus détaillées et longitudinales, qui permettront la réalisation d'évaluations et de comparaisons fiables sans compromettre le respect de la confidentialité. La **planification de capacité**, elle, requiert des données globales concernant l'infrastructure, le personnel et la demande de soins, pour lesquelles la transparence et une bonne collaboration entre établissements revêtent une importance cruciale. Chaque application soumet donc l'équilibre entre partage des données et proportionnalité à des exigences spécifiques.



7 CONCLUSION

Les soins intensifs sont indispensables pour assurer des traitements complexes et potentiellement salvateurs dans nos hôpitaux. La quasi-totalité des établissements hospitaliers belges, quelle que soit leur taille, dispensent des soins intensifs, ce qui a pour conséquence que notre pays dispose d'un nombre relativement élevé de lits de soins intensifs. Il nous manque toutefois une vision claire des prestations réalisées aux soins intensifs, en particulier en termes de lourdeur des soins, d'intensité des soins et de résultats.

Néanmoins, nous avons pu constater que l'**intensité des soins** varie fortement d'une unité de soins intensifs à l'autre. Ceci reflète non seulement la diversité des profils des patients, mais aussi les différents rôles et domaines d'expertise des unités de soins intensifs – un aspect que la politique et le financement actuels ne prennent pas suffisamment en compte. Un modèle avec différents niveaux de soins, qui opère une distinction entre centres spécialisés et soins intensifs plus généraux, pourrait remédier à cette situation.

À l'heure actuelle, la Belgique ne dispose toutefois **pas d'un cadre officiel** pour une telle subdivision, ce qui débouche sur les problèmes suivants :

- Il est difficile de réaliser une **comparaison** transparente entre les différents hôpitaux, et de **leur allouer les moyens corrects**. En l'absence de niveaux standardisés, il est aussi plus difficile de vérifier si les patients sont pris en charge **dans le contexte approprié** et si la **capacité est suffisante** dans notre pays.
- Le manque de critères formels provoque des **différences dans la qualité des soins**, en particulier si les manques de moyens ne sont pas reconnus ou résolus.
- Cela complique la mise en place de **formations ciblées**, la **planification des ressources humaines** et un **financement correct**. Le financement actuel tient trop peu compte des différences dans la lourdeur des soins.
- Au cours d'une **crise** comme la pandémie du COVID-19, cela complique l'élargissement de la capacité et la collaboration, et ce au moment où clarté et coordination sont plus importantes que jamais.

Une subdivision formelle des soins intensifs en plusieurs niveaux permettrait de mieux aligner l'infrastructure, le personnel et le financement sur les besoins réels des patients. Heureusement, on voit que nos prestataires de soins appliquent déjà implicitement en partie cette classification dans la pratique quotidienne, ce qui nous offre une bonne base de départ.

À elle seule, une telle **classification n'est toutefois pas suffisante**. Elle doit s'inscrire dans une réforme hospitalière plus large, puisque les soins intensifs sont étroitement liés aux autres services.

En outre, des **éléments supplémentaires** sont nécessaires :

- Un système de transport fiable pour transférer les patients en toute sécurité d'un hôpital à l'autre, tel qu'il existe p.ex. aux Pays-Bas (voir section 3.3) ;
- Des modèles de personnel adaptés qui puissent garantir qualité et soutenabilité ;
- Un financement qui puisse à la fois reconnaître la complexité et garantir des soins généraux.

Enfin, une **collecte des données transparente, continue** et performante revêt une importance cruciale pour soutenir la politique et améliorer la qualité.

Par **ce rapport**, nous voulons contribuer à un avenir où l'expertise en soins intensifs sera mieux mise en commun, soutenue par un paysage hospitalier réformé qui exploite les économies d'échelle et réoriente l'offre de soins à certains endroits. Notre objectif est que les patients qui ont besoin de soins intensifs spécialisés – en collaboration étroite avec les autres services hautement spécialisés présents sur le site – puissent en bénéficier de manière adéquate et en temps utile, sans incitants au



surtraitement. En couplant plus étroitement le financement hospitalier à la lourdeur des soins et à la gravité des conditions critiques, nous nous efforçons d'évoluer vers un financement plus juste et plus réaliste des soins intensifs. En parallèle, nous plaçons aussi pour plus de transparence quant à la capacité, la dotation en personnel, l'utilisation et la qualité afin de rendre possible un pilotage ciblé des soins, et de renforcer ainsi à la fois le fonctionnement quotidien des soins intensifs et leur préparation aux crises.



■ RECOMMANDATIONSⁱ

Organisation des soins intensifs

Au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, aux entités fédérées et au SPF Santé publique nous recommandons, après avoir pris l'avis des instances compétentes :

1. De développer une **fonction** soins intensifs comportant **deux niveaux**. Cette subdivision en deux niveaux doit correspondre aux standards internationaux. L'élaboration de la fonction et des normes d'agrément doit être réalisée en collaboration avec la Société belge de médecine intensive et l'association professionnelle des infirmiers concernée. Lors de la conception de la nouvelle fonction, il conviendra de reprendre au minimum les éléments suivants :
 - a. **Fonction différenciée.** La fonction se compose de **soins intensifs généraux** et de **soins intensifs spécialisés**. Les soins intensifs spécialisés constituent le niveau supérieur englobant les soins intensifs généraux (qui forment l'assise), et répondent donc aussi aux normes d'agrément qui s'appliquent à ces derniers.
 - b. **Localisation.** Lorsqu'un hôpital propose des soins intensifs spécialisés, il doit aussi proposer des soins intensifs généraux sur le même site.
 - c. **Critères par niveau.** Des critères clairs doivent être fixés pour chaque niveau. Ils porteront au minimum sur les éléments suivants :
 - **Critères d'admission.** Les critères d'admission sont basés sur la gravité de la pathologie/le degré d'instabilité médicale, la surveillance (monitoring) requise, le nombre de systèmes d'organes défaillants pris en charge et le ratio patients-infirmier requis. Ces critères doivent être évalués à l'aide de systèmes de mesure adaptés aux soins intensifs (voir également plus bas la recommandation sur les systèmes de données).

Exemple

- Soins intensifs généraux : besoin d'un monitoring continu, soutien de courte durée à un nombre limité de systèmes organiques vitaux ;
- Soins intensifs spécialisés : au moins deux systèmes organiques nécessitant un soutien, ventilation mécanique prolongée, score SOFA très élevé, lourdeur des soins imposant un ratio patients-infirmier de 1:1 durant une partie du séjour aux soins intensifs.
- **Infrastructure et équipement.** Les critères d'infrastructure et d'équipement sont basés sur les critères d'admission par niveau.

Exemple

- Soins intensifs généraux : systèmes de surveillance invasifs, matériel de surveillance mécanique, thérapies de soutien aux organes ;
- Soins intensifs spécialisés : toute la technologie nécessaire à des systèmes complexes de soutien aux organes (p.ex. ECMO ou autre forme d'assistance circulatoire).
- **Encadrement en personnel médical.** Le degré de disponibilité et d'implication du personnel médical doit être fixé pour chacun des deux niveaux. Le degré de

ⁱ Le KCE reste seul responsable des recommandations.

disponibilité, l'expertise spécifique nécessaire et l'implication dans le fonctionnement quotidien augmente avec le niveau de soins intensifs.

- *Encadrement en personnel infirmier.* Les normes de personnel doivent être fixées à chaque niveau de soins intensifs afin qu'un nombre maximum de patients par infirmier soit fixé en fonction de la lourdeur des soins mesurée (voir recommandation sur les systèmes de données). Ces normes doivent être respectées à tout moment. Ceci implique que des mesures supplémentaires doivent être prises si le personnel est mobilisé pour des fonctions au niveau de l'hôpital dans son ensemble, ou pour des fonctions extramuros (p.ex. *rapid response team*, transport intra-hospitalier).

Exemple

- Soins intensifs généraux : un ratio patients-infirmier de 2:1 peut être garanti à tout moment si l'état du patient l'impose, sans que ceci n'affecte le ratio patients-infirmier nécessaire pour les autres patients.
- Soins intensifs spécialisés : il est possible à tout moment de passer à ratio patients-infirmier de 1:1 si l'état du patient l'impose, sans que ceci n'affecte le ratio patients-infirmier nécessaire pour les autres patients.
- *Autres disciplines de support.* Le degré de disponibilité et d'implication d'autres disciplines (p.ex. kinésithérapie, psychologie clinique, travailleurs sociaux, nutritionniste, pharmacie clinique, support médico-technique) doit être fixé pour les deux niveaux. Le degré de disponibilité, l'expertise spécifique nécessaire et l'implication dans le fonctionnement quotidien augmente avec le niveau de soins intensifs.

Exemple

- Pour les soins intensifs spécialisés, un kinésithérapeute et un psychologue clinicien sont disponibles au quotidien.
 - *Normes de suivi de la qualité.* Les hôpitaux disposant uniquement d'une fonction soins intensifs généraux concluent une convention de collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'une fonction soins intensifs spécialisés. La convention de collaboration comprend notamment un protocole de transfert et de transport. Un tel protocole est également nécessaire entre les différents sites d'un même hôpital. Les sites sans fonction soins intensifs prévoient une capacité pour assurer la stabilisation médicale, ainsi qu'un protocole de transfert et de transport vers un ou plusieurs sites disposant d'une fonction soins intensifs.
- d. **Approche intégrale des soins intensifs.** L'organisation des soins intensifs en plusieurs niveaux doit explicitement tenir compte de l'interdépendance vis-à-vis d'autres spécialités médicales, des services de support et de l'appareillage essentiel. Les soins dispensés aux soins intensifs sont étroitement imbriqués avec la disponibilité et la collaboration de disciplines telles que la radiologie interventionnelle, l'anesthésie, les urgences, la radiologie, la médecine de laboratoire et le support technique pour l'appareillage médical. Il convient de garantir que certaines activités hospitalières ne soient proposées que si des soins intensifs sont présents. La disponibilité et la collaboration indispensables avec d'autres disciplines doivent être fixées par niveau de la fonction soins intensifs.

Il convient également de déterminer quels soins spécialisés (p.ex. centre de traumatologie majeure – voir [rapport 281 du KCE](#)) ne peuvent être proposés que moyennant la disponibilité de soins intensifs spécialisés, et quels soins peuvent être proposés en l'absence de fonction soins intensifs.

2. D'aligner le **nombre** et la **répartition géographique** de chaque niveau de soins intensifs sur la réforme planifiée du paysage hospitalier. Dans le cadre de cette réforme, il convient de veiller à



garantir une échelle suffisante pour les soins intensifs généraux, une capacité de 12 lits par unité étant un minimum requis. En outre, un plan de transition doit être préparé pour mettre en œuvre cette réforme. La planification de la capacité devrait également prendre en compte la capacité de crise et nous nous référons aux recommandations du [rapport 335](#) et du [rapport 374](#) du KCE en ce qui concerne le renforcement de la résilience du système de santé en cas de crise.

Financement des soins intensifs

Au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, nous recommandons :

3. D'aligner le financement des soins intensifs sur la réforme plus large du financement hospitalier, où un **montant par admission** (financement par DRG) remplacera le financement actuel. Comme déjà recommandé dans des rapports KCE antérieurs^j, le montant par DRG doit refléter le coût (justifié) des soins. Pour déterminer correctement les montants par DRG, il est capital de collecter des données relatives aux coûts dans un échantillon représentatif d'hôpitaux, en déterminant clairement quels coûts directs et indirects sont inclus dans le calcul.
4. Pour les admissions qui se déroulent en partie aux soins intensifs, d'ajouter au montant par DRG un **supplément (add on)** pour compenser les coûts plus élevés. Ce supplément ne sera alloué que si certaines conditions sont remplies (p.ex. une application correcte des critères d'admission définis dans la fonction mentionnée plus haut, ou un nombre minimum d'heures aux soins intensifs). Ces conditions devront être mises au point plus en détail en collaboration avec la Société belge de médecine intensive et l'association professionnelle des infirmiers.
5. La comparaison internationale n'a pas permis d'identifier clairement une *best practice* pour fixer le montant de ce supplément. Il est important d'utiliser des **facteurs objectifs et contrôlables** qui reflètent la lourdeur réelle des soins et les moyens nécessaires, tels que le degré d'instabilité médicale (p.ex. score SOFA), la lourdeur des soins infirmiers (p.ex. DI-RHM adapté ou NAS), les interventions nécessitant un investissement important en capital et ressources (p.ex. dispositif d'assistance cardiaque) et qui n'incitent pas à la surconsommation ou aux soins inutiles.

Unités de soins intermédiaires

Aux hôpitaux, nous recommandons

6. D'utiliser le financement DRG disponible de façon stratégique pour développer une unité de soins intermédiaires adaptée aux besoins en soins spécifiques et au *case mix* de l'hôpital. Dans les hôpitaux avec un *case mix* plus lourd, les moyens générés dans les unités classiques par le biais du budget DRG sera plus élevé que dans les autres. Ils pourraient utiliser ce financement supplémentaire de façon ciblée pour développer des unités de soins intermédiaires, afin de mieux aligner les besoins en soins des patients et l'utilisation du personnel.

Systèmes de données

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

7. De déployer un système de données pour les soins intensifs à l'échelon national. La disponibilité des données pour différents utilisateurs doit être adaptée à l'objectif poursuivi, comme le **monitoring stratégique, la gestion de crise, la gestion de la qualité clinique ou la planification de la capacité**, et organisée dans le respect de la protection des données, de la proportionnalité et de la transparence. En outre, les données doivent être soumises à des contrôles de qualité et audits systématiques, afin que l'information reste fiable, univoque et

^j Voir les rapports 207, 229, 302, 380 et 392 du KCE.



utilisable à des fins stratégiques et de soins. Le système de données doit permettre de disposer en **continu et en temps réel** d'un aperçu de la disponibilité opérationnelle et de l'utilisation de la capacité en soins intensifs, des caractéristiques des patients admis et des résultats des soins. Le système devrait, au minimum, collecter des données sur :

- a. Le nombre de lits de soins intensifs disponibles et occupés ;
 - b. L'utilisation de dispositifs de soutien aux organes, tels que des systèmes d'assistance respiratoire ;
 - c. La disponibilité de personnel médical et infirmier qualifié et leur expertise spécifique en soins intensifs ;
 - d. Des informations liées aux patients comme l'âge, le sexe, les diagnostics, la date d'admission, la durée du séjour, les scores de gravité clinique tels que SOFA ou APACHE, et la lourdeur des soins infirmiers.
8. Il convient de choisir et d'investir dans un système de données répondant aux **caractéristiques** suivantes :
- a. Le système permet d'extraire automatiquement des données des systèmes d'information hospitaliers existants, de manière à limiter le plus possible la charge d'enregistrement pour les prestataires de soins ;
 - b. Il utilise un identifiant patient unique, afin que les données puissent être couplées à celles d'autres systèmes d'enregistrement et suivies à l'échelon du séjour individuel.
9. Le système de données sert d'instrument pour le **suivi de la qualité** des soins intensifs et offre notamment la possibilité :
- a. De développer des indicateurs de qualité pour les résultats (p.ex. réadmissions aux soins intensifs endéans 48 heures, incidence des infections associées aux soins, mortalité, complications), caractéristiques structurelles (p.ex. ratio patients-infirmier, présence d'un intensiviste 24/7) et caractéristiques en termes de processus (p.ex. application des recommandations sur la septicémie) ;
 - b. De suivre et d'ajuster la dotation en personnel par shift et par patient en fonction de la lourdeur des soins infirmiers ;
 - c. D'utiliser les scores de gravité clinique (p.ex. SOFA) comme instrument pour l'ajustement au risque, afin que les résultats puissent être interprétés en fonction de la gravité clinique des patients ;
 - d. De prévoir des tableaux de bord actualisés en temps réel pour le monitoring interne de la qualité ;
 - e. De comparer entre eux les résultats des unités de soins intensifs et des hôpitaux (benchmarking).

Titre :	Organisation et financement des soins intensifs en Belgique – Synthèse
Auteurs :	Nicolas Bouckaert (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Diego Castanares-Zapatero (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Experts externes :	Andrea Adduci (Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy), Koen Balcaen (UZ Leuven), Jonas Berner (Karolinska University Hospital, Sweden), Maria Grazia Bocci (Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy), Julie Cartailier (LIRAES and Paris Cité University, France), Paul Dean (Intensive Care Society, England), Antonio DeBelvis (Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy), Lennie Derde (UMC Utrecht, the Netherlands), Nigel Edwards (Nuffield Trust, England), Philippe Jorens (UZA), Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke, Germany), Lars Knudsen (Aarhus Universitetshospital, Denmark), Madelon Kroneman (Nivel, the Netherlands), Emma Larsson (Karolinska University Hospital, Sweden), Marc Leone (Aix Marseille Université, France), Sandy Mather (Intensive Care Society, England), Steve Mathieu (Intensive Care Society, England), Iwan Meynaar (HagaZiekenhuis Den Haag, the Netherlands), Maria Morra (Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy), Niklas Nielsen (Lund University, Sweden), Zeynep Or (IRDES, France), Sarah Reed (Nuffield Trust, England), Laura Salvy (Direction générale de l'offre de soins (DGOS), France), Fabio Taccone (H.U.B.), Koen Vandewoude (UGent), Karsten Vrangbæk (University of Copenhagen, Denmark), Nikolaj Enna Wesche (Nordsjælland Hospital, Denmark), Xavier Wittebole (Cliniques universitaires Saint-Luc)
Stakeholders :	Katrien Bervoets (ZAS; Vlaamse Vereniging voor Hoofddartsen), Koen Blot (Sciensano), Serge Brimioulle (ULB), Arnaud Bruyneel (SIZ Nursing), Vincent Collin (Cliniques de l'Europe), Kirsten Colpaert (UZ Gent), Karin Cormann (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Jacques Creteur (H.U.B.), Ingrid De Bisschop (UZ Leuven), Inès De Calafate Moreira (Commission communautaire française), Céline De Jaegher (Vlaams Patiënten Platform, VPP), Hilde De Nutte (Zorgnet-Icuro), Philippe Devos (UNESSA), Mieke Dolphens (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Pedro Facon (RIZIV – INAMI), Jean-Noël Gillard (AVIQ), Dieter Goemaere (GIBBIS), Alexandre Hebert (Association Francophone des Médecins Chefs), David Grimaldi (INAMI – RIZIV), Yannick Hansenne (SIZ nursing), Aline Hotterbeekx (UNESSA), Katrien Kesteloot (UZ Leuven), Philippe Lejeune (Santhea), Véronique Lorge (Union Générale des Infirmiers de Belgique), Yves Maule (Union Générale des Infirmiers de Belgique), Véronique Mazy (AVIQ), Geert Nackaerts (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB / Kartel)), Diane-Estelle Ngatchou-Djomo (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)), Bavo Prins (Netwerk Verpleegkunde),



Dirk Ramaekers (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Christophe Rossini (UNESSA), Robert Rutsaert (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB / Kartel)), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Brecht Serraes (Vlaamse Vereniging van Intensieve Zorgen Verpleegkundigen), Sabine Stordeur (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Jérôme Tack (SIZ nursing), Philippe Valepyn (Departement Zorg), Katrien Vandaele (Departement Zorg), Sophie Verhaegen (Vivalis), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro), Ariane Willems (HUDERF)

Validateurs externes : Kristof Eeckloo (UGent), Benoît Misset (CHU Liège), Joost Plate (Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen, the Netherlands)

Remerciements : Stijn Blot (UGent), Joris Mestdag (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Karel Op de Beeck (UZ Leuven), Len-Philipp Ortlepp (TU Berlin), Kelly Sabbe (ex-KCE), Walter Sermeus (KU Leuven), Julie Vanhooreweghe (HICT), Tom Van Renterghem (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique)

Nous tenons à remercier les hôpitaux qui ont répondu au questionnaire pour leur contribution à ce rapport.

Nous remercions également les hôpitaux qui ont fourni des données à la fois pour le NAS et le DI-RHM afin de comparer la charge de travail des deux instruments.

Intérêts déclarés KCE: Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Diego Castanares-Zapatero travaille comme médecin invité dans le service de soins intensifs des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Intérêts déclarés externes : Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de cette étude, à savoir l'organisation et le financement des soins intensifs. 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 la majorité 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 : 4 juillet 2025
Numéro de projet : 2021-11-HSR
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Health Care Reform; Intensive Care Units; Critical Care Nursing; Reimbursement, Incentive
Classification NLM : WX 2018
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2025/10.273/17
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 ?

Bouckaert N, Lefèvre M, Van den Heede K, Detollenaere J, Castanares-Zapatero D, Van de Voorde C. Organisation et financement des soins intensifs en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2025. KCE Reports 404Bs. D/2025/10.273/17.

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

<https://doi.org/10.57598/R404BS>