

DONNÉES PHARES DANS LES SOINS DE SANTÉ

COVID-19 période mars 2020 - octobre 2022

Édition 2023



Colophon

SUJET

Dans cette publication, nous avons choisi de nous concentrer sur les tâches dans lesquelles la Direction générale Soins de santé du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a été activement impliquée pendant la pandémie. Nous allons vous donner un aperçu des activités et initiatives en termes d'organisation, de financement et de qualité auxquelles notre direction a contribué.

COMITÉ DE RÉDACTION

Les membres de la Direction générale Soins de Santé.

ÉDITEUR RESPONSABLE

Dirk Ramaekers,
Avenue Galilée 5/2 - 1210 Bruxelles.

COORDONNÉES DE CONTACT



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Direction générale Soins de Santé

Avenue Galilée 5 boîte 2
1210 Bruxelles
T. +32 (0)2 524 97 97 (contact center)

Toute reproduction partielle de ce document est permise moyennant indication de la source.

Ce document est disponible sur le site web du service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

www.belgiqueenbonnesante.be

Dépôt légal : D/2022/2196/45

AVANT-PROPOS 4

INTRODUCTION 5

ORGANISATION 6

1. Organes de concertation et cellules de crise 6
2. Centres mis en place en fonction de la gestion de la pandémie de COVID-19 13
3. Portail de santé en ligne masanté.be 17
4. Garantir les capacités des hôpitaux généraux et universitaires 18

ACTIVITÉ DE SOINS 24

1. Chiffres épidémiologiques 24
2. Impact de la pandémie sur les séjours hospitaliers dans les hôpitaux généraux et psychiatriques en 2020 37
3. L'impact de la pandémie sur l'aide urgente 40

FINANCEMENT 44

1. Financement des hôpitaux et de leur personnel 44
2. Financement des centres de tri et de prélèvement 46
3. Financement des structures de soins intermédiaires 47
4. Financement du soutien psychosocial 47
5. Financement des services d'ambulance 51

QUALITÉ 52

1. Soutien du bien-être psychosocial 52
2. Manuel belge de régulation médicale 53
3. Distribution des équipements de protection pour les professionnels de la santé travaillant dans le secteur ambulatoire 53
4. Assurer les soins infirmiers 56
5. Soutien aux tests et à la vaccination par les pharmaciens 56
6. Augmentation temporaire du nombre de collaborateurs dans les laboratoires 57
7. Hospital Outbreak Support Team 58

AVANT-PROPOS

Chers lecteurs,

Je vous présente ici une version actualisée des « Données phares relatives au COVID-19 ». Bien que nous aurions aimé que cela soit différent, le virus continue à impacter nos vies. Les mois plus froids de l'automne et de l'hiver provoquent une nouvelle recrudescence des infections et des admissions à l'hôpital.

En coulisses, nos services continuent à surveiller les chiffres de l'épidémie et à aider les hôpitaux et les prestataires de soins de santé à traiter les patients touchés par le COVID-19 ainsi qu'à organiser la dispensation des soins.

Dans cette édition, nous avons, une nouvelle fois, choisi de mettre en avant certaines des activités dans lesquelles nos services sont étroitement impliqués au sein de la Direction générale Soins de Santé du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Les éléments concernant l'« Organisation », l'« Activité », le « Financement » et la « Qualité » de l'édition précédente ont été repris et mis à jour. À côté de cela, dans cette édition, nous avons aussi ajouté quelques chiffres épidémiologiques qui illustrent les caractéristiques des patients COVID-19 hospitalisés en 2020.

Je vous souhaite une agréable lecture de cette édition.

Annick Poncé,

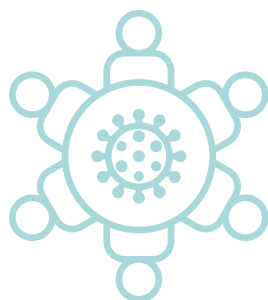
Directeur général ad interim, DG Soins de Santé

INTRODUCTION

La gestion des crises sanitaires fait partie intégrante des missions de base du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). Le SPF SPSCAE est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de la politique intégrée et de la gestion des crises sanitaires en collaboration avec ses différents partenaires.

Qu'est-ce que cela signifie dans le contexte de la crise du COVID-19?

- Le SPF SPSCAE suit de près l'évolution de la pandémie afin de pouvoir proposer les mesures les plus appropriées pour soutenir les décisions politiques visant à **protéger** l'ensemble de la population et à stopper ou du moins **limiter la propagation du virus** ;
- Il est responsable de **l'organisation et de la planification des soins**, qui comprennent les soins psychosociaux ainsi que l'aide urgente ;
- Le SPF SPSCAE est chargé de **l'inspection sanitaire des navires** et de certains **avions** en provenance de zones à risque ;
- Le SPF SPSCAE est responsable des **aspects logistiques et médicaux de l'accueil des compatriotes de retour de l'étranger** ;
- Il a pour mission **d'informer les professionnels de santé sur les risques du virus** et les mesures à prendre en cas de doute sur une éventuelle contamination ;
- En tant que service public, le SPF SPSCAE a le devoir **d'informer les citoyens** le mieux possible.



Toutes les actions menées en ce sens l'ont été en collaboration avec les organisations partenaires concernées. Dans le présent rapport, nous choisissons de faire un zoom sur les actions dans lesquelles la Direction générale des Soins de Santé du SPF SPSCAE a été activement impliquée. La publication est divisée en quatre chapitres dans lesquels nous donnons des informations plus détaillées sur certaines des tâches susmentionnées. Le chapitre « **Organisation** » commence par donner une vue d'ensemble des différents organes de concertation et cellules de crise créés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il décrit aussi certains centres qui ont été mis en place pour faire face à la crise du

COVID-19, ainsi que certains systèmes qui ont été utilisés pour informer les citoyens sur le COVID-19. Le chapitre « **Activité de soins** » donne un aperçu des actions entreprises par le Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC). On y reprend aussi quelques observations sur l'impact de la pandémie sur l'aide urgente. Les chapitres sur le « **financement** » et la « **qualité** » expliquent certaines des initiatives prises pendant la pandémie en rapport avec ces thèmes.

ORGANISATION

1. Organes de concertation et cellules de crise

Le 12 mars 2020, la phase fédérale de gestion de crise a été déclarée en Belgique. À partir de ce moment, la pandémie de COVID-19 a été gérée au niveau national. À cette fin, plusieurs organes de concertation ont été mis en place, dans lesquels diverses autorités et des experts étaient représentés. C'est dans ces organes que les différentes mesures pour contenir la propagation du virus ont été préparées et mises en œuvre.

1.1. Organismes stratégiques et politiques

- Le **Conseil national de sécurité (CNS)** est un organe fédéral qui se compose essentiellement du Premier ministre et des Vice-premiers ministres. Dans le contexte de la crise, cet organe a été élargi aux ministres-présidents des Régions et des Communautés. Dès le début de la pandémie, cet organe collégial a pris les décisions politiques concernant la gestion de la crise.
- Le **Comité de concertation** est un comité dans lequel siègent tous les gouvernements et leurs ministres-présidents - aux niveaux fédéral, communautaire et régional. Depuis l'installation du gouvernement De Croo (01/10/2020), les décisions concernant la pandémie COVID-19 sont prises à ce niveau.
- La **Conférence interministérielle (CIM) Santé publique** (voir plus loin).
- Le **Comité fédéral de Coordination (COFECO)** est présidé par le Centre national de crise et assure la préparation des décisions politiques du Comité de concertation au niveau stratégique et la coordination de leur mise en œuvre.
- Le **Commissariat corona du gouvernement** était chargé, entre autres, de coordonner la communication entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées concernant la politique de santé. Le commissariat devait entretenir des relations avec les experts et les partenaires sociaux. En outre, le commissariat était habilité à formuler des propositions pour réformer les différentes structures de concertation et ainsi faciliter la lutte contre la crise. Enfin, le commissariat devait rassembler les nouvelles connaissances sur le virus de manière structurée et veiller aussi à contrôler l'impact social, économique et sociétal des mesures prises. De cette manière, le commissariat apportait un soutien aux décisions politiques et à leur mise en œuvre. Sa mission a pris fin le 8 avril 2022.

1.2. Groupes scientifiques

- Le **Risk Assessment Group (RAG)** analyse le risque pour la population sur base de données épidémiologiques et scientifiques. Le groupe est présidé par Sciensano et comprend des experts qui viennent, entre autres, de Sciensano et des autorités fédérales et régionales de la santé. Depuis novembre 2020, cet organe a repris la fonction de Celevel (voir ci-dessous) en

matière d'analyse des risques épidémiologiques et a ensuite remis ses avis au Commissariat corona du gouvernement jusqu'au 1er avril 2022.

- Le **Risk Management Group (RMG)** prend des mesures pour protéger la santé publique sur base de l'avis du RAG. Ce groupe est présidé par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et se compose de représentants des autorités sanitaires, tant fédérales que régionales et communautaires. C'est ainsi qu'ont été créés le Comité Hospital Transport & Surge Capacity et le Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity (voir ci-dessous).
- Le **Comité scientifique coronavirus** émet des avis scientifiques sur l'évolution du virus.
- La « **Cellule d'évaluation** » (**Celevel**) était composée de plusieurs experts qui, dans un premier temps, ont combiné les avis du RAG, du RMG et du comité scientifique. Sur cette base, la cellule a conseillé les autorités sur les mesures à prendre pour arrêter la propagation du virus COVID-19. Fin août 2020, la composition de Celevel a été élargie à des experts de différents secteurs et la cellule a repris la tâche du GEES (voir ci-dessous). La Cellule d'évaluation a été dissoute à la fin du mois de novembre 2020. La fonction de Celevel a été, transférée au RAG et au SPF SPSCAE. Par ailleurs, il a été décidé de créer des groupes consultatifs spécifiques pour les demandes d'avis ponctuelles ou les questions de politique stratégique, car cela dépassait les attributions du RAG.
- Le « **Groupe d'experts sur la stratégie de sortie de crise du COVID-19** » (**GEES**) était un groupe de 10 experts chargés de fournir des conseils pour relancer la vie publique et économique après la première vague et pour arrêter la propagation du virus COVID-19. Ce groupe a été dissous en août 2020.
- Le « **Comité d'experts sur la stratégie** » ou « **Groupe d'experts Stratégie de gestion du COVID-19** » (**GEMS**) a été créé en décembre 2020 pour succéder à la Celevel et au GEES et émettre des avis sur les mesures de gestion de la crise. Il a cessé ses activités le 8 avril 2022, en même temps que le Commissariat corona.

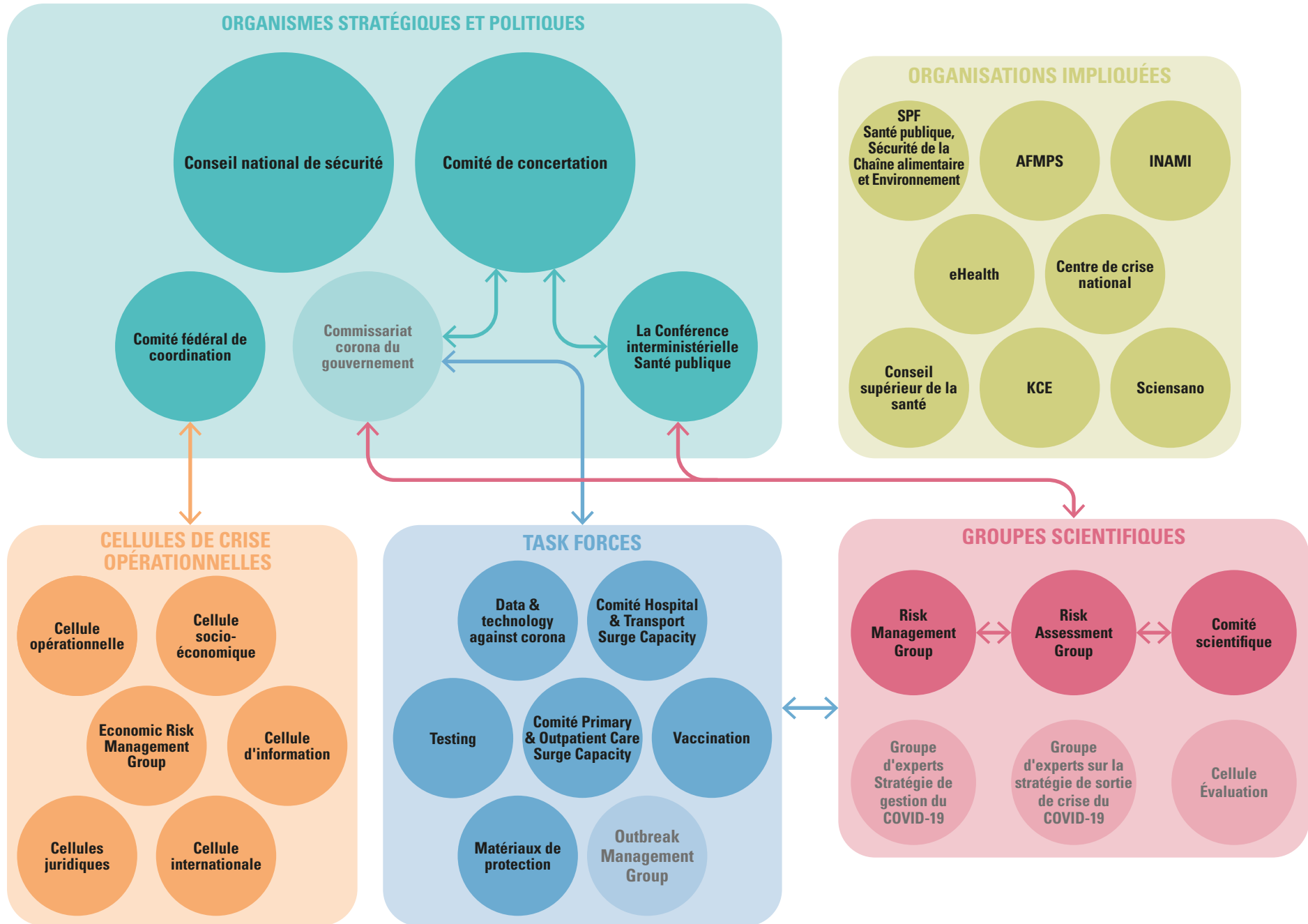
1.3. Cellules de crise opérationnelles

Plusieurs cellules de crise ont été mises en place pour rendre opérationnelle la gestion de la crise :

- La **Cellule opérationnelle** est coordonnée par le Centre national de crise (NCCN). Cette cellule organise la mise en alerte des différentes cellules de crise, contrôle le fonctionnement des opérations et a également pour objectif de faciliter la circulation de l'information entre les différentes autorités impliquées.
- La **Cellule socio-économique** émet des avis sur l'impact socio-économique des mesures prises ou à prendre.
- L'**Economic Risk Management Group (ERMG)** est chargé de gérer les risques économiques et macroéconomiques liés à la propagation du virus COVID-19 en Belgique.
- La **Cellule d'information (INFOCEL)** est présidée conjointement par le SPF SPSCAE et le NCCN. Cette cellule est responsable d'une communication cohérente vers la population concernant la pandémie.
- Les **Cellules juridiques** assurent la rédaction des textes juridiques et des réponses aux nombreuses questions juridiques posées dans le cadre de cette gestion de crise qui est complexe.

- La **Cellule internationale** assure une bonne circulation de l'information entre les autorités homologues en matière de gestion de crise, au niveau européen.
- En outre, de nombreuses « **taskforces** » ont été créées sur des sujets spécifiques (par exemple, sur le testing, la vaccination, les équipements de protection individuelle, les données (par exemple, data technology against corona) pour lutter contre la pandémie.

ORGANES DE CONCERTATION ET CELLULES DE CRISE



1.4. Les organes de concertation sous les projecteurs

Dans ce rapport, nous avons choisi de nous pencher de manière plus approfondie sur le fonctionnement de quatre organes consultatifs.

COMITÉ HOSPITAL & TRANSPORT SURGE CAPACITY

Le Comité Hospital & Transport Surge Capacity (Comité HTSC) a pour mission, d'une part, de surveiller le nombre et le type de patients COVID-19 dans les hôpitaux généraux et universitaires. D'autre part, le comité est chargé d'examiner les questions de capacité et de transfert des patients dans les hôpitaux. En outre, le comité supervise l'organisation du transport (non) urgent des patients. Les membres du comité formulent des avis sur les sujets ci-dessus à l'attention du RMG. Le Comité HTSC a élaboré, entre autres, un plan d'échelonnement pour libérer suffisamment de lits d'hôpitaux et de ressources au sein des hôpitaux pour les patients atteints de COVID-19. Il a également établi un plan de répartition des patients et effectué des analyses dans le cadre du report des soins non essentiels. Le comité est coordonné par la Direction générale Soins de santé du SPF SPSCAE. Le comité se concentre sur la collaboration interfédérale afin de fournir une communication et une approche harmonisées.

Le comité HTSC a constaté une nouvelle baisse du nombre d'admissions hospitalières de patients COVID-19 dans les unités de soins intensifs et unités de soins au printemps 2022. Le plan d'échelonnement et le plan de répartition pourraient donc être arrêtés progressivement. Le comité a constaté que les hôpitaux se sont organisés tout au long de la pandémie pour traiter les patients touchés par le COVID-19. Le cas échéant, les problèmes seront anticipés en temps utile. Les membres du comité estiment que les hôpitaux peuvent prendre davantage de responsabilités dans l'organisation des soins liés au COVID-19 dans leur institution et leur réseau. Si nécessaire, l'hôpital pourra toujours se reposer sur le plan d'échelonnement afin de maintenir une offre suffisante de lits et de ressources à disposition pour les patients COVID-19.

Outre sa mission de surveillance du nombre et du type de patients COVID-19 dans les hôpitaux généraux et universitaires, le comité se charge désormais d'une mission complémentaire. Peu après le début de la guerre en Ukraine, un mécanisme européen d'évacuation des patients nécessitant des soins a été mis en place. Compte tenu (i) de la coopération interfédérale, (ii) de la représentation des hôpitaux par les organisations faïtières et (iii) des contacts avec les associations professionnelles grâce à un réseau étendu, le Comité HTSC est la plateforme idéale pour cartographier l'offre de soins. Entre-temps, il a déjà assuré avec succès le rapatriement et l'hospitalisation de plusieurs patients ukrainiens.

Pour en savoir plus sur le
Comité HTSC :

[organesdeconcertation.sante.
belgique.be](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be)



COMITÉ PRIMARY & OUTPATIENT CARE SURGE CAPACITY

Le Comité Primary & Outpatient Care Surge Capacity (Comité POCSC) a été créé à la demande du RMG pour compléter les activités du Comité HTSC. Pour soulager au maximum les hôpitaux, une organisation optimale des soins de première ligne était nécessaire. Le Comité POCSC examine l'organisation et la disponibilité des soins en dehors de l'hôpital et transmet ses avis au RMG. Les autorités fédérales, les différentes autorités régionales et les représentants des médecins généralistes constituent la base de ce comité. En fonction des thèmes abordés, des représentants des soins à domicile, des hôpitaux, des établissements d'hébergement ou des associations qui s'engagent pour les plus démunis sont impliqués. Le comité doit veiller à ce que les soins de première ligne, les soins hospitaliers et les nouvelles formes de soins (par exemple, le télémonitoring, les centres de tri, etc.) soient coordonnés et adéquats.

Au cours des deux dernières années, les différents sujets abordés ont été, entre autres, les suivants :

- l'organisation de tests dans les écoles et les entreprises ;
- la réduction de la charge de travail élevée des médecins généralistes ;
- les explications sur le financement des centres alternatifs (villages de test) ;
- un avis sur la stratégie de dépistage pour alléger la charge qui pèse sur les soins primaires, par exemple en ne testant que les patients symptomatiques.

OUTBREAK MANAGEMENT GROUP (OMG)

À la demande du RMG, le 23 mars 2020, un Outbreak Management Group (OMG) a été créé. Ce groupe de travail a formulé des conseils sur la gestion des mesures COVID et de la contamination dans les structures résidentielles telles que les maisons de repos et de soins, les établissements pour personnes handicapées, les centres d'accueil pour migrants, etc.

Le premier objectif de ce groupe de travail était d'effectuer une analyse conjointe de la situation dans les établissements susmentionnés sur base des différentes données disponibles auprès des autorités régionales. Un deuxième objectif était d'aider les autorités régionales à implémenter les décisions prises au Conseil national de sécurité ou, plus tard, au Comité de concertation. Ces décisions devaient être transposées dans le contexte des établissements de soins résidentiels, et principalement des maisons de repos (et de soins) qui étaient le plus touchées. Dans le cadre de l'OMG, des conseils ont été formulés concernant, entre autres, les thématiques suivantes : « Comment utiliser le matériel de protection disponible en quantité limitée ? », « Comment affecter au mieux le personnel en nombre limité ? », « Pourquoi et de quelle manière peut-on isoler une ou plusieurs personnes des autres personnes ? ». Ces avis ont conduit, entre autres, à la création d'« équipes mobiles » composées de praticiens des soins de santé, qui aident les institutions résidentielles en leur prodiguant des conseils et en identifiant à la fois les points forts et les domaines de l'organisation à développer. Il s'agissait de les aider à se préparer à de nouvelles vagues de contamination.

En octobre 2020, il a été décidé de dissoudre l'OMG car la collaboration a permis aux autorités régionales de s'organiser de manière autonome et efficace pour répondre à la pandémie dans les établissements de soins résidentiels. La collaboration positive de l'OMG a conduit à la mise en place d'un projet pilote appelé « Hospital Outbreak Support Team » (voir chapitre « Qualité »).

LA CONFÉRENCE INTERMINISTÉRIELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La Conférence interministérielle (CIM) de la Santé publique est un organe de concertation et de décision qui réunit tous les ministres compétents en matière de santé publique dans notre pays. Le principal objectif de la CIM est d'assurer et de promouvoir la consultation et la collaboration entre les autorités fédérales et les entités fédérées.

La CIM poursuit son rôle de coordination et valide sans désenparer les mesures prises dans le cadre de la santé. Lors des différents moments de concertation, elle partage des informations et prend des décisions sur les sujets suivants :

- l'évolution de la pandémie et le statut de la campagne de vaccination ;
- la stratégie de gestion des pandémies (afin de garantir une meilleure réactivité à une éventuelle crise ultérieure) ;
- l'élaboration d'une stratégie à (moyen) long terme relative aux tests et à la détection de la contamination ainsi que de mesures d'isolement et de quarantaine.

En savoir plus sur le fonctionnement de la Conférence interministérielle de Santé publique :

organesdeconcertation.sante.belgique.be



2. Centres mis en place en fonction de la gestion de la pandémie de COVID-19

Plusieurs types de centres ont été créés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Les centres de tri et de prélèvement sont abordés ci-dessous, ainsi que les structures de soins intermédiaires.

2.1. Centres de tri et de prélèvement

Les centres de tri et de prélèvement ont une double fonction^[1] :

- La **fonction de tri** vise à éviter que les services d'urgence ne soient inutilement débordés et à empêcher qu'un trop grand nombre de patients potentiellement infectés se présentent aux consultations des médecins généralistes. Le but est également de réduire le risque de propagation du virus du COVID-19. Le patient est d'abord examiné par un médecin qui détermine si le patient doit être envoyé vers un service d'urgence ou si le patient peut rester chez lui, éventuellement après un test COVID-19. Cette fonction est organisée par les cercles de médecins généralistes, en étroite collaboration avec les services d'urgence et peut, sous certaines conditions, être (temporairement) mise à l'arrêt lorsque le besoin diminue.
- La **fonction de prélèvement** a été confiée aux centres en tant que deuxième fonction pour mieux répondre aux besoins et aux impératifs liés au dépistage de la population. En effet, il doit être possible de tester chaque personne répondant aux critères définis dans la stratégie de testing. Il s'agit des personnes symptomatiques ainsi que des personnes asymptomatiques ayant eu un contact à haut risque ou revenant d'une zone rouge. En raison de l'assouplissement des mesures concernant les voyages à l'étranger, il a aussi été demandé aux centres de tester les voyageurs.



139 centres de tri et de prélèvement ont été mis en place en Belgique et des **centres de prélèvement alternatifs** ou **villages de test** ont été installés à **12 endroits**^[2].

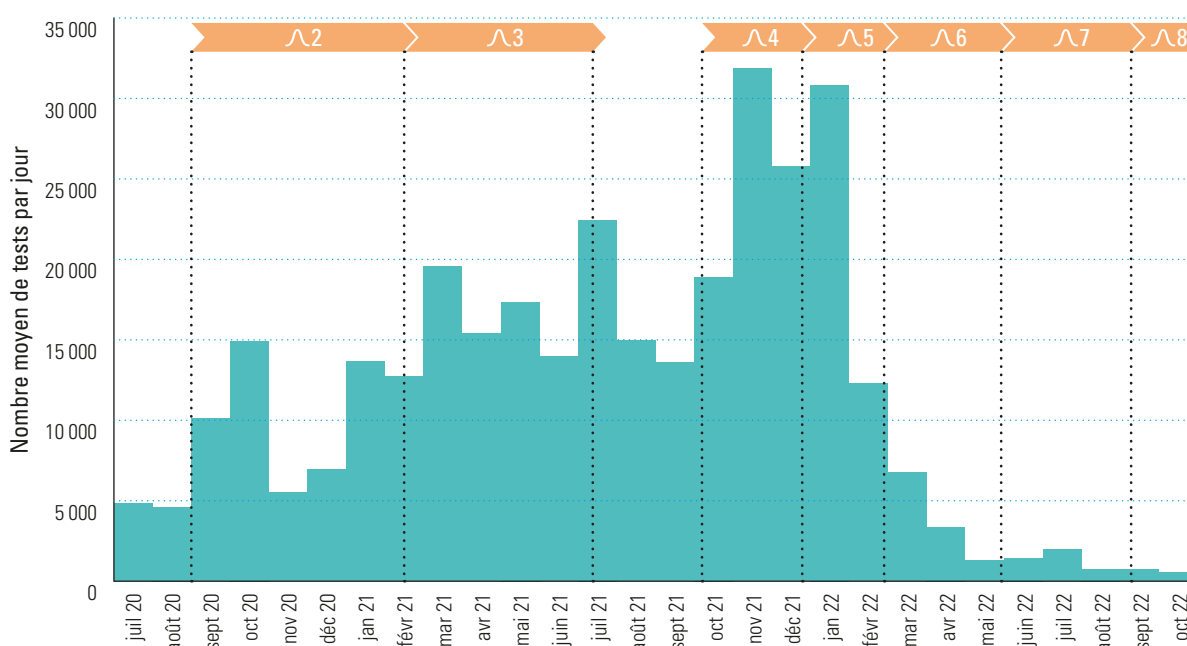
1 Source : [Arrêté royal du 13 mai 2020 n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.](#)

2 Source : DG Soins de santé, SPF SPSCAE (31/10/2022)

Il a été prévu de mettre en place un centre par 100 000 habitants, la coordination médicale étant confiée à un cercle de médecins généralistes (c'est-à-dire une association représentant les généralistes d'une région donnée). La fonction de tri est située en un seul endroit, mais la fonction de prélèvement peut être répartie en différents lieux afin d'en accroître l'accessibilité.

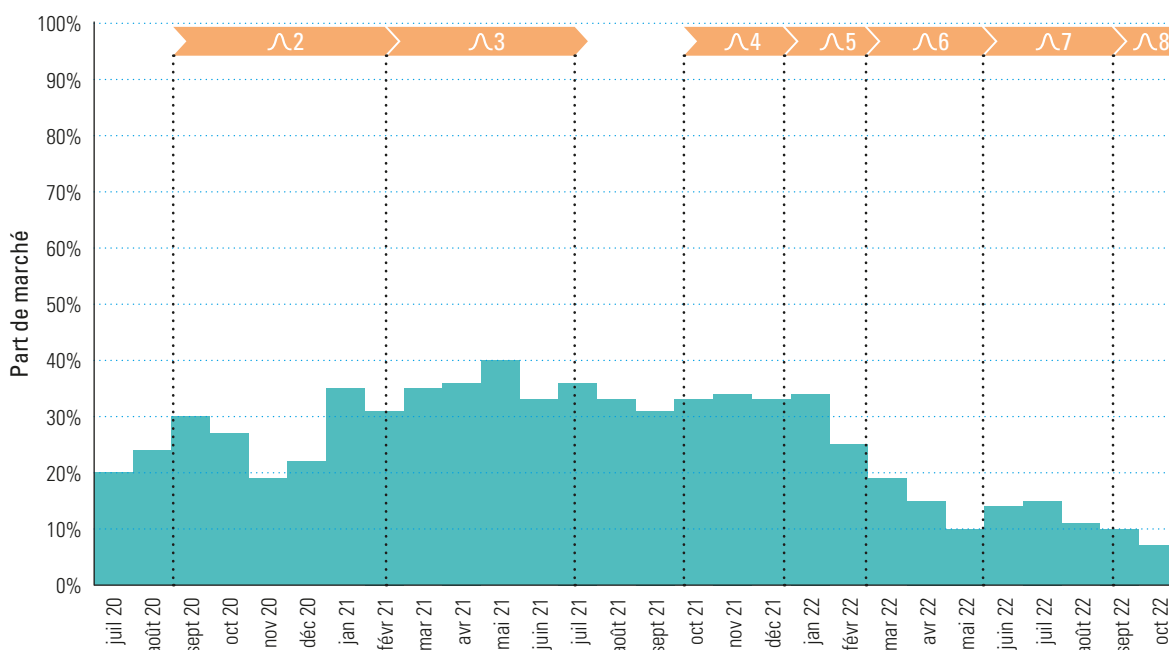
La situation épidémiologique étant devenue plus favorable, le nombre de centres a été réduit. L'activité des centres a été maximale entre novembre 2021 et janvier 2022. Une centaine de centres ont été actifs pendant cette période, effectuant en moyenne 29 532 tests par jour. Cela correspond à un tiers de tous les tests effectués (34 %) au cours de cette période. Entre juillet et octobre 2022, les 33 centres encore actifs ont réalisé en moyenne 1 001 tests par jour. Cela représente environ 10 % de tous les tests effectués au cours de cette période.

NOMBRE MOYEN DE TEST PAR JOUR DANS LES CENTRES DE TRIAGE ET DE PRÉLÈVEMENT (Y COMPRIS LES VILLAGES TESTS)



Le graphique ci-dessus montre le nombre de tests effectués par jour dans les centres de tri et de prélèvement et dans les villages de test. La plupart des tests ont été effectués au cours des vagues 4 et 5. Cela s'explique par le fait que la capacité de test était maximale à ces moments-là. En outre, le variant Omicron – qui a prévalu dans la vague 5 – a été très contagieux. Par conséquent, davantage de personnes ont été infectées par le COVID-19 et davantage de tests ont été effectués. Contrairement aux autres vagues, aucune restriction n'a été imposée à ces moments-là quant aux personnes testées. Tant les individus symptomatiques que les individus non symptomatiques ayant des contacts à haut risque ont été systématiquement testés. Lors des vagues 2 et 3, on constate également une augmentation du nombre de tests effectués. Nous constatons également une augmentation du nombre de tests effectués à l'été 2021 en raison des tests effectués sur les passagers. Depuis février 2022, nous observons une forte baisse du nombre de tests effectués dans les centres de test.

PART DE MARCHÉ DES CENTRES DE TRIAGE ET DE PRÉLÈVEMENT
(Y COMPRIS LES VILLAGES TESTS)



Le graphique ci-dessus montre la part des tests effectués dans les centres de tri et de prélèvement par rapport au nombre total de tests effectués en Belgique. On constate que cette part varie entre 10 % et 40 % avec des pointes de près de 70 %. La part de marché moyenne pour la période du 29/7/2020 au 31/10/2022 est de 26 %. On constate également que la proportion est plus élevée les lundis, dimanches et jours fériés. Cela s’explique en partie par le fait que de nombreuses personnes attendent la fin du week-end pour consulter leur médecin et obtenir ainsi le lundi une demande de test. Si la part de marché est plus élevée le dimanche et les jours fériés, c’est parce qu’il y a moins ou pas de tests à ce moment-là à d’autres endroits (par exemple, dans les cabinets des médecins généralistes et dans les hôpitaux).

Pour en savoir plus sur la localisation des centres de tri et de prélèvement :

[doclr - Covid test](#)



Afin de répondre aux besoins en termes de capacité d’analyse des échantillons et de matériel pour réaliser les tests, une plateforme fédérale a été créée en plus du circuit traditionnel d’analyses de laboratoires, offert dans et par les laboratoires d’analyses cliniques. La plateforme fédérale est responsable de la fourniture du matériel de testing, de la collecte et du transport des prélèvements effectués vers les laboratoires et de la transmission des résultats des analyses. Au total, 63 des 139 centres de tri et de prélèvement et centres de prélèvement alternatifs ont utilisé cette plateforme. Les autres centres collaborent avec un laboratoire hospitalier ou privé. Dans ce cas, les laboratoires sont eux-mêmes responsables de la livraison du matériel de prélèvement, du transport des échantillons prélevés et de la communication des résultats. Un centre peut passer à la plateforme fédérale si le laboratoire ne peut plus assurer l’analyse des tests dans les délais impartis ou si la demande d’analyse dépasse la capacité du laboratoire. Une fois qu’un centre est passé à la plateforme fédérale, cette collaboration se poursuit tant que la capacité des circuits traditionnels est dépassée.

Pour plus d'informations sur la procédure actuelle concernant le moment et le lieu du test, veuillez consulter le site

www.info-coronavirus.be



2.2. Structures de soins intermédiaires

Un centre intermédiaire de soins constitue un « lien » (une étape) entre l'hôpital et le retour à une vie autonome^[3]. Ces centres ont été créés pour garantir la disponibilité d'une capacité suffisante dans les hôpitaux. Les centres de soins intermédiaires ont soutenu des patients chez qui le COVID-19 a été détecté. Les patients de ces centres :

- avaient précédemment été hospitalisés ;
- ou avaient été précédemment examinés dans un centre de tri et de prélèvement ou dans un service d'urgence où il a été décidé que l'admission à l'hôpital n'était pas nécessaire.

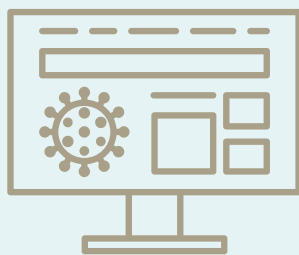
Il s'agissait toutefois soit de patients qui, lors de leur retour dans leur milieu de vie habituel, étaient incapables de respecter les règles strictes d'isolement, d'hygiène et d'éloignement par rapport à des personnes à haut risque. Soit de patients qui présentaient encore un besoin de soins spécifiques. Pour ces raisons, ils pouvaient être admis dans un centre intermédiaire de soins pour y séjourner jusqu'à trois semaines. Ils pouvaient y passer leur convalescence et recevoir les soins et l'aide nécessaires avant de rentrer chez eux.

Les centres de soins intermédiaires disposaient de médecins (généralistes), d'infirmières et d'aide-soignants, financés par l'INAMI. Les entités fédérées étaient chargées de fournir le soutien supplémentaire nécessaire. À cette fin, ces centres ont développé des partenariats avec les services sociaux des communes ou le service de travail social de diverses mutuelles.

Au cours de la période du 2 avril 2020 au 30 mai 2021, un total de 18 structures de soins intermédiaires ont été ouvertes. Ces 18 structures ont accueilli 605 patients (476 en Flandre et 129 en Wallonie). Le fonctionnement était différent en termes d'ouverture et de fréquentation. Certains centres n'ont traité que 4 ou 5 patients alors qu'un autre en a accueilli 123. L'activité des centres s'est concentrée sur deux périodes : d'avril à mai 2020 et de novembre 2020 à mai 2021.

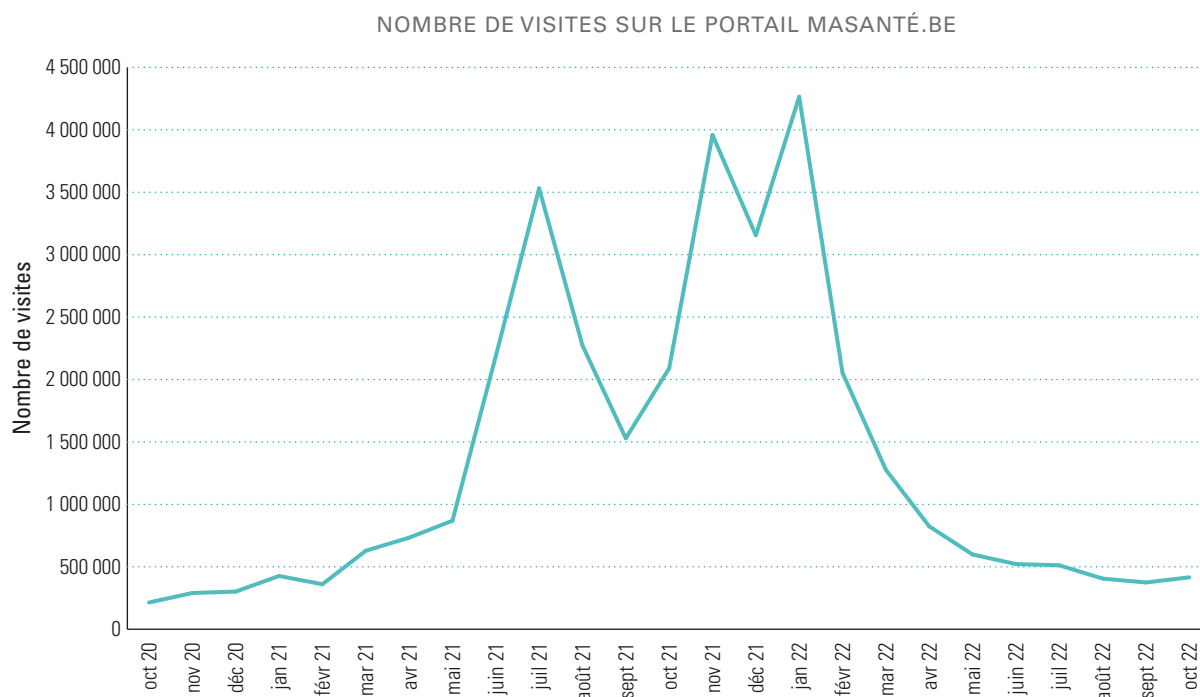
3 Source : [Arrêté royal du 13 mai 2020 n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.](#)

3. Portail de santé en ligne masanté.be



La section 'COVID-19' a été visitée **plus de 33 millions de fois** depuis son lancement sur le portail **masanté.be**.

Dans le graphique ci-dessous, nous pouvons observer quelques pics de visites du site web. D'une part, ces pics sont liés aux nouvelles fonctionnalités du site, telles que la consultation des résultats de tests, la demande d'un test PCR, la demande du certificat numérique COVID de l'UE... D'autre part, ils sont liés aux vagues COVID-19.

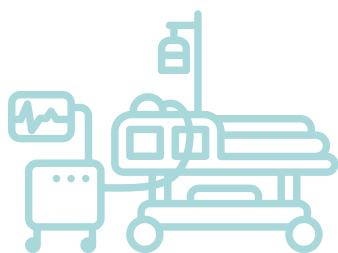


En janvier 2022, le nombre moyen de visiteurs quotidiens est passé à $\pm 58\,000$, contre $\pm 7\,000$ visites quotidiennes en janvier 2021.

Certaines améliorations ont déjà été intégrées au site web :

- Les sections relatives au COVID-19 ont été divisées en 4 grands thèmes afin de faciliter la recherche d'informations :
 - Tests et résultats
 - Quarantaine
 - Vaccination
 - Certificats numériques Covid de l'UE
- La section des questions fréquemment posées a encore été mise à jour pour mieux répondre aux besoins des citoyens.

4. Garantir les capacités des hôpitaux généraux et universitaires



Lorsque, à la mi-mars 2020, il a été constaté que l'arrivée des patients atteints de COVID-19 dans les hôpitaux augmentait de manière exponentielle, le Comité HTSC (voir plus avant) a pris des mesures en publiant des directives nationales à l'attention des hôpitaux généraux et universitaires à intervalles réguliers.

Les hôpitaux généraux et universitaires ont été appelés à faire preuve de solidarité et à prendre la responsabilité de mettre en place les mesures nécessaires pour traiter un maximum de patients contaminés par le COVID-19 en fonction de leurs capacités et de leur expertise. Les hôpitaux ont également été invités à conclure des accords au sein de leur réseau afin de travailler ensemble pour faire face à l'arrivée des patients.

Il était nécessaire d'avoir un aperçu quotidien des chiffres d'admission afin de pouvoir suivre correctement la situation dans les hôpitaux belges. L'enregistrement des chiffres d'admission et de la capacité disponible a été effectué par les hôpitaux respectivement via les applications fournies par Sciensano et via le portail sécurisé de l'Incident & Crisis Management System. Des tableaux de bord visuels et dynamiques ont été créés pour soutenir les décisions politiques.

4.1. Plan de répartition

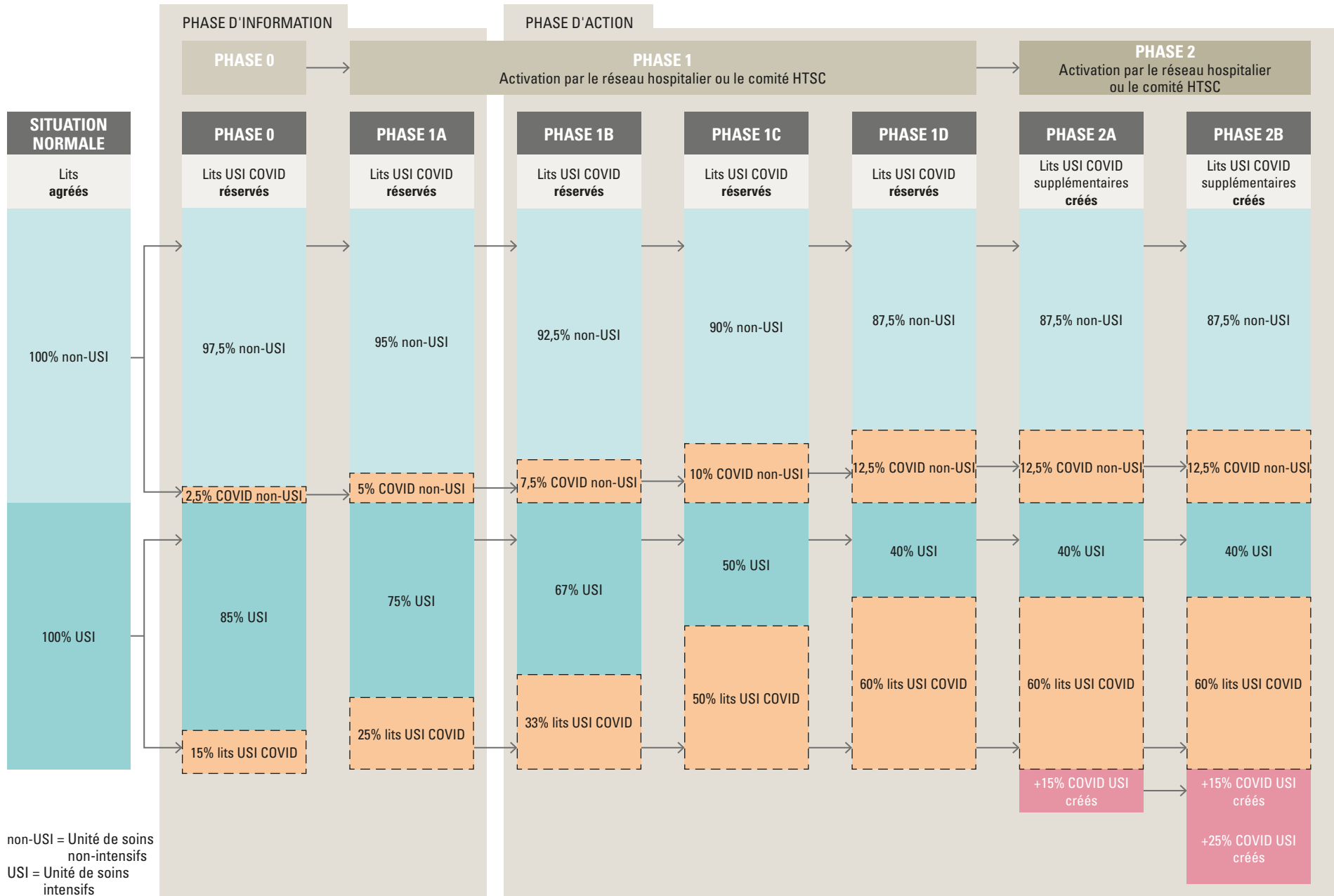
Le Comité HTSC a élaboré un plan de répartition lors de la première vague de COVID-19 dans le but de fournir des directives claires aux hôpitaux afin de garantir une capacité hospitalière suffisante lors des vagues suivantes.

Le plan était initialement divisé en **deux grandes phases**.

1. L'hôpital utilise uniquement le nombre de lits de soins intensifs déjà disponibles au cours de la période précédant la pandémie pour la prise en charge des patients COVID-19 nécessitant des soins intensifs. En outre, des lits doivent être maintenus libres pour les patients COVID-19 dans les unités de soins ordinaires.
2. L'hôpital doit créer des lits de soins intensifs supplémentaires pour le traitement des patients COVID-19 nécessitant des soins intensifs et prévoir le personnel nécessaire à cette fin. Par ailleurs, des lits sont gardés libres pour les patients COVID-19 (plus que dans la première phase) dans les autres services hospitaliers.

Le plan de répartition a été évalué et revu plusieurs fois au cours de la pandémie afin de correspondre à l'évolution des besoins de chaque situation.

PLAN DE RÉPARTITION – VERSION 31/08/2022



4.2. Réduction des soins non essentiels

À la mi-mars 2020, les hôpitaux ont été informés – via le Comité HTSC – que tous les soins non essentiels prévus devaient être annulés. Une attention particulière a dû être accordée aux interventions ayant un impact sur l'occupation des lits de la fonction de soins intensifs.

Cette décision a été prise pour plusieurs raisons :

- Soulager les unités de soins intensifs ;
- Mettre à disposition des prestataires de soins de santé spécifiquement pour la prise en charge des patients COVID-19 ;
- Utiliser les équipements médicaux de manière optimale ;
- Réduire la consommation du matériel de protection, en pénurie à ce moment-là.

Il va sans dire que les soins urgents et nécessaires ont été assurés comme auparavant. Début mai 2020, il a été communiqué que le redémarrage des soins planifiés non urgents pourrait se faire par phases et uniquement sous des conditions strictes. Entre autres choses, chaque hôpital devait maintenir la capacité de traiter les patients de la première vague et être prêt à recevoir les patients de la deuxième vague. En outre, des mesures organisationnelles ont été prises pour éviter la promiscuité et pouvoir assurer une distance physique entre les patients.

Les étapes du redémarrage ont été formulées comme suit :

- Redémarrage des consultations, des activités d'hospitalisation à domicile et des activités des équipes mobiles
- Redémarrage des activités de l'hôpital de jour non chirurgical (par exemple, gériatrie, psychiatrie)
- Redémarrage des activités de l'hôpital de jour chirurgical qui n'utilisent pas les soins intensifs
- Redémarrage des hospitalisations classiques qui n'utilisent pas les soins intensifs
- Redémarrage des activités qui utilisent les soins intensifs

En vue de la relance des soins, le Groupement des Unions professionnelles belges de Médecins spécialistes a élaboré un cadre de référence sur la nécessité et l'urgence des soins afin d'aider les médecins à s'orienter.

En savoir plus sur ce cadre de référence :

www.vbs-gbs.org

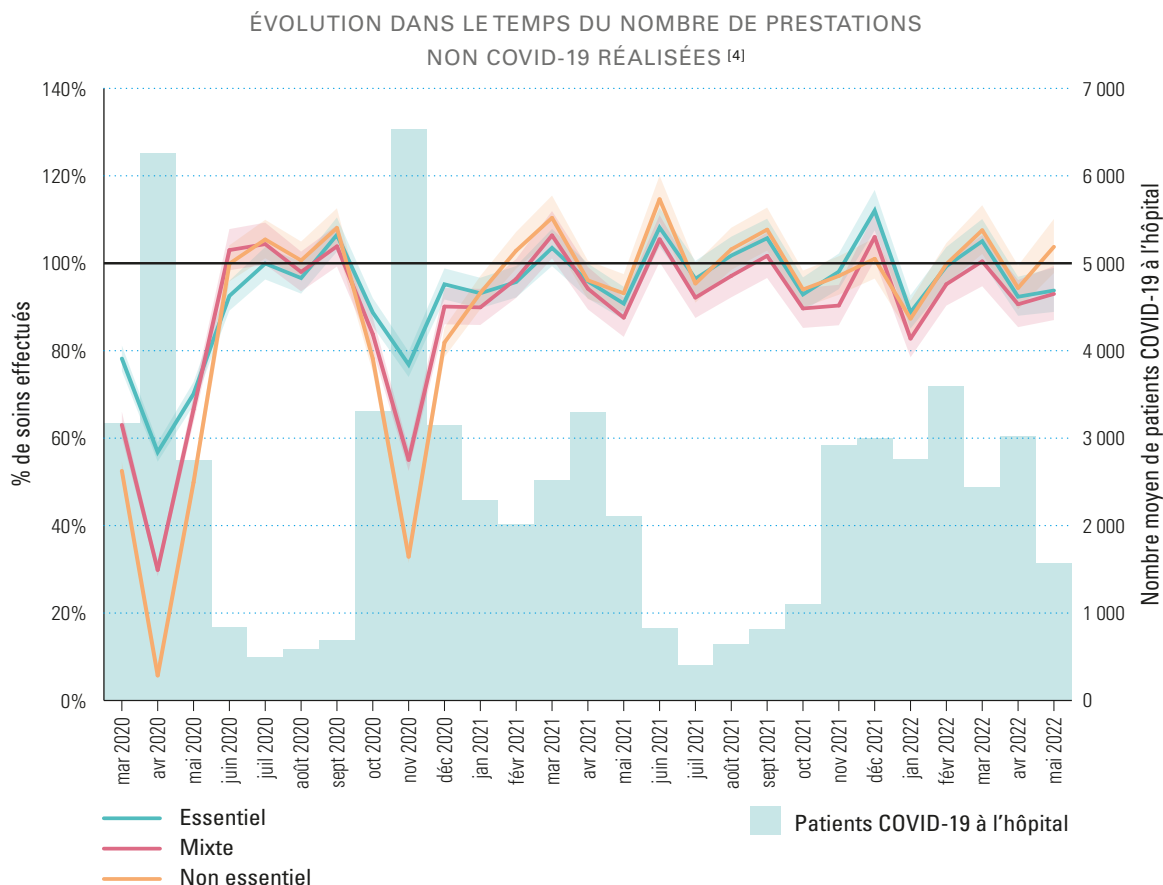


En prévision de la deuxième vague (automne 2020), ces phases ont été désactivées dans l'ordre inverse. Les soins nécessaires et urgents ont pu avoir lieu comme d'habitude. Des efforts ont également été consentis pour poursuivre au mieux les soins non essentiels. Au moment de la troisième vague (printemps 2021), il a une nouvelle fois été nécessaire de reporter des soins non essentiels. Dans cette phase, il a été demandé à la direction de l'hôpital d'estimer, en fonction de la situation spécifique, quels soins pouvaient ou non être poursuivis. Lors des vagues suivantes,

les hôpitaux ont à nouveau été invités à faire preuve de solidarité. Ils devaient par ailleurs prévoir la capacité de lits demandée. Si l'hôpital remplissait ces conditions, il pouvait déterminer lui-même les activités à reporter.

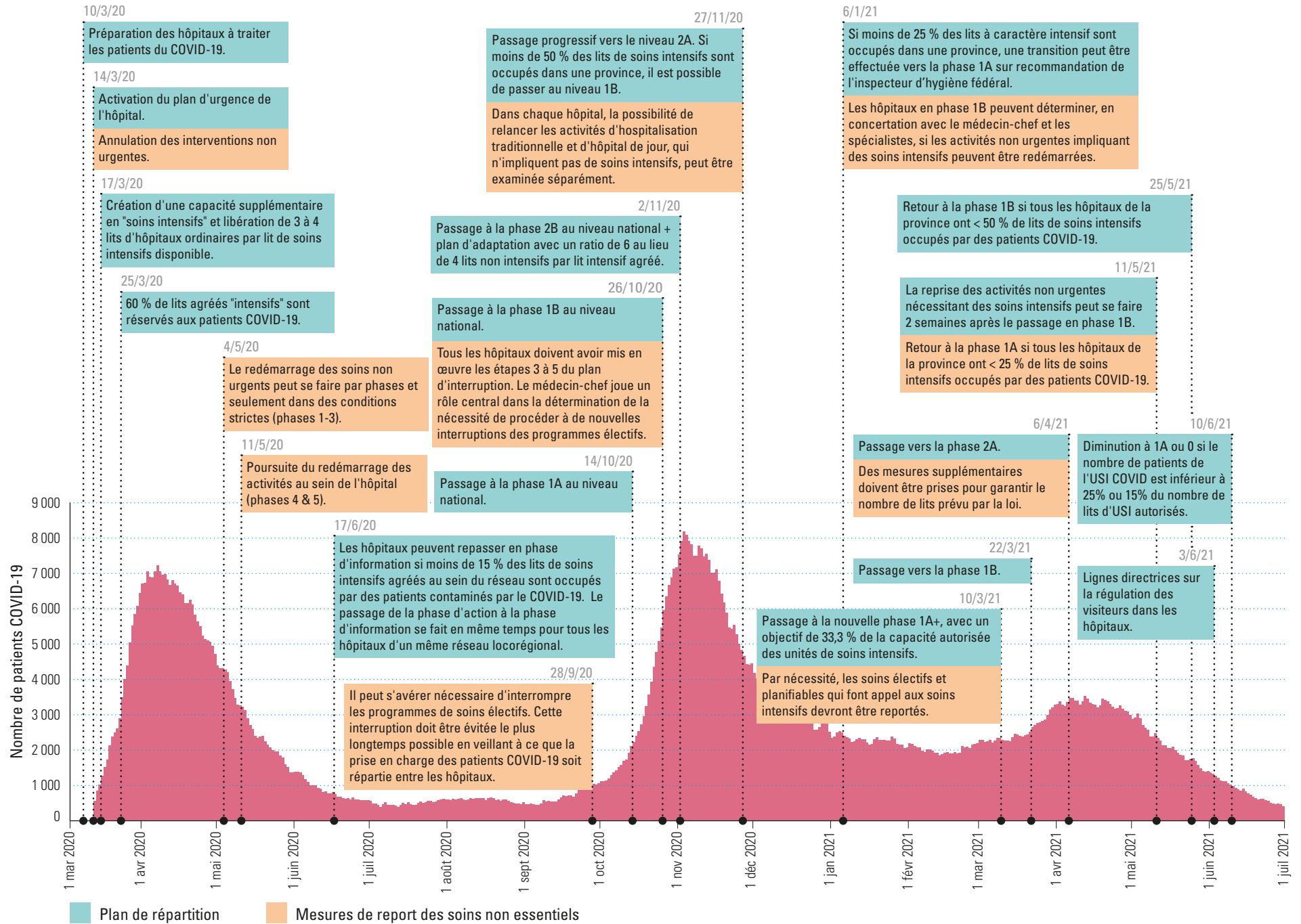
Pendant la première vague - à la suite des mesures - nous avons pu constater une réduction de 94 % des soins chirurgicaux considérés comme non essentiels. En outre, nous observons que 57 % des soins chirurgicaux essentiels ont été maintenus, par rapport à ce qu'on pouvait attendre. Au cours de la deuxième vague, nous constatons une baisse de 66 % des soins chirurgicaux non essentiels et de 20 % des soins chirurgicaux essentiels. La diminution de l'offre de soins chirurgicaux essentiels illustre l'impact de la pandémie de COVID-19 et la réticence des patients à faire appel aux soins nécessaires dont ils auraient eu besoin.

En 2021 et 2022, on observe une baisse relativement limitée des prestations. Les mouvements de rattrapage intermédiaires sont plus prononcés. Pendant la troisième vague, en avril/mai 2021, les prestations sont revenues à 87,5 % maximum. Ici, pour la première fois, la baisse des prestations chirurgicales non essentielles est similaire ou moins prononcée que celle des prestations essentielles et mixtes. Pendant la quatrième vague, en novembre/décembre 2021, la baisse la plus forte a été celle observée au niveau des prestations chirurgicales mixtes qui sont tombées à 89,7 % du niveau normalement attendu. Donc une baisse de 10,3 %. En février, mars, en juin et en septembre 2021, certains mois sont marqués par un rattrapage assez important des prestations de chirurgie, principalement non essentielles, jusqu'à 10-14,5 % au-dessus des estimations basées sur l'activité dans la période pré-COVID-19 (ligne pleine noire). Nous constatons que ce sont principalement les activités chirurgicales non essentielles rattrapent leur retard. Cependant, ce n'est pas ce à quoi nous nous attendons sur base d'une priorisation médicale. En décembre 2021, nous constatons que ce sont les soins chirurgicaux essentiels qui rattrapent le plus de retard avec 12 %. Entre les vagues 5 et 6, nous observons à nouveau que les prestations non essentielles effectuent le plus grand mouvement de rattrapage.

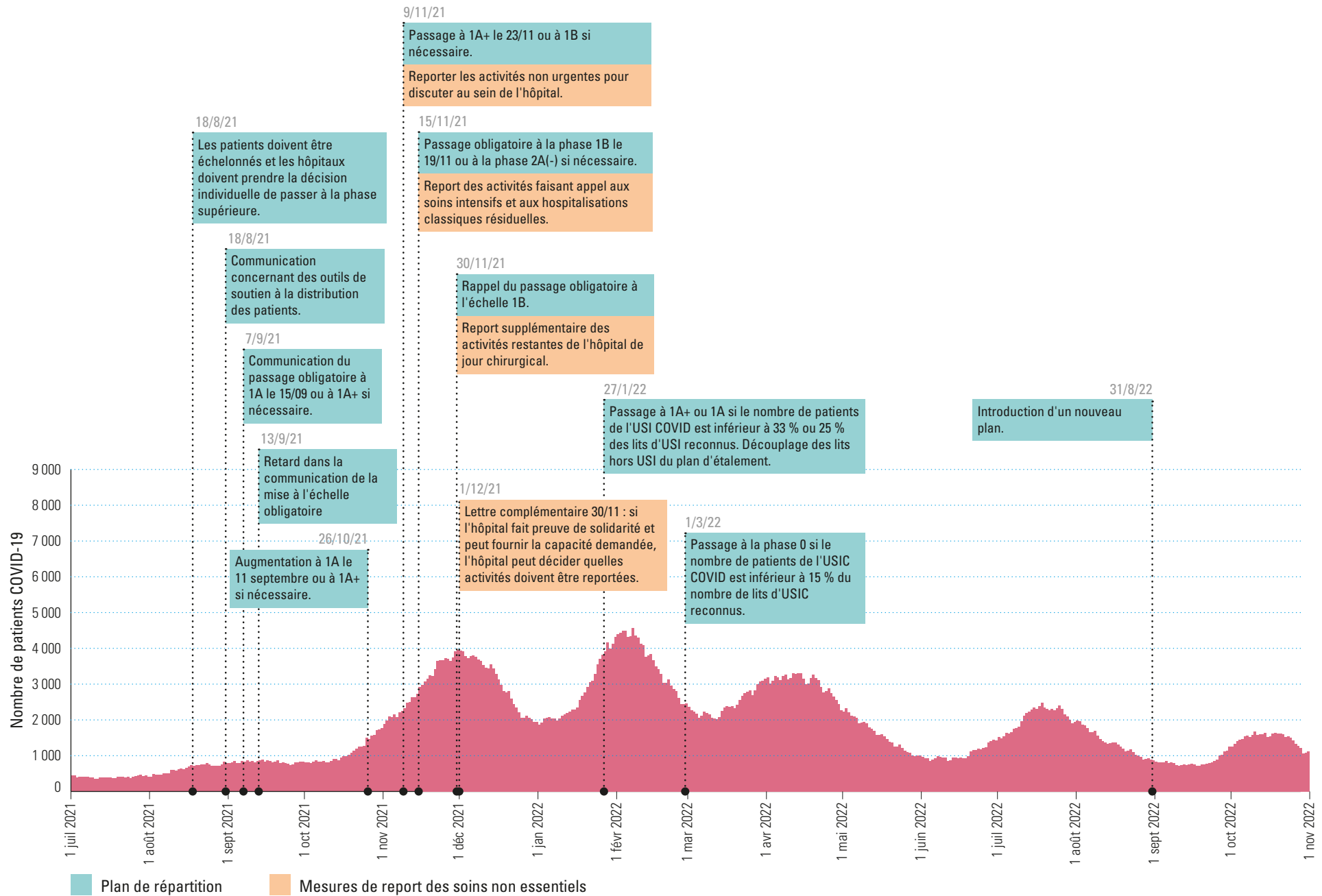


4 Source: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/Covid5L2FR/Covid5L2FR.html>. La ligne noire est une estimation du nombre attendu de prestations basée sur les données de 2019. Une classification a été faite selon les services chirurgicaux non essentiels, mixtes et essentiels. La catégorie mixte comprend les prestations qui, selon le contexte, peuvent être soit essentielles, soit non essentielles.

APERÇU DES MESURES RELATIVES AU PLAN DE RÉPARTITION ET AU REPORT DES SOINS NON ESSENTIELS ET ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS COVID-19



APERÇU DES MESURES RELATIVES AU PLAN DE RÉPARTITION ET AU REPORT DES SOINS NON ESSENTIELS ET ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS COVID-19

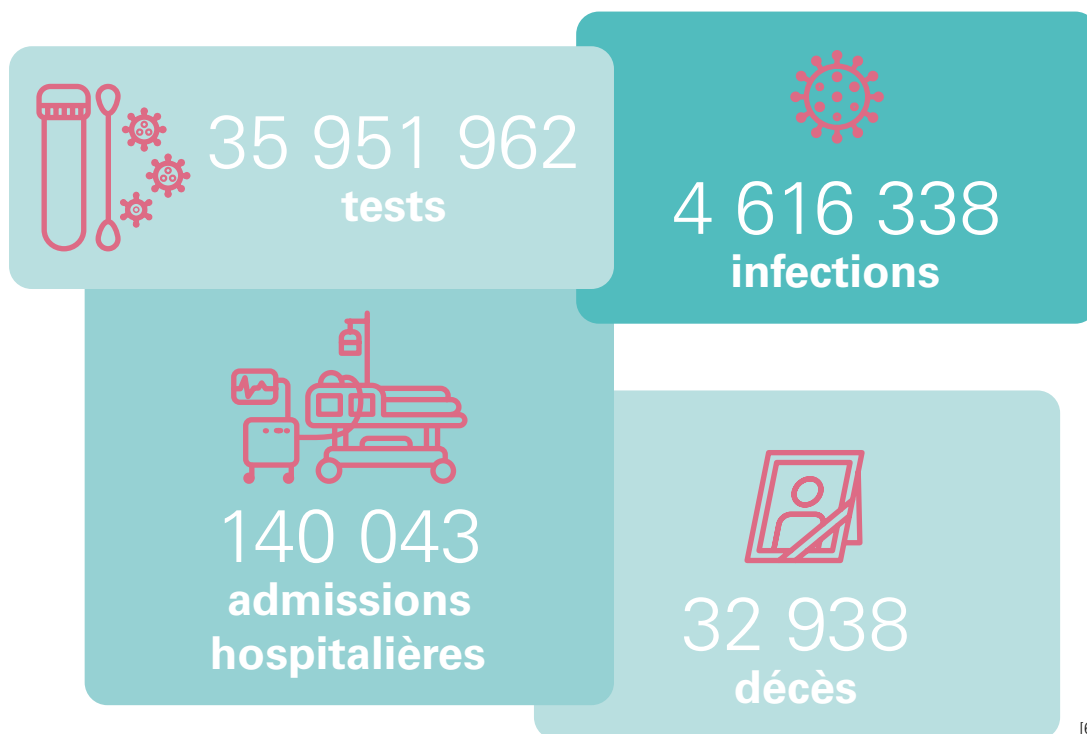


ACTIVITÉ DE SOINS

Ce chapitre présente quelques données épidémiologiques chiffrées. L'impact de la pandémie sur les séjours hospitaliers dans les hôpitaux généraux et psychiatriques ainsi que sur le fonctionnement des services d'urgence y est également étudié. Les données sont examinées en fonction des différentes vagues de la pandémie. C'est ainsi que nous pouvons distinguer huit vagues à ce jour^[5] :



1. Chiffres épidémiologiques



1.1. Nombre de nouvelles infections et nombre de tests

Dans chaque vague de COVID-19, nous remarquons un pic clair dans le nombre d'infections et dans le ratio de positivité^[7].

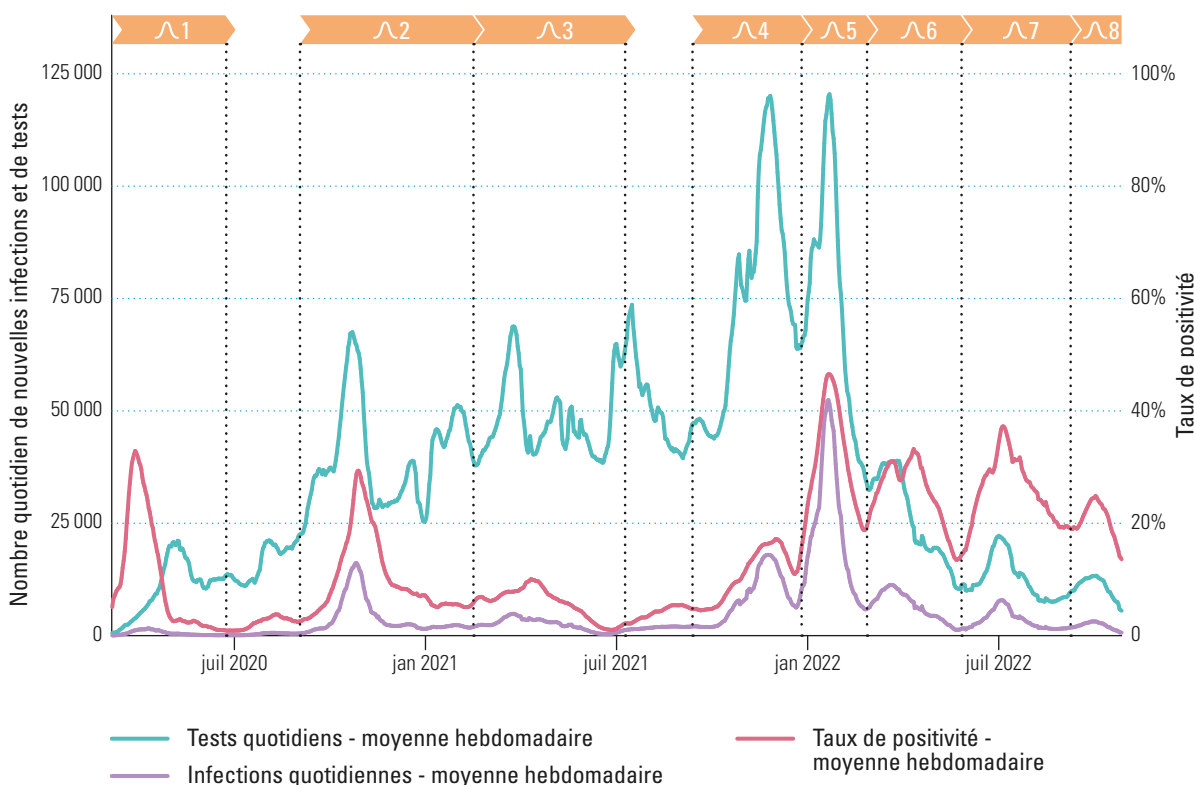
Le plus grand nombre d'infections a été détecté lors de la 5e vague avec un pic de plus de 50 000 infections en moyenne par jour.

5 Source : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_FR_final.pdf

6 Source : Sciensano. Il s'agit des données du début de la pandémie jusqu'au 31/10/2022.

7 Source : Sciensano

NOMBRE QUOTIDIEN DE NOUVELLES INFECTIONS AU COVID-19 ET DE TESTS EFFECTUÉS ^[8]



Le nombre de personnes testées a montré une tendance à la hausse depuis le début de la pandémie, avec un pic initial de plus de 65 000 tests en moyenne par jour lors de la 2e vague. Cela représente un triplement du nombre de tests par jour par rapport à la première vague. À l'époque, moins de tests ont été effectués car la capacité de test était limitée. Par conséquent, moins d'infections ont été détectées. La stratégie de test a été modifiée à plusieurs reprises tout au long de la pandémie. Cela a eu un impact sur le nombre de tests effectués. Par exemple, entre le 21/10/2020 et le 22/11/2020, seules les personnes présentant des symptômes ont été testées et aucune prise de test n'a eu lieu chez les personnes ayant un contact à haut risque. À partir du 2/2/2021, les enfants de plus de 6 ans ont également été testés, ... Lors des quatrième et cinquième vagues, la capacité de test était maximale, soit 120 000 tests en moyenne par jour.



Le nombre le plus élevé de tests a été enregistré lors des **4e et 5e vagues**, avec un pic de **120 000 tests** en moyenne par jour.

Après la cinquième vague, on observe une baisse significative du nombre de tests effectués.

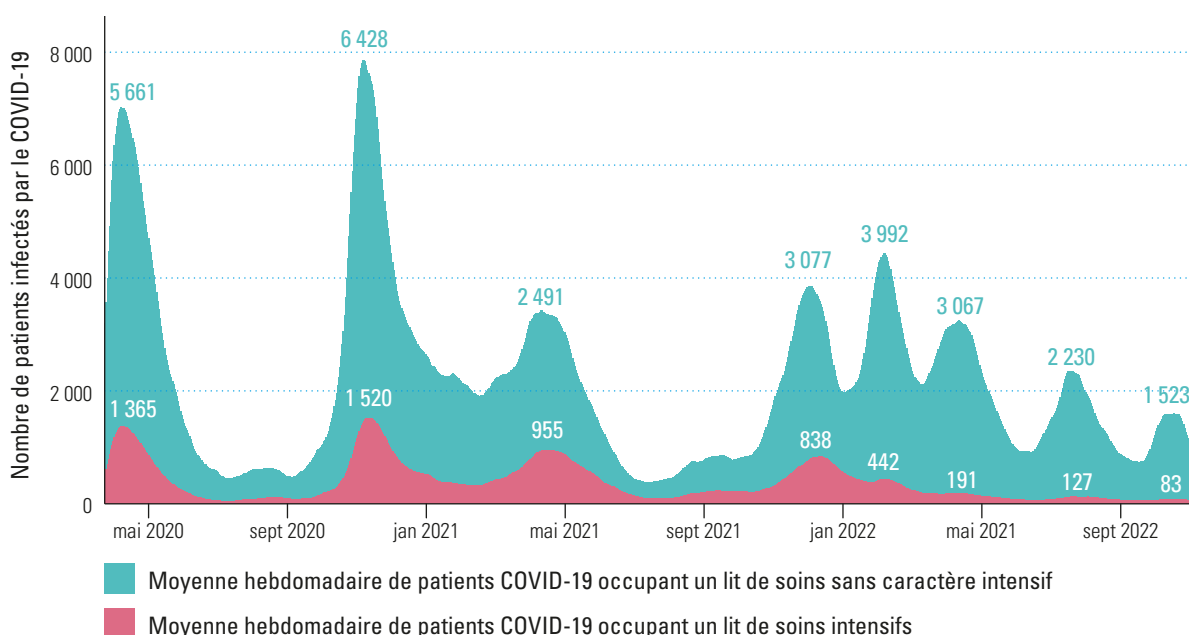
8 Le taux de positivité représente le nombre de patients positifs par rapport au nombre total de personnes testées.

1.2. Patients COVID-19 dans les hôpitaux généraux

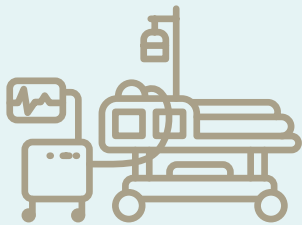
NOMBRE DE PATIENTS COVID-19 DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Le nombre de séjours hospitaliers de patients COVID-19 a été le plus élevé au cours des première et deuxième vagues. Pendant le pic des vagues suivantes, on a admis en moyenne deux fois moins de patients en soins non intensifs par rapport à la deuxième vague et un tiers de patients en moins en soins intensifs. Les admissions en soins intensifs sont nettement moins nombreuses au cours de la 5e vague. Plusieurs facteurs ont eu un impact sur le nombre d'admissions à l'hôpital : notamment la vaccination, une meilleure connaissance et une plus grande expérience du traitement chez les prestataires de soins de santé, ce qui a permis de raccourcir les séjours à l'hôpital, une mutation différente du virus, une meilleure organisation des soins primaires...

NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS INFECTÉS PAR LE COVID-19 ^[9]



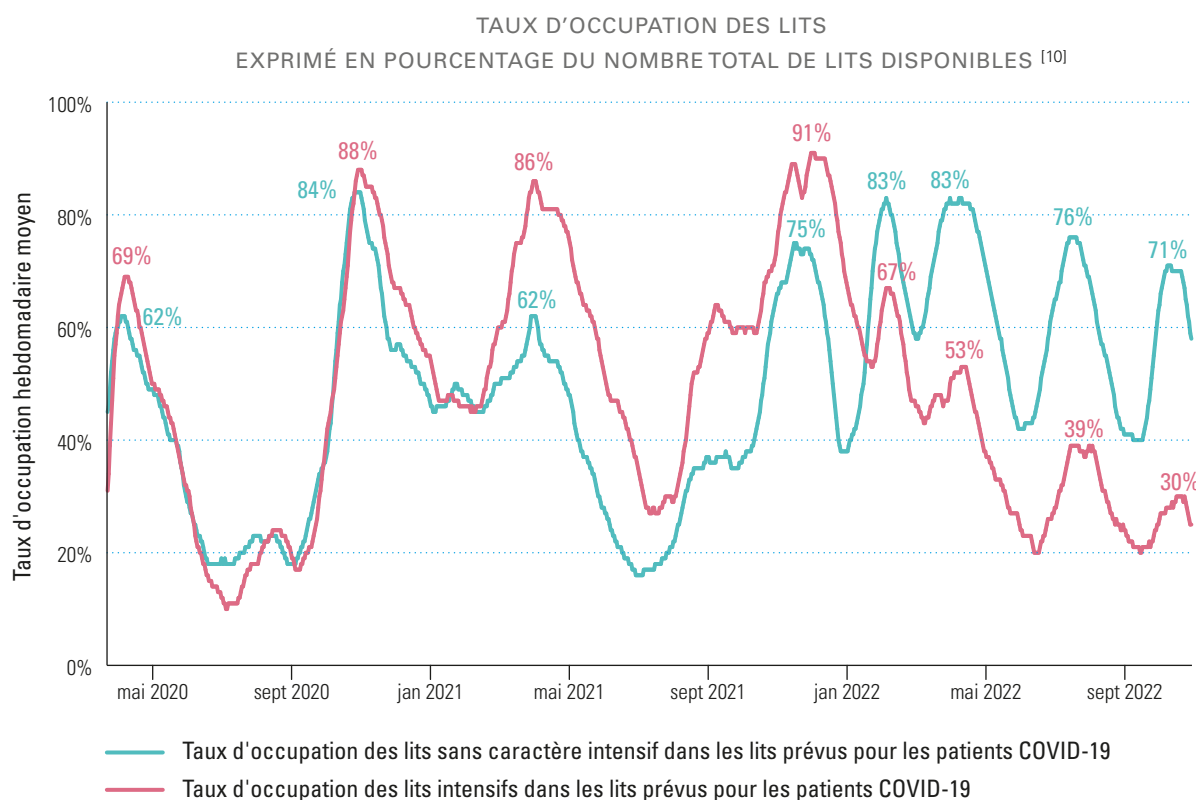
TAUX D'OCCUPATION DES LITS PRÉVUS POUR LES PATIENTS COVID-19 DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX



Les taux d'occupation des lits lors des **deuxième, troisième et quatrième** vagues étaient systématiquement **supérieurs à 85 %** dans les lits de soins intensifs réservés aux patients COVID-19.

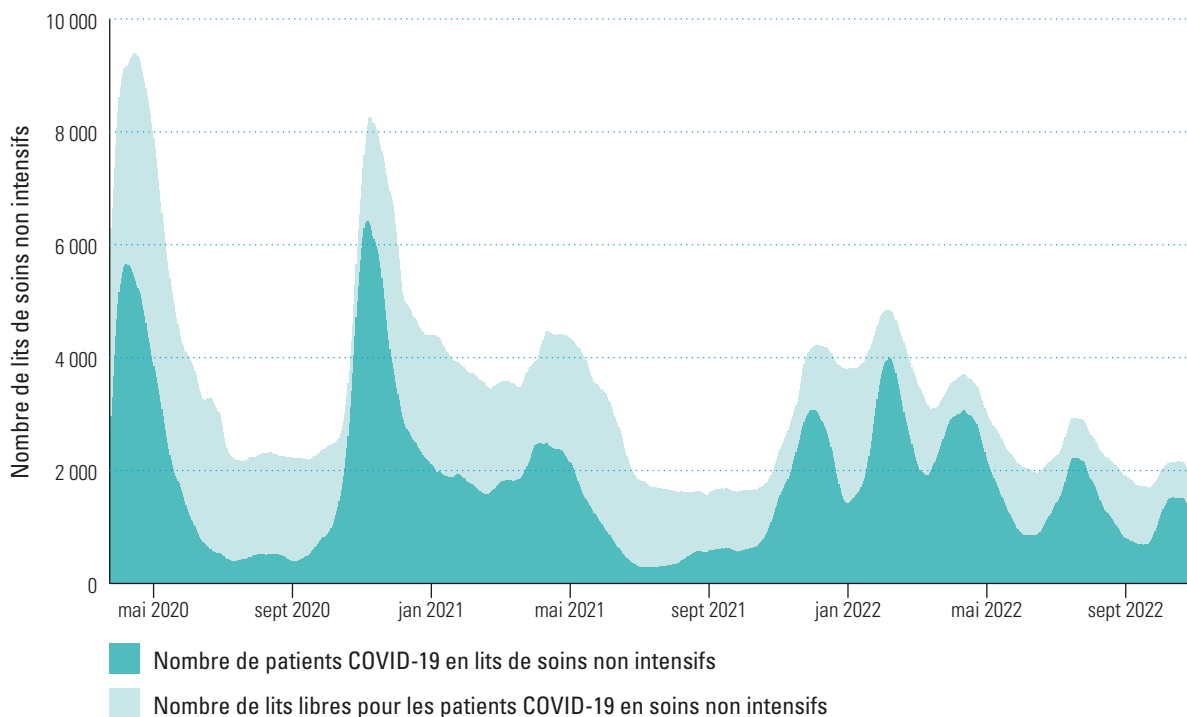
9 Source : Sciensano

Le graphique ci-dessous montre le taux d'occupation des lits prévus en soins intensifs et non intensifs pour les patients COVID-19 en soins intensifs et non intensifs. Pendant le pic des vagues 1 et 2, le taux d'occupation est pour les deux types de lits, autour de 65 % et 85 % respectivement. Cette situation change lors des vagues 3 et 4 où les taux d'occupation des lits en soins intensifs sont nettement plus élevés, entre 86 % et 91 %, que ceux des lits en soins non intensifs. En vague 5, on observe la situation inverse où le taux d'occupation des lits en soins non intensifs, avec un pic de 83 %, est plus élevé que celui des lits en soins intensifs (pic de 67 %). Cette tendance se poursuit au cours des vagues suivantes, avec un pic en octobre 2022 de 71 % pour les lits en soins non intensifs et de 30 % pour les lits en soins intensifs.

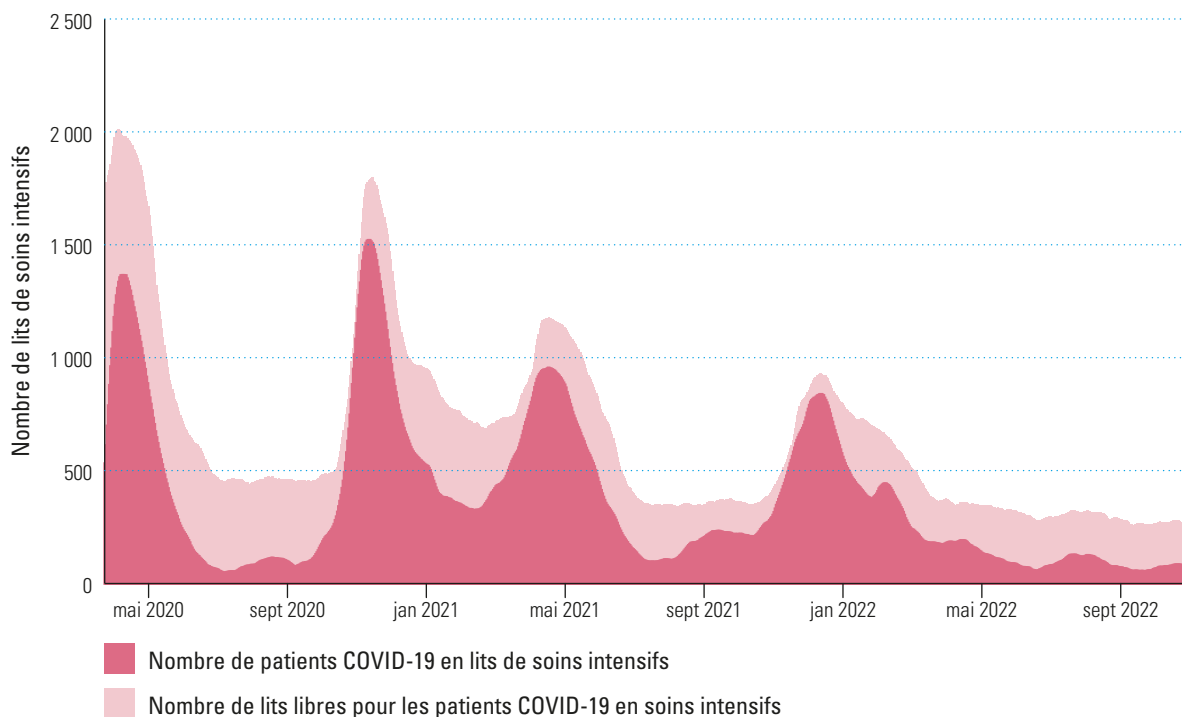


Les graphiques ci-dessous montrent le nombre de lits disponibles en soins intensifs et non intensifs pour les patients COVID-19 ainsi que le nombre de patients COVID-19 admis à l'hôpital. Ici, on peut clairement observer que lors des deux premières vagues, un nombre significativement plus important de lits étaient réservés aux COVID-19 que lors des vagues suivantes. Pour mieux comprendre ces chiffres, il faut tenir compte du fait que le gouvernement fédéral a élaboré un plan de dispersion qui définit un système de réduction des lits (voir plus haut). Ce modèle a permis d'informer les hôpitaux du nombre de lits qu'ils devaient mettre à disposition des patients COVID-19, compte tenu de la situation du moment. Lors de la première vague, ce modèle n'était pas encore disponible. Les soins non essentiels ont été totalement arrêtés et les lits restants ont été réservés aux patients COVID-19. Cela explique le taux d'occupation moins élevé au cours de cette période. On était alors dans la période initiale de la pandémie, où les connaissances et l'expérience concernant le virus SARS-CoV-2 étaient limitées et pendant laquelle le virus a frappé durement notre pays et les pays voisins. Lors des vagues suivantes, on a tenté de trouver un équilibre entre la dispensation de soins réguliers et la capacité à faire face à l'afflux de patients COVID-19. En outre, lors des dernières vagues, le nombre de lits disponibles a diminué en raison de la défection du personnel due, entre autres, à une charge de travail constante et élevée et aux infections.

NOMBRE DE LITS PRÉVUS POUR LES PATIENTS COVID-19
EN LITS DE SOINS NON INTENSIFS



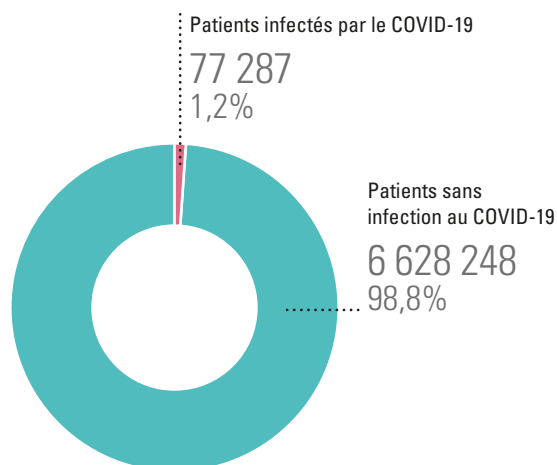
NOMBRE DE LITS PRÉVUS POUR LES PATIENTS COVID-19
EN LITS DE SOINS INTENSIFS



PROFIL DU PATIENT COVID-19^[11]

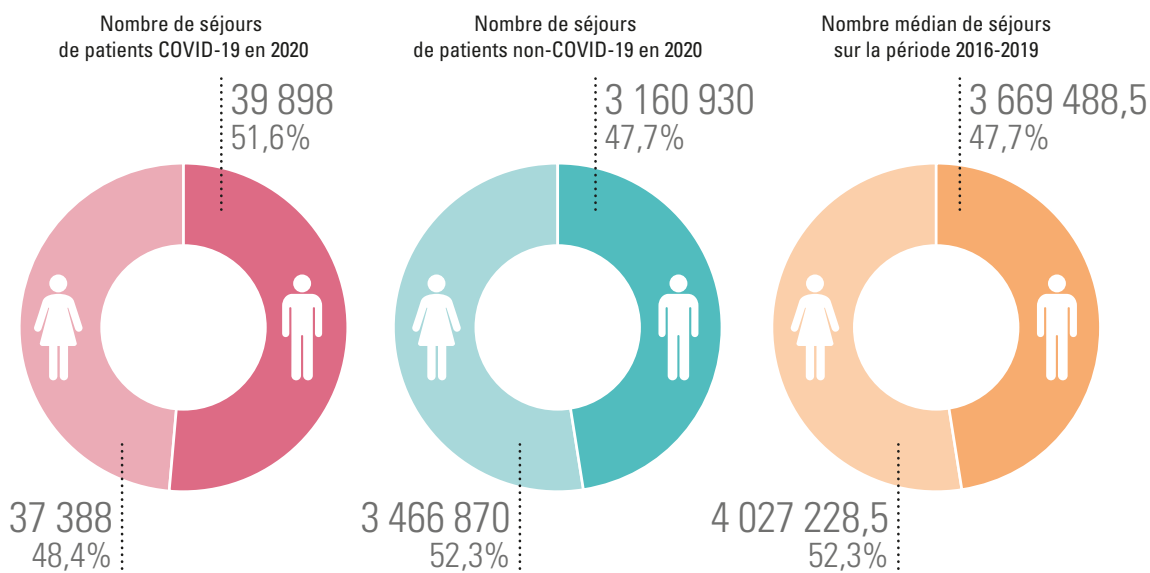
En 2020, 1,2 % de tous les séjours (c'est-à-dire les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour et les contacts ambulatoires avec le service des urgences) ont concerné un patient COVID-19.

NOMBRE DE SÉJOURS DE PATIENTS AVEC ET SANS INFECTION AU COVID-19 EN 2020



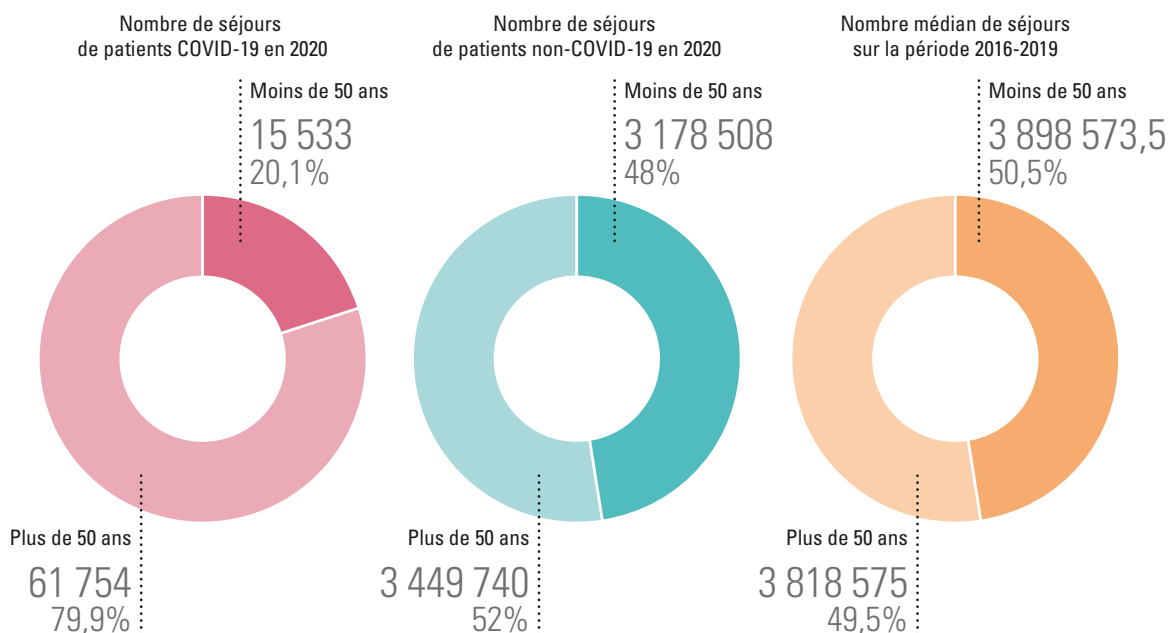
Âge et sexe

En comparant les caractéristiques des séjours des patients COVID-19 avec les séjours des patients non-COVID-19 en 2020 et les séjours de la période de 2016 à 2019, on constate que le nombre d'hommes et de femmes hospitalisés est similaire.



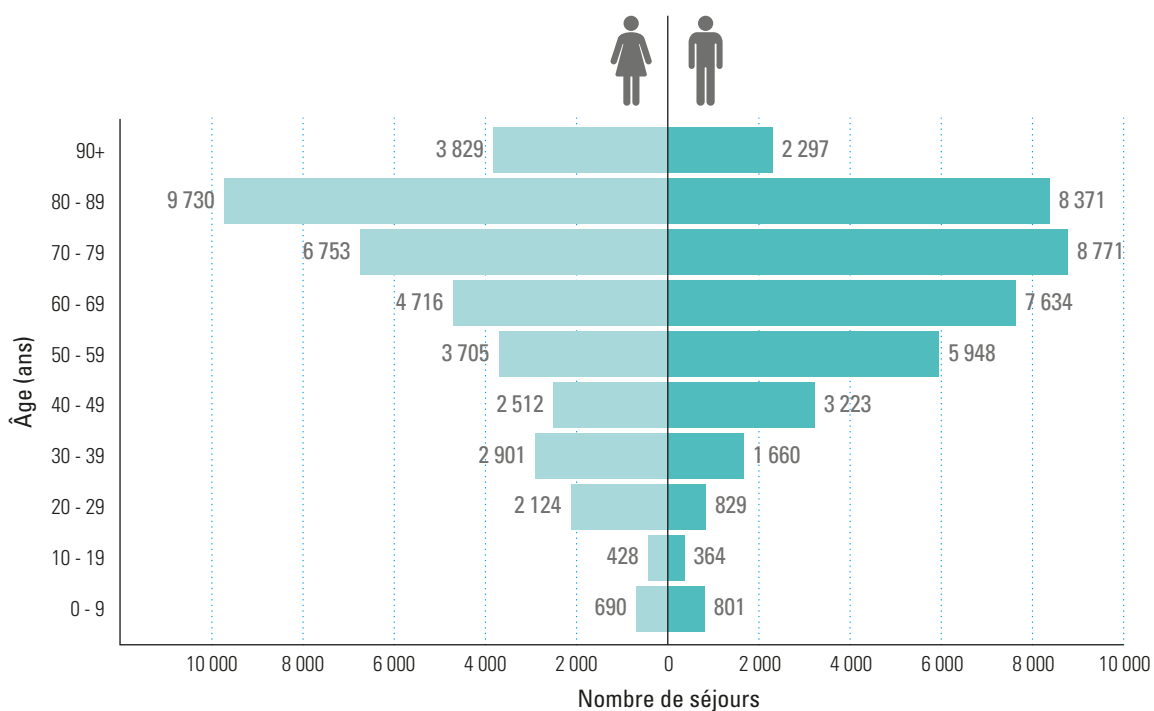
En outre, 79,9 % des patients hospitalisés pour une infection par le COVID-19 en 2020 étaient âgés de 50 ans ou plus. Cela contraste fortement avec l'âge des patients sans infection par le COVID-19 en 2020 (52,0 %) et l'âge des patients de la période de 2016 à 2019 (49,5 %).

11 Source : RHM, Data et Information stratégique, SPF SPSCAE. Au moment de la publication, nos services ne disposent que des données 2020 pour établir un profil du patient COVID. Tous les patients chez qui une infection au COVID a été détectée ou suspectée sont inclus dans les chiffres, quel que soit le motif d'admission. Il est également possible qu'un patient qui a été transféré dans un autre hôpital au cours de son séjour ait été compté deux fois dans les chiffres.



Dans les groupes d'âge 40-79 ans, les hommes atteints d'une infection au COVID-19 ont été plus nombreux que les femmes à être hospitalisés en 2020. Nous constatons également que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans ainsi que dans la tranche d'âge de 80 ans et plus. Le nombre plus élevé de femmes dans le premier groupe peut s'expliquer en partie par le fait que c'est l'âge auquel elles tombent généralement enceintes. L'infection légère au COVID-19 dans ce cas a peut-être été détectée lorsque la femme a été admise en raison de son accouchement¹². D'autre part, il est possible que ces femmes aient été admises par précaution en cas d'infection par le COVID-19 pendant la grossesse. Dans la tranche d'âge à partir de 80 ans, le nombre plus élevé de femmes hospitalisées s'explique par le fait que la population féminine est plus nombreuse dans cette tranche d'âge.

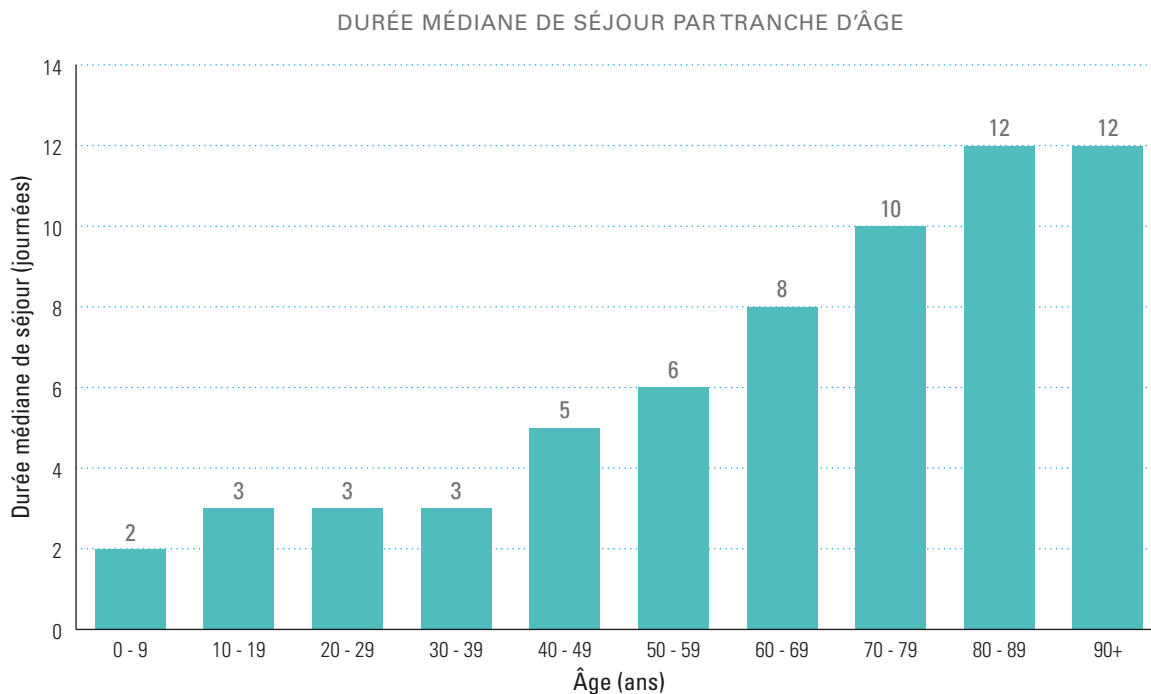
NOMBRE DE SÉJOURS DE PATIENTS COVID-19 PAR SEXE ET PAR ÂGE EN 2020



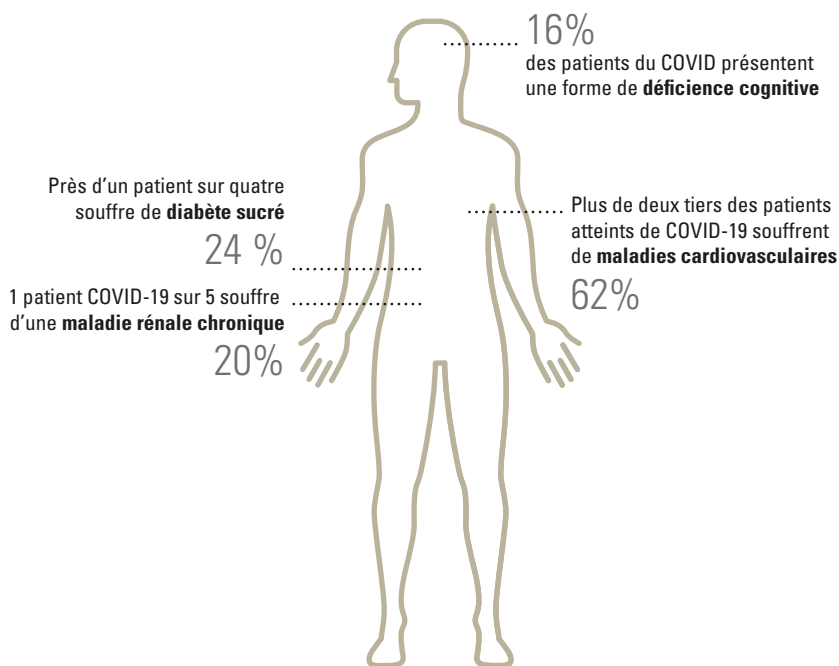
12 On ne peut pas savoir si la personne a été hospitalisée en raison d'une infection au COVID-19 ou pour une autre pathologie et que l'infection au COVID-19 a été détectée par le biais d'un contrôle obligatoire à l'admission.

Durée de séjour

La durée médiane de séjour¹³ augmente avec l'âge du patient, de 2 jours chez les 0-9 ans à 12 jours chez les 80 ans et plus.



Comorbidité



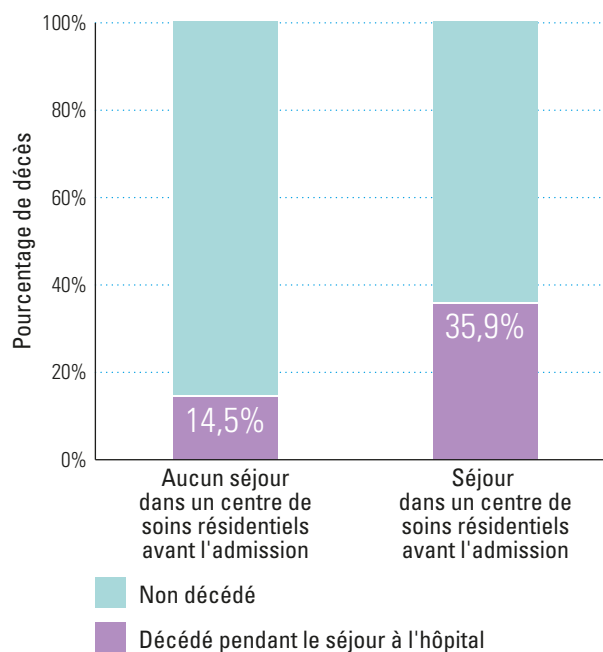
13 Il a été choisi de montrer la médiane parce que cette statistique est moins affectée par les valeurs extrêmes que la moyenne. La médiane est la valeur qui se situe exactement au milieu d'un ensemble de données lorsque vous placez les valeurs de bas en haut. Il s'agit d'une mesure centrale qui sépare les 50 % de valeurs les plus basses des 50 % les plus hautes.

Mortalité dans les hôpitaux généraux

17 % de tous les patients chez qui une infection au COVID-19 a été diagnostiquée sont morts à l'hôpital en 2020.

Le pourcentage de décès est plus élevé lorsque les personnes ont été admises à l'hôpital à partir d'un centre de soins résidentiels (35,9 % contre 14,5 %).

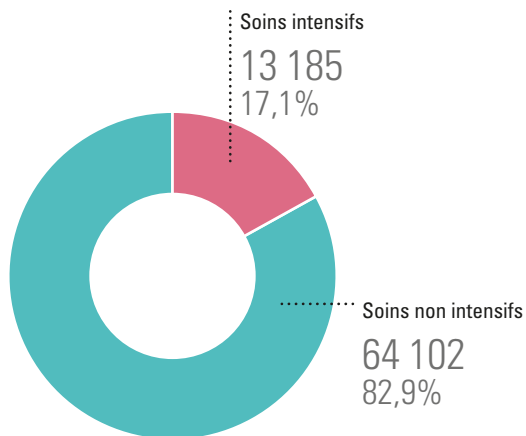
POURCENTAGE DE DÉCÈS À L'HÔPITAL SELON QUE LE PATIENT A SÉJOURNÉ OU NON DANS UNE MAISON DE SOINS RÉSIDENNELS AVANT SON SÉJOUR À L'HÔPITAL



PROFIL DU PATIENT COVID-19 EN SOINS INTENSIFS

En 2020, 17,1 % des patients hospitalisés pour une infection par le COVID-19 ont été admis dans une unité de soins intensifs.

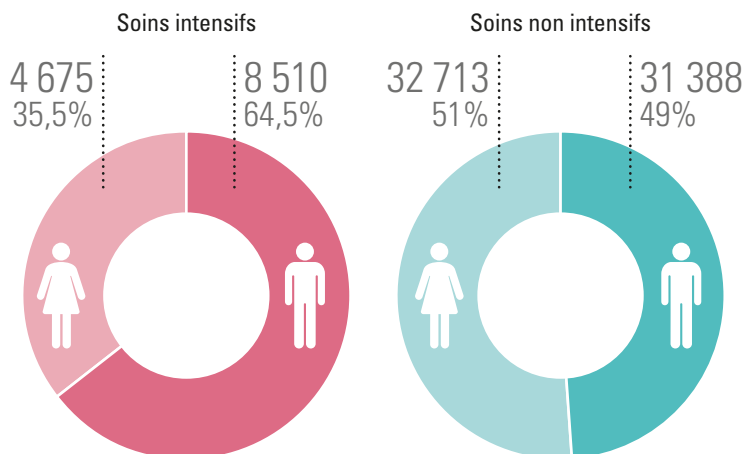
NOMBRE DE SÉJOURS DE PATIENTS COVID-19 EN SOINS (NON) INTENSIFS



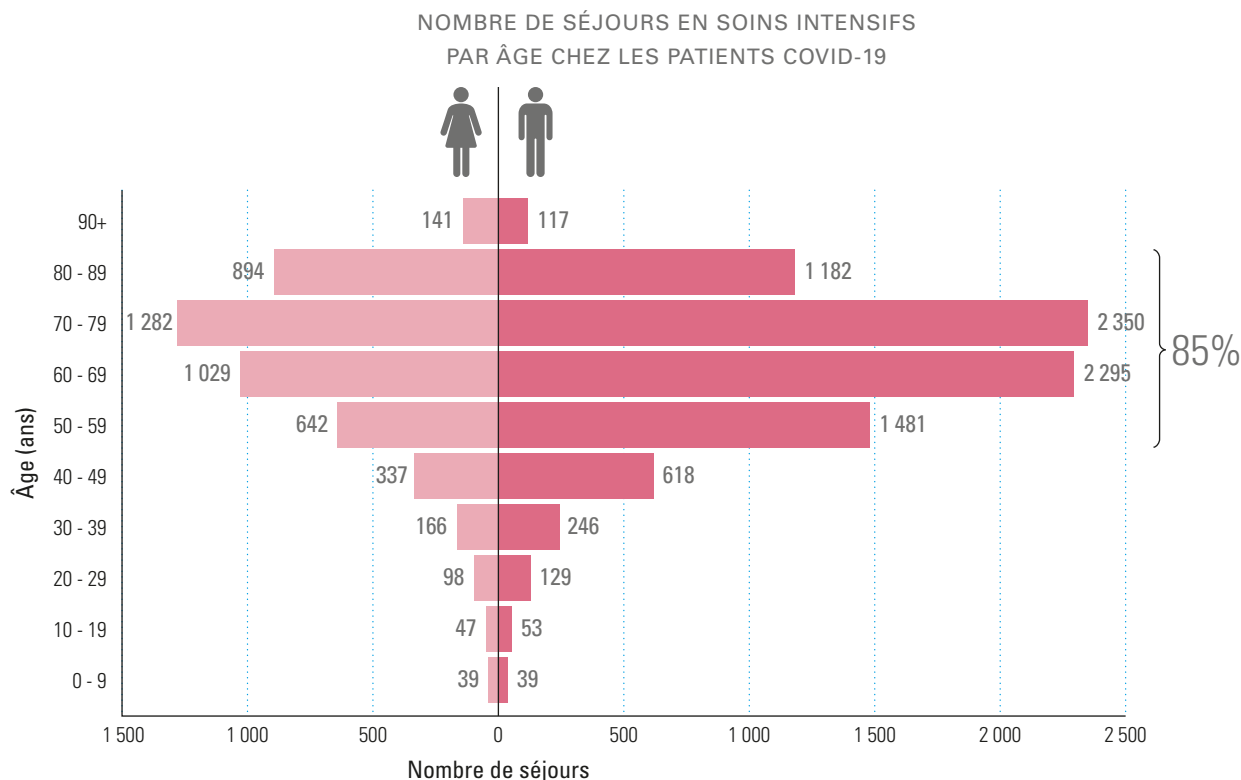
Âge et sexe

64,5 % de tous les patients atteints d'une infection par le COVID-19 admis dans les unités de soins intensifs étaient des hommes.

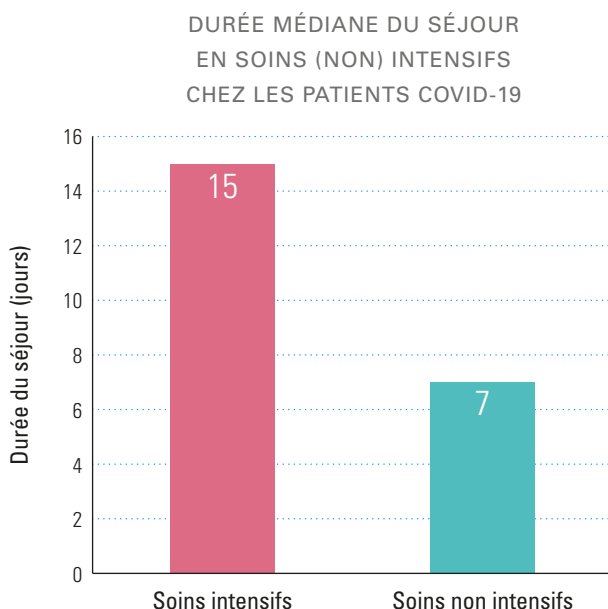
POURCENTAGE DE SÉJOURS EN SOINS (NON) INTENSIFS PAR SEXE PARMIS LES PATIENTS COVID-19



85 % de tous les séjours de patients atteints d'une infection par le COVID-19 dans un service de soins intensifs concernaient des patients âgés de 50 à 89 ans.



Durée de séjour

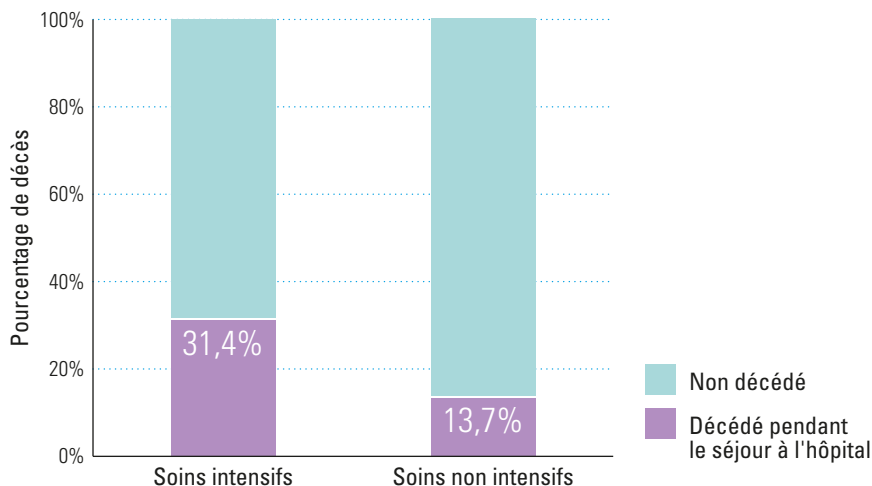


Le séjour hospitalier total médian en 2020 était de 15 jours si le patient COVID-19 était admis dans une unité de soins intensifs. Pour les patients hospitalisés dans une unité de soins réguliers, la durée médiane de séjour était d'une semaine.

Mortalité dans les hôpitaux généraux

Un tiers des patients COVID-19 admis dans une unité de soins intensifs sont morts à l'hôpital en 2020. Les patients COVID-19 qui n'ont pas été admis dans une unité de soins intensifs sont décédés dans seulement 13,7 % des cas.

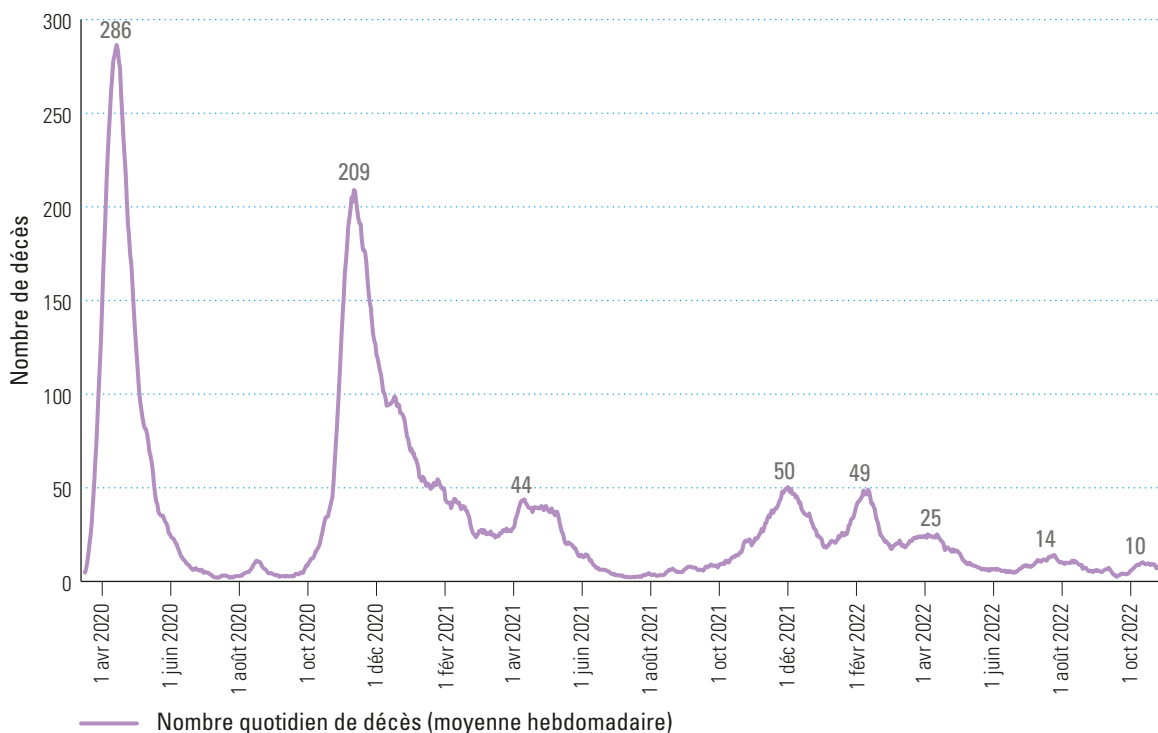
POURCENTAGE DE DÉCÈS CHEZ LES PATIENTS COVID-19 EN SOINS (NON) INTENSIFS



1.3. Nombre total de décès dus au COVID-19

Lors de la première et de la deuxième vague, plus de 200 décès en moyenne sont survenus par jour, tant en milieu hospitalier qu'en dehors. Ce nombre a chuté de manière significative lors des vagues suivantes. Le nombre moyen de décès quotidiens a oscillé autour de 50 décès lors des quatrième et cinquième vagues. Depuis mai 2022, la moyenne fluctue entre 4 et 14 décès par jour.

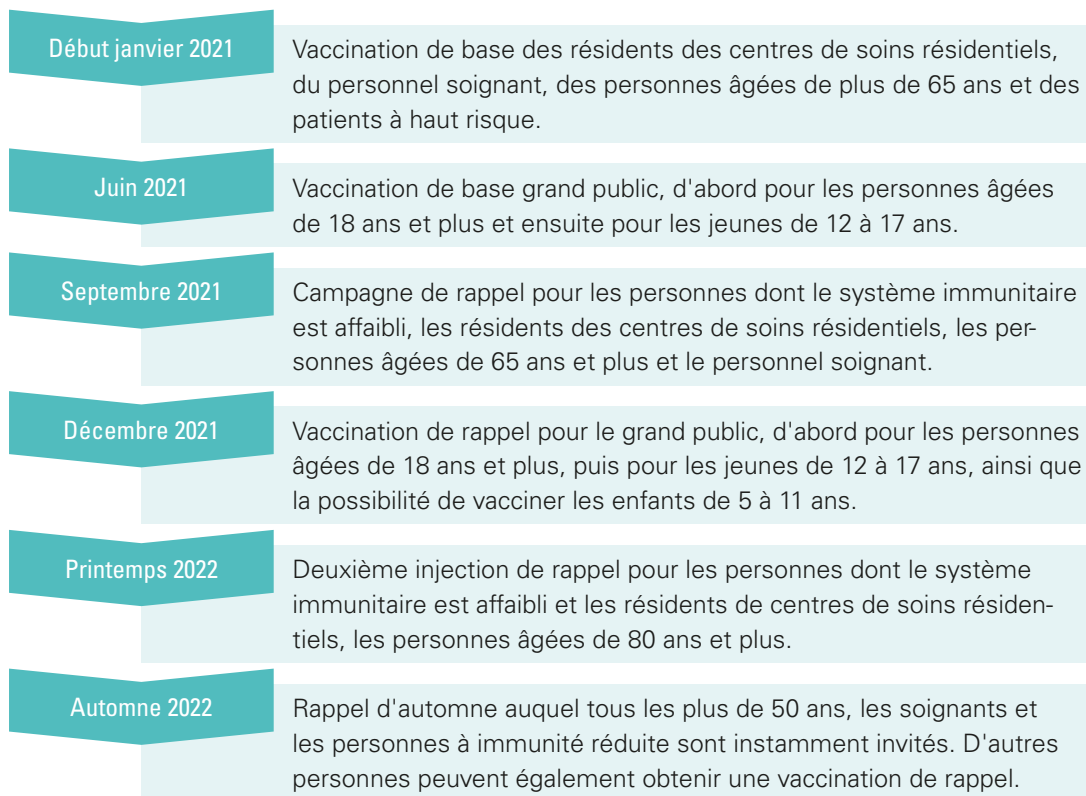
NOMBRE QUOTIDIEN DE DÉCÈS DUS À L'INFECTION PAR LE COVID-19 ^[14]



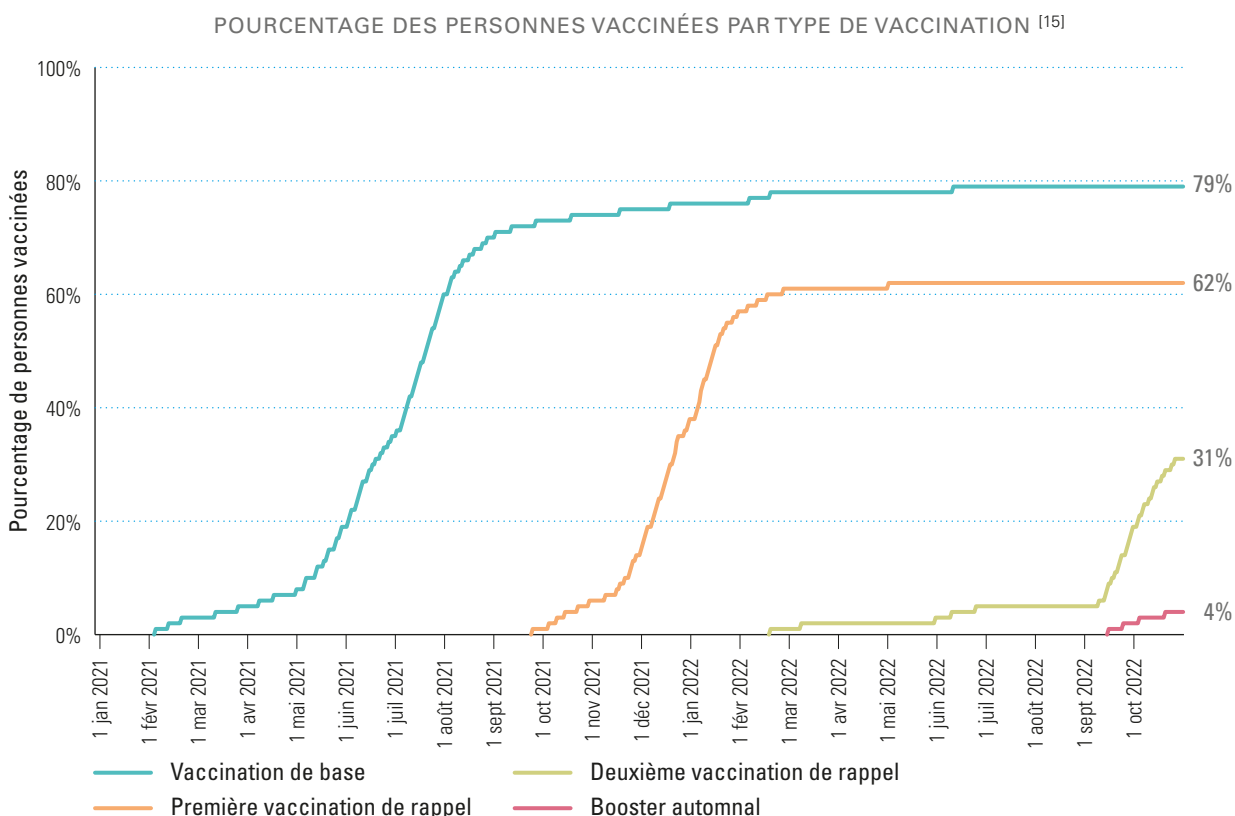
14 Source : Sciensano

1.4. Vaccination

La campagne de vaccination a été organisée en plusieurs phases :

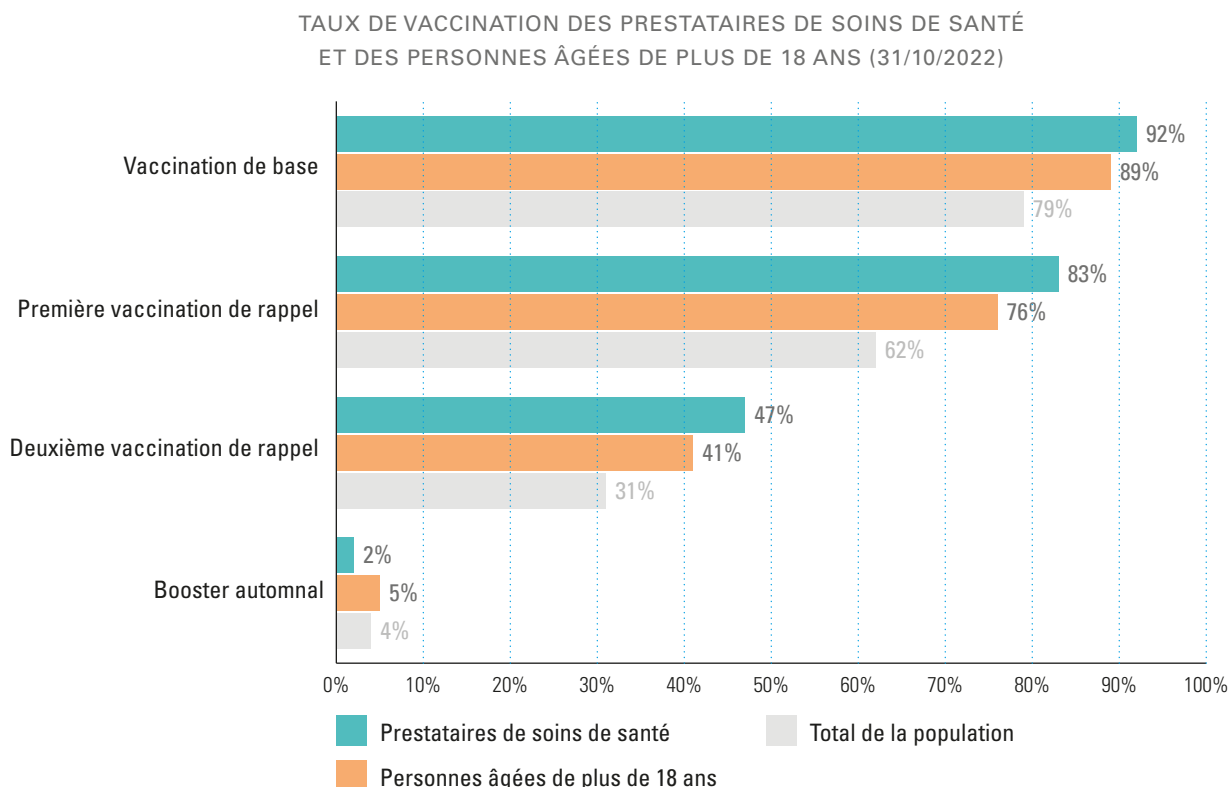


Le graphique ci-dessous rassemble les données de tous ceux qui ont été vaccinés. Au 31 octobre 2022, 79 % de la population belge totale avait reçu un vaccin de base. En outre, 62 % avaient reçu un premier vaccin de rappel, 31 % un 2e vaccin de rappel et 4 % un rappel d'automne.



15 Source : Sciensano

Nous comparons ci-dessous le pourcentage de personnes vaccinées âgées de 18 ans et plus et le pourcentage de professionnels de santé vaccinés au 31/10/2022. Ici, nous observons que le pourcentage d'individus ayant reçu une vaccination de base complète est similaire. Cependant, nous observons une plus grande variation dans le pourcentage d'individus ayant obtenu un premier et un deuxième vaccin de rappel. On constate ici qu'un pourcentage plus élevé de soignants a reçu un vaccin de rappel. Toutefois, à partir du rappel d'automne, nous constatons pour la première fois que le grand public a plus souvent opté pour le rappel que les prestataires de soins de santé. Toutefois, ce chiffre pourrait encore augmenter.

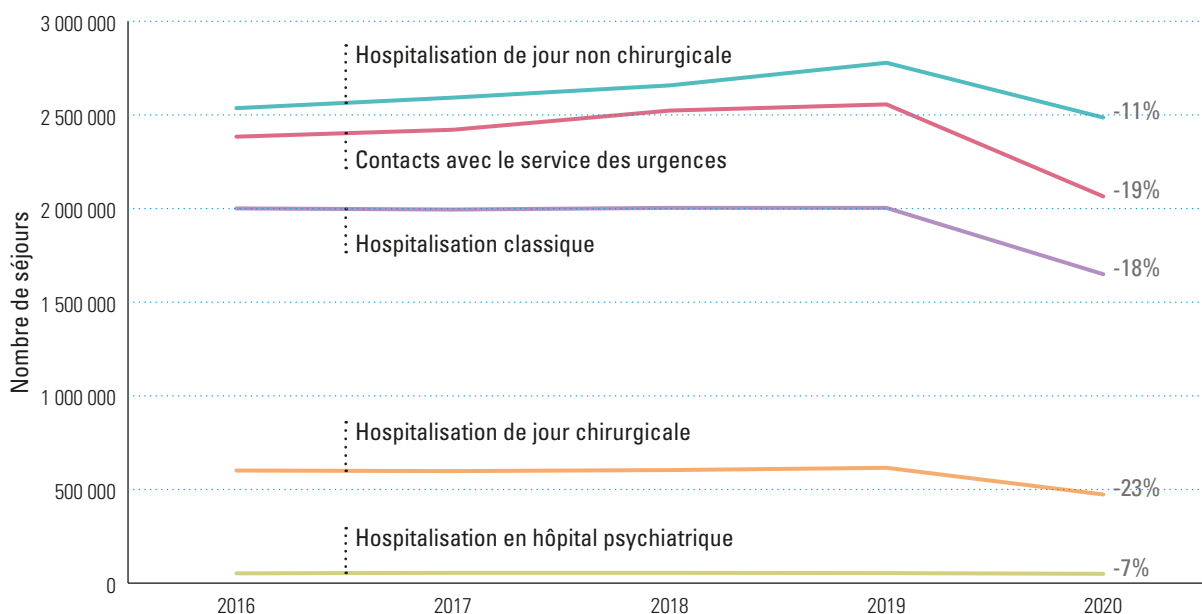


2. Impact de la pandémie sur les séjours hospitaliers dans les hôpitaux généraux et psychiatriques en 2020

Le report des soins non essentiels et la prise en charge des patients COVID-19 a eu un impact significatif sur l'activité hospitalière en 2020. Nous constatons que le nombre de séjours a diminué de 16 % dans les hôpitaux généraux et de 7 % dans les hôpitaux psychiatriques^[16]. La plus forte baisse est observée dans le nombre d'hospitalisations de jour en chirurgie, soit 23 %. La forte baisse du nombre de contacts ambulatoires avec le service des urgences pourrait être indirectement due aux mesures prises en 2020. En effet, principalement pendant la première vague, les contacts sociaux sont devenus très limités, le télétravail est devenu la norme et le travail a été complètement arrêté dans certains secteurs. En conséquence, moins d'accidents se sont produits, ce qui a entraîné une diminution du nombre de contacts avec le service des urgences.

16 Source : RHM et RPM, Service Data et Information stratégique, SPF SPSCAE. Au moment de la publication, nos services ne disposent que des données 2020 sur tous les séjours (liés ou non à la COVID-19) dans les hôpitaux généraux et psychiatriques.

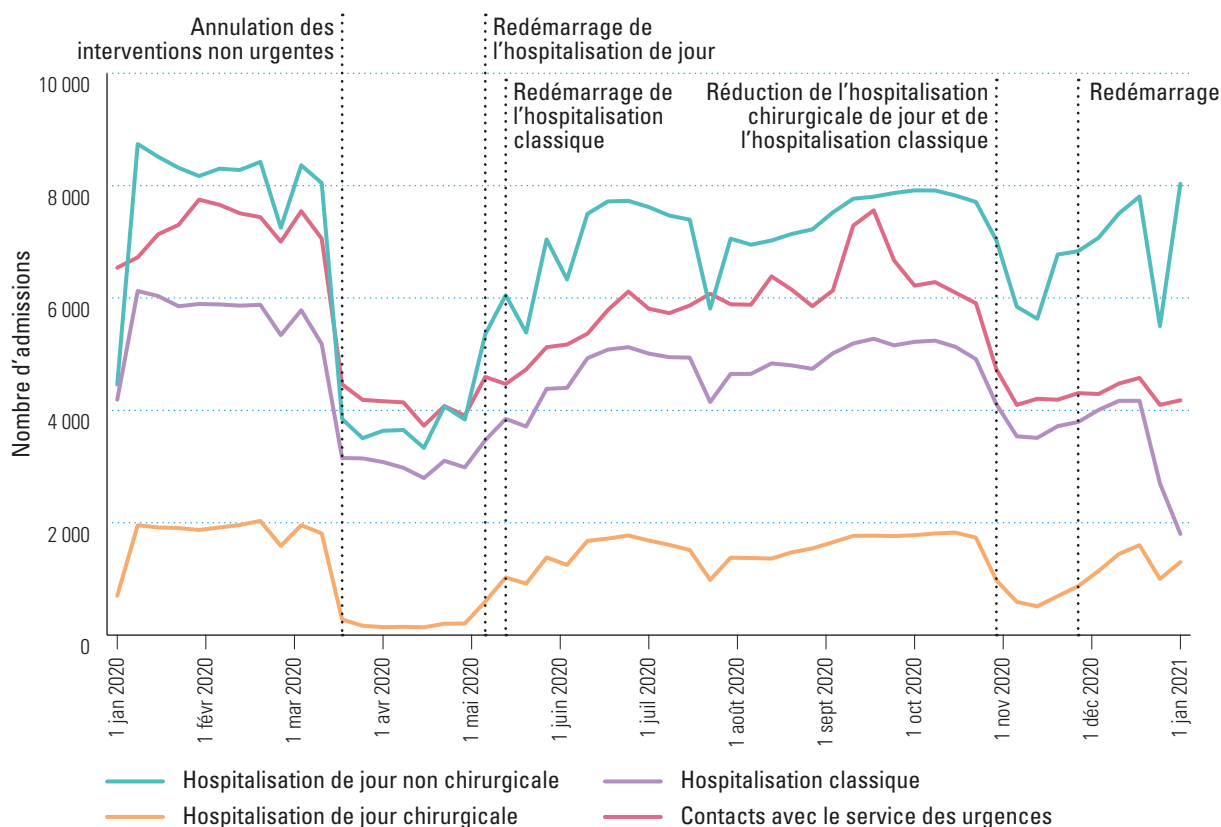
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS PAR TYPE D'HOSPITALISATION



Nous constatons un impact clair des mesures prises concernant le report des soins non essentiels tant en mars qu'en novembre 2020. Le nombre de séjours diminue fortement pour tous les types d'hospitalisation. Avec le redémarrage de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation classique en mai 2020, on observe que le nombre de séjours reste inférieur au nombre de séjours de janvier et février 2020.

En novembre 2020, lorsque survient la deuxième vague, nous observons une autre réduction importante de l'activité en raison des mesures prises. Bien que cela ne fasse pas partie des mesures prises à l'époque, nous constatons également une diminution des hospitalisations de jour non chirurgicales.

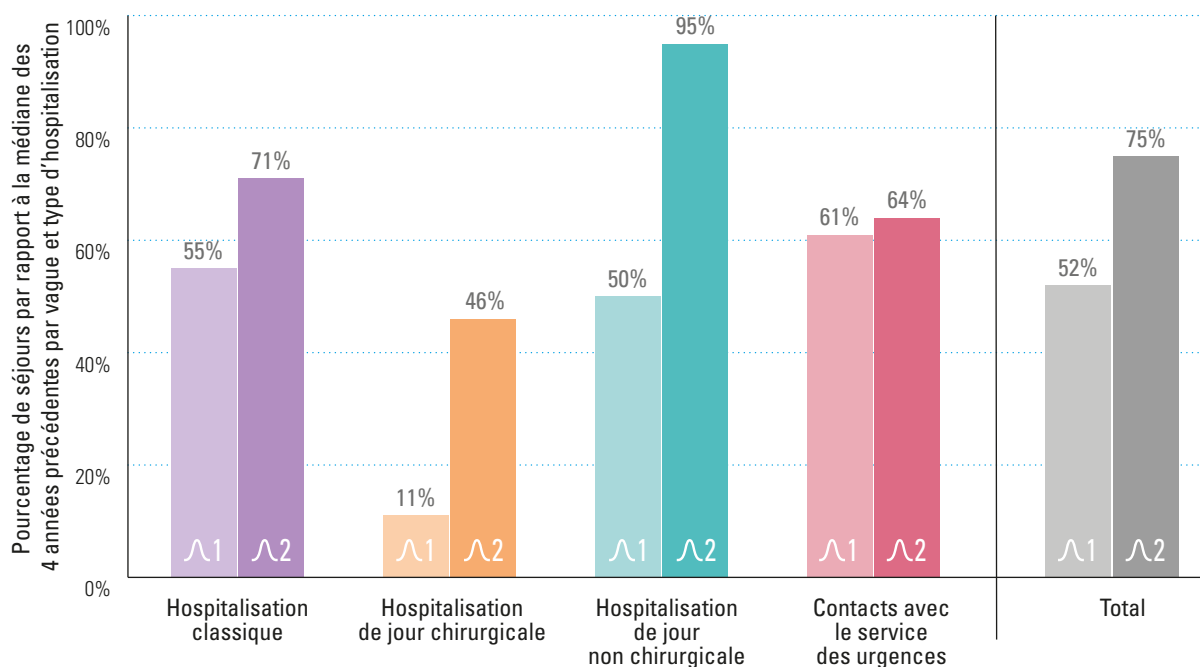
ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS PAR SEMAINE PARTYPE D'HOSPITALISATION



Au cours de la période du 14/3/2020 au 4/5/2020^[17], le nombre total de séjours hospitaliers a été à peu près divisé par deux par rapport au nombre médian de séjours des années 2016 à 2019. La baisse la plus importante s'observe dans l'hospitalisation de jour en chirurgie, où seulement 11 % des séjours prévus ont eu lieu. Les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour non chirurgicales et les contacts ambulatoires via le service des urgences ont diminué respectivement de 56 %, 50 % et 61 % par rapport à l'activité des quatre années précédentes.

Au cours de la période du 26/10/2020 au 27/11/2020, 75 % des séjours attendus par rapport à l'activité sur la période de 2016 à 2019. Une fois encore, nous observons la plus forte baisse des hospitalisations de jour en chirurgie, où 46 % des séjours prévus ont eu lieu, suivies par les contacts ambulatoires avec le service des urgences (64 %), l'hospitalisation classique (71 %) et l'hospitalisation de jour non chirurgicale (95 %).

POURCENTAGE DE SÉJOURS PAR RAPPORT À LA MÉDIANE DES 4 ANNÉES PRÉCÉDENTES
PAR VAGUE ET TYPE D'HOSPITALISATION ^[18]



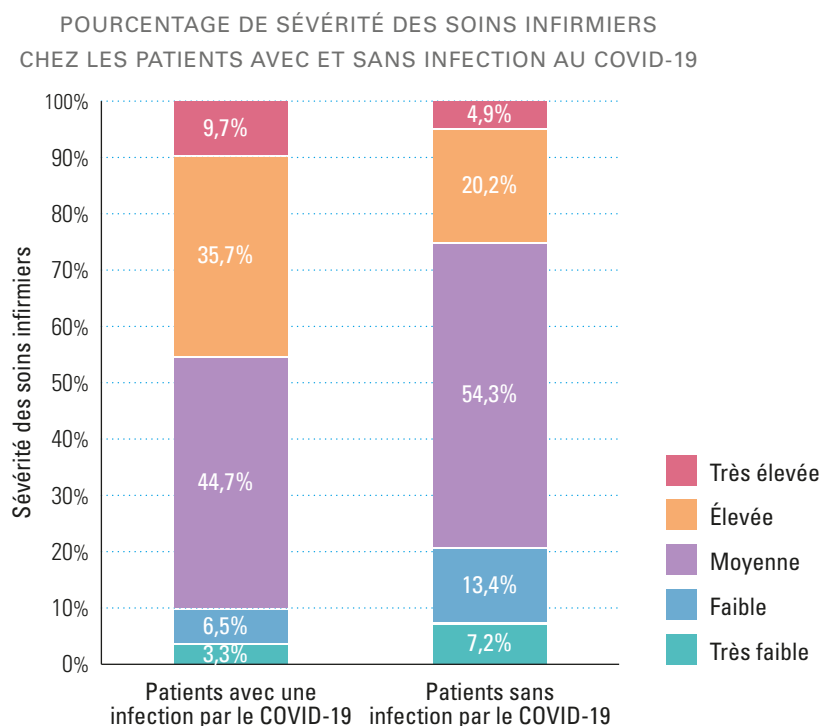
Au cours des deux périodes où les soins non essentiels ont été reportés, un tiers des hospitalisations de patients non-COVID-19 concernait un contact pour une chimiothérapie ou une immunothérapie (28 %), 11 % un séjour lié à une forme de douleur chronique et 6 % des séjours concernaient un accouchement.

17 Les périodes de référence choisies font référence aux périodes où un report des soins non essentiels a été demandé par le biais du comité HTSC. Par conséquent, ces périodes ne délimitent pas la totalité de la vague COVID-19. En raison de la nature de l'enregistrement, ces chiffres ne peuvent pas être montrés pour l'évolution du nombre de séjours en HP.

18 Pour les séjours en hôpital psychiatrique, en raison du mode d'enregistrement, aucune comparaison ne peut être faite sur base du nombre de séjours dans les périodes de référence choisies. Pour cette raison, ces séjours ne sont pas inclus dans ce tableau.

2.1. Impact de la pandémie sur l'intensité des soins infirmiers

Le graphique ci-dessous compare l'intensité globale des soins infirmiers chez les patients avec ou sans diagnostic de COVID-19. La sévérité globale donne une image des besoins en soins du patient. Elle dépend du nombre de problèmes infirmiers soulevés, du temps nécessaire à les résoudre et du niveau de compétence requis pour les soins.



Pour 46 % des patients COVID-19, la lourdeur des soins infirmiers est élevée à très élevée, ce qui signifie que la lourdeur des soins est plus élevée de plus de 150 % que la lourdeur des soins pour le patient moyen¹⁹. Ici, pour 10 % des patients, la lourdeur des soins est même plus de 3 fois supérieure à celle du patient moyen. En comparaison, nous constatons que seulement 25 % des patients sans infection par le COVID-19 sont classés dans la catégorie de lourdeur des soins élevée à très élevée.

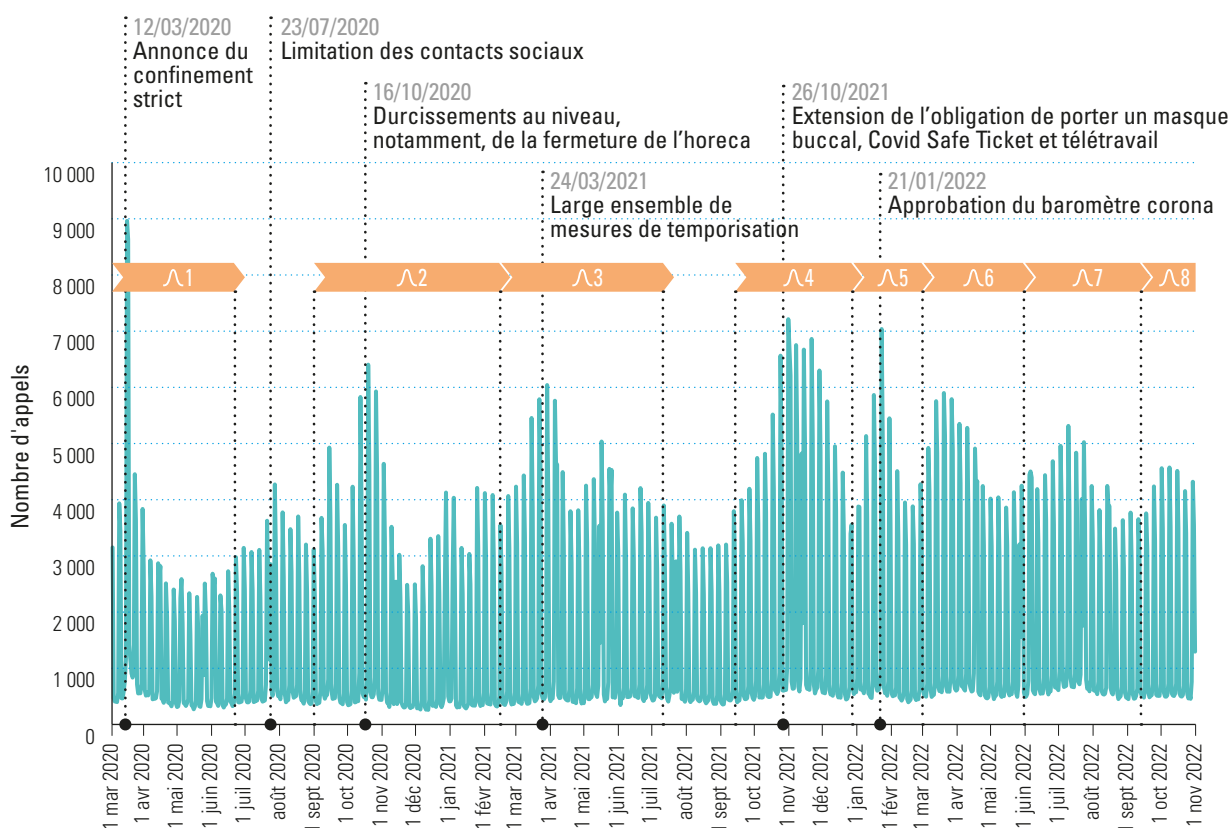
3. L'impact de la pandémie sur l'aide urgente

3.1. Influence de la pandémie de COVID-19 sur les appels au 1733

Les appels téléphoniques dans le cadre des soins non planifiables en Belgique sont traités via 2 centres d'appel d'urgence. Les appels pour une aide médicale urgente via le 112 sont pris en charge par un opérateur dans une centrale d'urgence. Les demandes d'aide médicale non urgente au 1733 sont prises en charge par un opérateur dans une centrale d'urgence ou sont transmises à un poste médical de garde.

19 Les patients sont classés en 5 catégories de lourdeur des soins : « Très faible » : la lourdeur des soins est de maximum 25 % de la lourdeur des soins du patient moyen, « Faible » : la lourdeur des soins est de 25 à 50 % de la lourdeur des soins du patient moyen, « Moyenne » : la lourdeur des soins est de 50 à 150 % de la lourdeur des soins du patient moyen, « Élevée » : la lourdeur des soins est de 150 à 300 % de la lourdeur des soins du patient moyen, « Très élevée » : la lourdeur des soins est supérieure à 300 % de la lourdeur des soins du patient moyen.

ÉVOLUTION DU NOMBRE QUOTIDIEN D'APPELS AU 1733



Au cours du week-end des 14 et 15 mars 2020, le nombre d'appels passés au 1733 a atteint un niveau sans précédent. La raison de ce pic réside principalement dans le fait que de nombreux citoyens ont appelé ce numéro pour obtenir des informations supplémentaires sur le COVID-19 plutôt que parce qu'ils avaient un problème médical. Ce week-end-là, les centres d'urgence ont connu un niveau d'activité inégalé. Tout a été mis en œuvre pour répondre à tous les appels. Du personnel supplémentaire a été déployé, les directions médicales ont apporté leur soutien et des lignes d'assistance téléphonique avec des médecins généralistes ont été mises en place.

Après le week-end du 14 mars 2020, il a été décidé de renvoyer les appels adressés aux centrales d'urgence vers la ligne d'information corona 0800. De ce fait, les appels arrivant aux centres d'urgence étaient filtrés et séparés des appels ne concernant que des demandes d'informations sur le COVID-19. Nous constatons cependant que les gens ont longtemps continué à utiliser les numéros d'urgence pendant longtemps pour obtenir des informations sur le COVID-19, les vaccinations, les résultats des tests, etc.

Après le pic de mars 2020, nous observons d'autres nouvelles augmentations du nombre d'appels vers le numéro 1733. Ces moments coïncident souvent avec une augmentation du nombre d'infections et avec des moments où des décisions ont été prises et communiquées par le Comité de concertation.

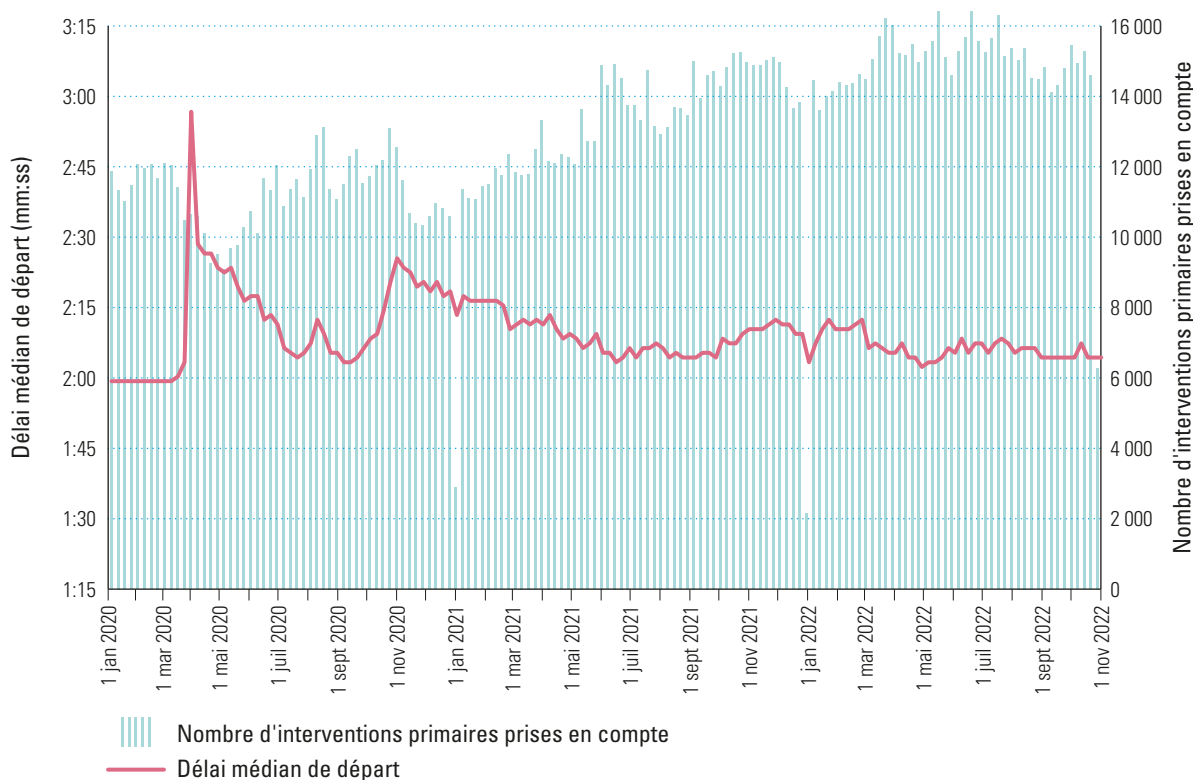
3.2. Influence de la pandémie sur les délais d'intervention des ambulances

Quand un appel de demande d'aide urgente arrive au 112, un service d'ambulance est alerté et vient chercher le patient sur le lieu de l'intervention pour le transporter à l'hôpital. Il a été constaté que – principalement



lors de la première vague COVID-19 – le délai médian de départ des ambulances (c'est-à-dire le temps entre l'appel au 112 et le départ de l'ambulance vers le site d'intervention) a augmenté de manière significative pendant une courte période^[20]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les agents des services d'urgence ont dû enfiler leurs vêtements de protection juste avant leur départ, ce qui a pris plus de temps en raison des mesures COVID-19. Au fur et à mesure que leur expérience s'accumulait et que le nombre d'infections au COVID-19 diminuait, le temps de départ s'est à nouveau raccourci. Après une légère augmentation au moment de la deuxième vague de COVID-19, le délai de départ est resté stable.

INFLUENCE DU COVID-19 SUR LES DÉLAIS DE DÉPART DES AMBULANCES

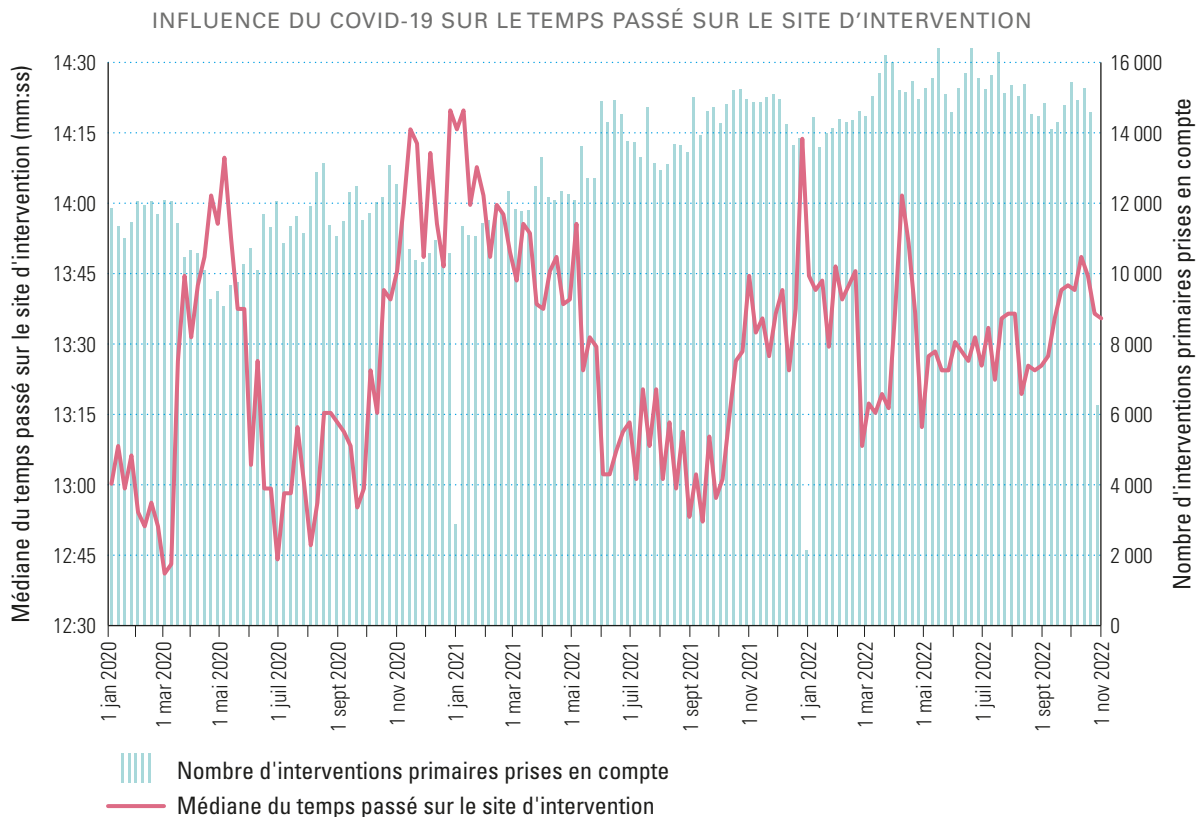


À côté de cela, nous constatons aussi que la médiane hebdomadaire de la durée de présence d'une équipe d'ambulanciers sur le site d'intervention est en nette augmentation pendant les différentes vagues de COVID-19^{[20],[21]}. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en raison du risque d'infection plus élevé et des mesures COVID-19 en vigueur, une approche plus prudente a été adoptée dans le traitement des patients. Cela a un impact sur la durée des interventions sur place. Une autre explication pourrait être qu'il y a eu moins d'interventions non essentielles pendant les vagues de

20 Source : AMBUREG, Service Data et Information stratégique, SPF SPSCAE (6,48 % des interventions primaires n'ont pas été prises en compte en raison de valeurs manquantes).
Il est à noter que les interventions ont été prises en compte jusqu'au 31/10/2022. Par conséquent, seuls quelques jours (c'est-à-dire du 29/10/2022 au 31/10/2022) ont été inclus dans la dernière barre du graphique au lieu d'une semaine complète. Il convient également de noter une diminution du nombre d'interventions dans les segments du 30/12/2020 et du 31/12/2021. Cela s'explique par le fait que seuls 1 ou quelques jours ont été pris en compte dans ce segment, à savoir, d'une part, les 30/12/2020 et 31/12/2020, d'autre part, le 31/12/2021.

21 Source : AMBUREG, Data et Information stratégique, SPF SPSCAE (23,60 % des interventions primaires n'ont pas été prises en compte en raison de valeurs manquantes).

COVID-19. On peut donc supposer qu'il y a eu plus d'interventions pour des patients présentant une pathologie plus sévère, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de la durée médiane hebdomadaire.



FINANCEMENT

Pendant la pandémie de COVID-19, les autorités fédérales ont prévu un soutien financier pour faire face aux coûts spécifiques liés à la pandémie dans le secteur des soins de santé. Vous trouverez ci-dessous quelques initiatives dans lesquelles la Direction Soins de Santé du SPF SPSCAE a été activement impliquée.

1. Financement des hôpitaux et de leur personnel

La pandémie de COVID-19 a eu un impact majeur sur la situation financière des hôpitaux et des prestataires de soins de santé. Les hôpitaux ont dû activer des plans d'urgence dans un délai très court. Tant l'augmentation de la capacité d'admission que celle de la capacité d'accueil en unité de soins intensifs ont entraîné des coûts supplémentaires importants.

En outre, les soins non essentiels ont été reportés à plusieurs reprises, ce qui a provoqué une baisse des revenus de l'hôpital et des prestataires de soins rémunérés par honoraires ou au forfait.



C'est pourquoi les autorités fédérales ont décidé, en 2020, d'accorder une aide financière aux hôpitaux ainsi qu'aux prestataires de soins. À cet effet, des avances d'un montant total de 2 milliards d'euros ont été versées aux hôpitaux généraux et psychiatriques.

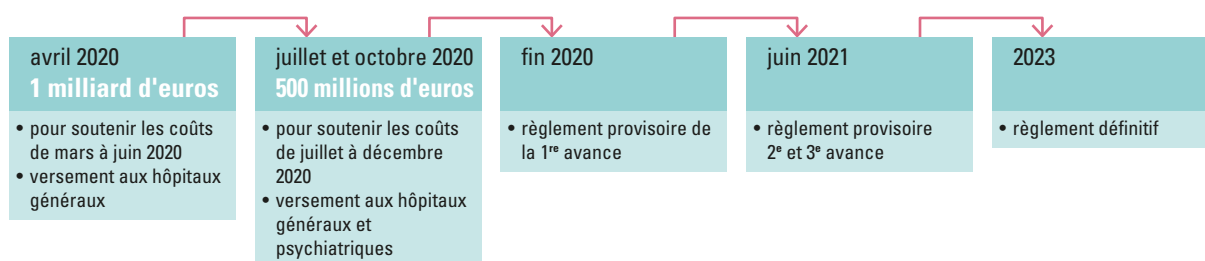
L'octroi de ces avances avait pour but d'aider les hôpitaux à faire face à leurs obligations financières, c'est-à-dire à payer les membres du personnel en activité ainsi qu'à régler en temps voulu les factures des fournisseurs et des prestataires de services.

Des interventions forfaitaires sont prévues pour apporter un soutien aux éléments suivants :

- Coûts exceptionnels dus à la pandémie de COVID-19
- Frais courants
- Activités supplémentaires des prestataires de soins
- Coûts associés à l'obligation de disponibilité d'un pourcentage de la capacité pour les soins COVID-19

Le financement final sera déterminé en 2023 par l'impact réel du COVID-19 sur chaque hôpital et sera calculé et versé dans le cadre d'une collaboration entre le SPF SPSCAE et l'INAMI.

CHRONOLOGIE FINANCEMENT DES HÔPITAUX



En savoir plus sur les règles spécifiques d'octroi des financements :

www.ejustice.just.fgov.be



Un travailleur qui a travaillé dans un hôpital général ou psychiatrique au cours de la période du 1^{er} septembre au 30 novembre 2020 a droit à une prime d'encouragement unique de 985 euros brut^[22]. En outre, en compensation des efforts consentis pour lutter contre le COVID, le personnel soignant du secteur fédéral (par exemple, les hôpitaux, les maisons médicales, les services de soins à domicile, etc.) a également droit à des chèques de consommation d'une valeur de 300 euros par personne, utilisables dans les secteurs horeca et événementiel^[23].

22 Source : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_prime_dencouragement_pour_le_personnel_hospitalier-15_janvier_2021.pdf

23 Source : [Arrêté royal du 22/12/2020 fixant le financement et les modalités pour l'instauration d'une prime de solidarité dans les secteurs des soins de santé fédéraux](#)

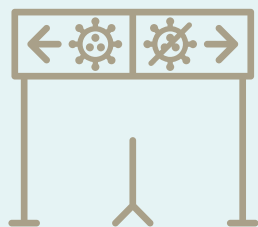
Pour en savoir plus sur le soutien fédéral aux hôpitaux :

www.health.belgium.be



Afin d'optimiser leur fonctionnement, les hôpitaux ont été encouragés à contrôler leurs taux d'occupation des lits. Les patients devaient être répartis de manière optimale entre l'hôpital et ses différents sites. En outre les patients, qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers devaient quitter l'hôpital le plus rapidement possible. À cette fin, les hôpitaux avaient droit à une compensation pour le transport des patients. En 2020 et 2021, respectivement 21 106 et 21 363 transports ont été enregistrés par les hôpitaux. Cela concerne aussi bien les transports intra- qu'extra-hospitaliers ainsi que le transport de patients COVID-19 et non-COVID-19. Un montant d'un peu plus de 2 millions d'euros, en moyenne, a été partagé chaque année entre les hôpitaux à titre d'intervention dans le coût de ce transport de patients. Ces montants ont été versés par le biais du budget des moyens financiers (BMF).

2. Financement des centres de tri et de prélèvement



En 2020 et en 2021, respectivement

€ 56 479 000
et € 79 212 000

ont été prévus par l'INAMI et le SPF SPSCAE pour le **financement des centres de tri et de prélèvement** ^[24].

Un financement a été prévu par l'INAMI et les autorités fédérales, tant pour les coûts de démarrage du centre de tri et de prélèvement que pour les coûts médicaux, qui comprennent la coordination médicale et la rémunération du personnel médical et infirmier. Un financement est également octroyé pour le personnel administratif et de soutien. En outre, une intervention a aussi été prévue pour les équipements de protection individuelle. Les entités fédérées accordent des interventions financières pour les autres frais de fonctionnement des centres^[25].

24 Source : INAMI

25 Source : [Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la constitution concernant la mise en place, l'organisation et le financement de centres de tri et de prélèvement dans la cadre de la gestion de la crise sanitaire COVID-19](#)

3. Financement des structures de soins intermédiaires

L'INAMI prévoit un financement forfaitaire pour les prestations des médecins (coordination, suivi, disponibilité et soins directs), des infirmiers et des soignants. Les centres sont rémunérés sur base du nombre d'heures prestées. Si des soins autres que ceux des médecins et des infirmiers sont nécessaires, ils doivent être organisés selon les règles habituelles. Dans ce cadre, l'organisme assureur du patient recevra des informations sur le séjour dans un tel centre.



4. Financement du soutien psychosocial

4.1. Protocole d'accord concernant le renforcement des soins de santé mentale

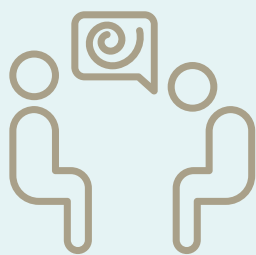
Pour répondre à l'augmentation des problèmes psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19, une extension du remboursement des soins psychologiques de première ligne a été approuvée. Elle permet non seulement aux adultes, mais aussi aux enfants, aux adolescents et aux personnes de plus de 65 ans de consulter un intervenant de première ligne pour des problèmes psychologiques légers ou modérés.

Dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, les ministres compétents ont en outre conclu un Protocole d'accord concernant une approche coordonnée visant à renforcer l'offre de soins psychiques dans les soins de première ligne. L'accord définit certains groupes cibles prioritaires – tels que les enfants et les parents de familles vulnérables, les jeunes adultes, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale préexistants... À cet effet, un budget supplémentaire de 112,5 millions d'euros est prévu pour un total de 1 986 équivalents temps plein (ETP) de thérapeutes psychologiques.

En savoir plus sur le Protocole
 d'accord concernant le
 renforcement des soins de
 santé mentale :

www.health.belgium.be





Pour le renforcement **des soins psychologiques de première ligne**, un budget supplémentaire de **112,5 millions d'euros** est prévu.

Cette nouvelle convention sur les soins psychologiques de première ligne complète l'éventail des acteurs de la prise en charge en apportant une aide rapide et accessible aux groupes vulnérables présentant des problèmes légers à modérés. Le souhait est de détecter le plus tôt possible le besoin d'une aide psychologique. L'offre complémentaire s'adresse aux enfants et aux adolescents ainsi qu'aux adultes et aux personnes âgées.

La convention vise à faire évoluer l'accès aux soins.

- D'une part, en facilitant l'accès au financement. Deux fonctions de soins seront donc financées dans ce cadre :
 - fonction de soins psychologiques de première ligne pour le soutien aux plaintes légères à modérées
 - la fonction de soins psychologiques spécialisés pour prendre en charge les problèmes psychologiques modérés à graves
- D'autre part, en facilitant l'accès à un psychologue clinicien ou à un orthopédagogue conventionné dans l'environnement immédiat du citoyen (fonctionnement axé sur la proximité géographique). L'objectif est de s'assurer que ces prestataires de soins, en plus de fournir des services dans leur cabinet, dispensent aussi des soins généraux ou même exercent des activités pendant leur temps libre dans des lieux où la population vulnérable se rend dans un but autre qu'une demande de soutien en matière de santé mentale, par exemple dans une organisation d'aide matérielle ou sociale. Le souhait est, en effet de proposer une aide dans un lieu non stigmatisant. Dans un endroit qui permet la coopération intersectorielle et multidisciplinaire avec d'autres prestataires de soins de santé. Nous pensons notamment aux CPAS, à ONE, à l'aide en milieu ouvert, aux écoles des devoirs, aux centres communautaires, aux centres d'accompagnement des élève, aux cabinets des médecins généralistes,...

En 2022, les différents réseaux de santé mentale concluront de nouveaux accords avec les prestataires de soins de santé sur base d'une évaluation des besoins de leur zone d'action dans le cadre du protocole d'accord. Entretemps, on constate que le nombre de personnes ayant eu recours à l'offre de soins psychologiques primaires est en augmentation.

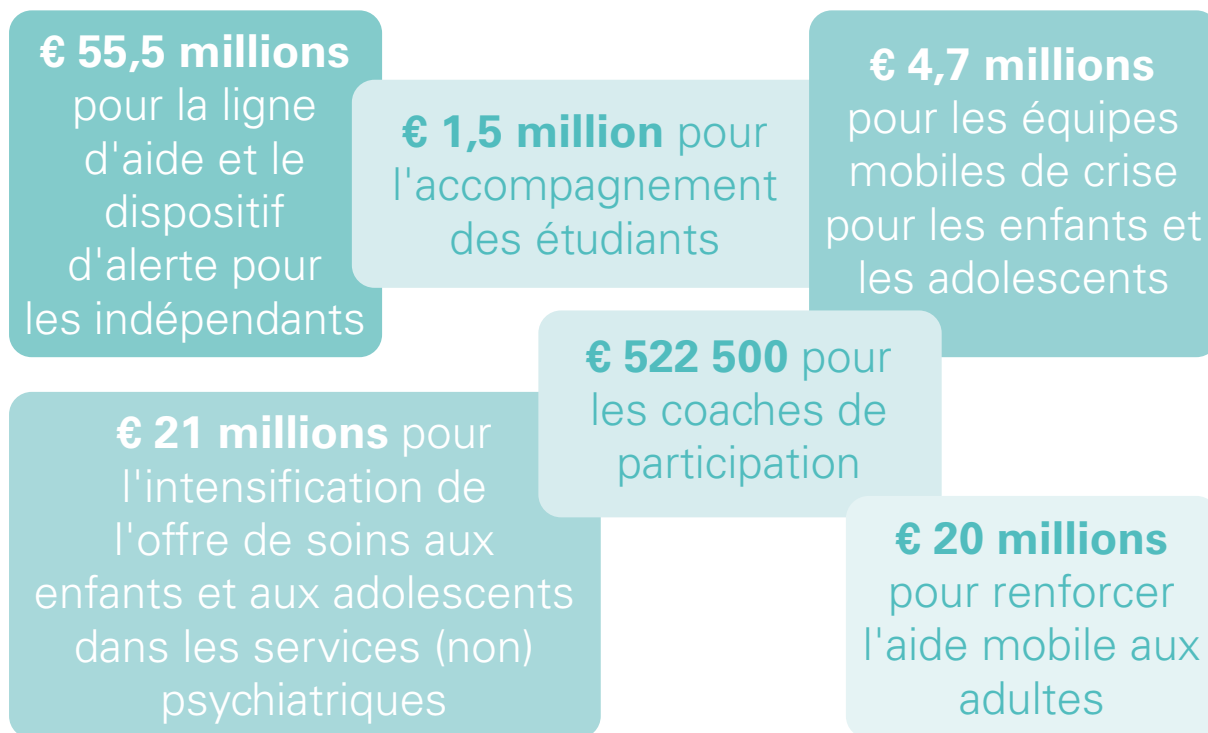
En savoir plus sur la convention de remboursement des soins psychologiques :

www.inami.fgov.be



4.2. Mesures temporaires pendant la pandémie

Étant donné que l'élaboration de cette convention prend un certain temps, une série de mesures temporaires destinées aux groupes cibles vulnérables a déjà été prise dans ce contexte. Plusieurs études ont, en effet, montré que le bien-être mental est le plus menacé chez les adolescents et des étudiants, les personnes seules et les personnes travaillant dans les professions les plus touchées par la pandémie (par exemple, les soins de santé, l'hôtellerie, le secteur culturel).



Pour répondre spécifiquement aux besoins psychologiques de ces groupes les plus vulnérables, les mesures suivantes ont été prises.

- Soins psychologiques pour les indépendants via, entre autres, une ligne de soutien gratuite et/ou un dispositif d'alerte activé par des sentinelles (par exemple, curateurs, banques, guichets d'entreprises, caisses d'assurance sociale pour les indépendants, secrétariats sociaux, prestataires de soins, etc.) ou encore, des psychologues cliniciens et des orthopédagogues régulièrement en contact avec les indépendants. Un budget annuel de 55,5 millions d'euros a été prévu à cet effet. Cette mesure était valable jusqu'au 28 février 2022.
- Du 15 avril 2021 au 31 décembre 2021, 1,5 million d'euros ont été prévus pour l'accompagnement des étudiants dans les écoles supérieures et les universités. Des sessions de groupe ont été organisées en mettant l'accent sur la maîtrise du stress et le renforcement de l'autonomie afin de prévenir le développement de problèmes de santé mentale.
- Depuis février 2021, une mesure a été prise pour assurer une prise en charge plus rapide des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des problèmes aigus de santé mentale, ainsi que des jeunes en crise, en renforçant les équipes mobiles de crise des réseaux de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA).
 - le budget global des équipes mobiles a été augmenté de 50 % ;
 - les moyens de fonctionnement des réseaux de 75 % ;
 - l'encadrement des psychiatres de réseau de 25 %.

Ainsi, la capacité de l'accueil mobile de crise a été considérablement accrue à court terme sur base d'un budget supplémentaire de 4,7 millions d'euros, soit l'équivalent d'environ 50 ETP.

- En outre, il a été décidé en avril 2021 d'intensifier l'offre de soins résidentiels pour la prise en charge des enfants et des adolescents présentant des problèmes de santé mentale graves et complexes, en augmentant les effectifs des services de psychiatrie infanto-juvénile. Cette intensification permet au personnel d'être responsable du transfert des soins des milieux résidentiels vers un cadre de soins à domicile ou dans un milieu familial de substitution. De la sorte, on souhaite optimiser la continuité des soins pour les enfants et leurs familles et de réduire la durée d'admission dans le service de psychiatrie infanto-juvénile (service K). Au total, 212 ETP ont été financés. Parallèlement, il a également été décidé d'augmenter la capacité de prise en charge par les services hospitaliers non psychiatriques des enfants et des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale, en déployant des équipes dites de liaison entre la psychiatrie infanto-juvénile et, par exemple, la pédiatrie. Au total, 23 équipes comptant chacune 2,70 ETP ont été financées. Un peu plus de 21 millions d'euros de budget annuel supplémentaire ont été débloqués pour ces mesures.
- En outre, des coachs de participation ont été ajoutés aux réseaux SMEA pour permettre aux adolescents et à leur entourage de participer davantage à l'élaboration de leurs propres trajets de soins et de la gestion au niveau des institutions, des réseaux et des autorités. Une somme de 522 500 euros est prévue à cet effet sur une base annuelle.
- Il a également été décidé de renforcer de 25 % l'aide mobile des réseaux de santé mentale pour adultes dans le groupe cible des personnes âgées. Une attention particulière sera accordée aux personnes socialement et économiquement vulnérables et à celles qui sont plus susceptibles d'être réfractaires aux soins. À cette fin, des soins d'outreaching mobiles et multidisciplinaires seront dispensés. Un montant de plus de 20 millions a été débloqué à cet effet sur une base annuelle, qui permet de renforcer les équipes mobiles de 244 ETP.

Ces quatre dernières actions sont actuellement poursuivies sans relâche.

En outre, pendant la pandémie, de nombreuses autres mesures ont également été prises pour renforcer la dispensation de soins de santé mentale, notamment :

- Remboursement des consultations par vidéo des psychiatres ;
- Traitement de suivi à distance après une hospitalisation par les hôpitaux psychiatriques ^[27];
- Possibilité d'hospitalisation partielle au domicile du patient ^[28];
- Sensibilisation des professionnels des soins de santé de première ligne afin de promouvoir l'utilisation appropriée des psychotropes ;
- Formation du personnel hospitalier pour améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcool ;
- Soutien psychologique du personnel hospitalier ;
- Enfin, des fonds supplémentaires ont été attribués à la Vlaamse Kruis pour sa collaboration dans la gestion de la crise sanitaire, notamment pour la mise en place d'un soutien psychosocial au niveau du call-center COVID-19 pour le grand public.

27 En savoir plus sur le suivi à distance via Hôpitaux psychiatriques : [Les suivis post-hospitalisation possibles à distance pendant la période COVID-19 - INAMI \(fgov.be\)](#)

28 En savoir plus sur l'hospitalisation partielle au domicile du patient via COVID-19 : [Services psychiatriques : l'hospitalisation partielle au domicile du patient - INAMI \(fgov.be\)](#)

4.3. Appels à projets

Au printemps 2022, un appel aux réseaux SMAE a été lancé pour développer six nouveaux projets en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes. Les réseaux SMAE peuvent soumettre des propositions pour renforcer l'aide à ces groupes-cibles dans leurs zones de fonctionnement. Environ 35 millions d'euros seront injectés à cette fin. On souhaite pouvoir répondre aux besoins les plus pressants dans chaque province. Une certaine souplesse est accordée pour investir le budget libéré là où les besoins sont les plus importants. Sur base d'une analyse des besoins, il sera décidé comment seront utilisées concrètement les ressources supplémentaires, en plus de l'offre et des initiatives locales déjà disponibles.

Pour en savoir plus sur cet appel :

www.health.belgium.be



Un appel à projets a également été lancé aux réseaux pour adultes, afin qu'ils soumettent des propositions de projets d'« intensification des soins résidentiels ». Le but est d'arriver à ce qu'au moins un service High Intensive Care (service HIC) soit développé dans chaque réseau. Cet appel met en œuvre la décision de l'accord de gouvernement du 30 septembre 2020 d'augmenter les effectifs de certains programmes de soins psychiatriques au-delà des normes de personnel actuelles. Un investissement de 15 millions d'euros est prévu pour le déploiement supplémentaire de 150 personnes et pour le renforcement de 193 heures de fonction médicale.

En savoir plus sur :

**Group de travail sur
l'intensification des soins
résidentiels**



5. Financement des services d'ambulance



Dans le cadre de la lutte contre la pandémie, en 2020, 22 services ambulanciers ont signé un avenant à leur convention avec le SPF SPSCAE. Sur base de cet avenant, une indemnité forfaitaire de \pm 12 000 euros a été accordée pendant une période de 8 semaines pour chaque permanence pendant laquelle le service d'ambulances était mis à disposition 24/7. En plus, un montant unique de 8 millions d'euros a été distribué aux services d'ambulance dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

QUALITÉ

1. Soutien du bien-être psychosocial

Dans le cadre du Plan d'intervention psychosociale (PIPS)⁽²⁹⁾, un **Comité de coordination psychosociale (CCPS)** a été mis en place par le SPF SPSCAE en réponse à la pandémie de COVID-19.

L'objectif de ce comité est de réunir des représentants de tous les services et agences impliqués, de convenir d'une **stratégie commune** et de travailler comme **une seule équipe** afin de mettre en place une offre d'aide psychosociale. Plus concrètement, il s'agit de coordonner les initiatives de sorte que le même message soit toujours communiqué et que les actions se déroulent de façon coordonnée.

L'objectif général est d'encourager la prise en charge personnelle, de prendre soin les uns des autres et de travailler sur la résilience de l'individu et de la société.

L'accent a été mis sur l'importance d'une **communication sans ambiguïté** :

- Une **campagne de communication avec des conseils** sur la façon de gérer le stress a été lancée à la fois pour la population générale et pour le groupe spécifique des prestataires de soins ;
- Un **e-learning** a été créé pour soutenir les travailleurs psychosociaux ;
- Les informations ont été communiquées de manière centralisée par des canaux fixes afin de maintenir une vue d'ensemble de toutes les initiatives. De ce fait, la porte d'entrée sur les informations sur le coronavirus et le bien-être psychosocial est le site web www.info-coronavirus.be. Les informations destinées spécifiquement aux prestataires de soins ont été rassemblées sur le [site web du SPF SPSCAE](#).

En savoir plus sur les organisations et les initiatives concernant le bien-être psychosocial en période de COVID-19 :
www.info-coronavirus.be



29 Vous trouverez de plus amples informations sur le plan d'intervention psychosociale dans les « [Données phares sur l'aide médicale et psychosociale urgente](#) »

2. Manuel belge de régulation médicale

Les appels aux numéros 112 et 1733^[30] nécessitant une intervention médicale sont traités par les opérateurs des centrales 112 en application du Manuel de la régulation médicale belge. Ce manuel contient un ensemble intégré de protocoles médicaux permettant aux opérateurs des centres d'urgence de déterminer uniformément le niveau de gravité des appels d'urgence et de maintenir la qualité du traitement. Il donne des indications au personnel sur les moyens (SMUR, PIT, ambulance, poste de garde, visite à domicile ou médecin généraliste ^[31]) à activer ou sur les actions à recommander dans une situation spécifique.

Dans le contexte de la crise sanitaire, un nouveau protocole a été temporairement élaboré pour répondre aux appels de personnes potentiellement infectées par le COVID-19. En fonction de l'état des connaissances scientifiques sur le virus, ce protocole médical a été revu et corrigé à plusieurs reprises, en tenant compte des directives de Sciensano.

Les directions médicales et/ou directions médicales adjointes du 112 et les infirmiers régulateurs, qui font partie du service Aide Urgente du SPF SPSCAE, sont présents dans les centrales d'urgence pour soutenir et conseiller les opérateurs. Tout au long de la crise, les directions médicales ont accompagné les opérateurs du 112 dans le suivi de l'évolution des protocoles COVID-19 afin d'assurer une prise en charge efficace et efficiente des appels d'aide liés au coronavirus.

Plus d'informations sur le manuel belge de la régulation médicale :

www.health.belgium.be



3. Distribution des équipements de protection pour les professionnels de la santé travaillant dans le secteur ambulatoire

3.1. Identification des professionnels de la santé

Pendant la pandémie de COVID-19, les professionnels de la santé ont eu besoin de matériel de protection afin de soigner les patients en toute sécurité. La distribution de ce matériel a eu lieu dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de santé par leurs employeurs. Cependant, il était également nécessaire de fournir le matériel voulu aux professionnels de santé actifs dans le secteur ambulatoire.

Pour assurer une distribution efficace de ce matériel, il a d'abord fallu identifier ces professionnels de santé. Le service « Professions de santé et Pratique professionnelle » du SPF SPSCAE a dressé une liste des professionnels de santé travaillant dans le secteur ambulatoire. Pour ce faire, diverses

30 Le 1733 est un numéro de téléphone central en Belgique permettant de joindre un médecin généraliste de garde en cas d'aide médicale non urgente (voir également le chapitre « Activité de soins »).

31 Voir « [Données phares sur l'aide médicale et psychosociale urgente](#) » pour plus d'informations sur le fonctionnement des différents moyens.

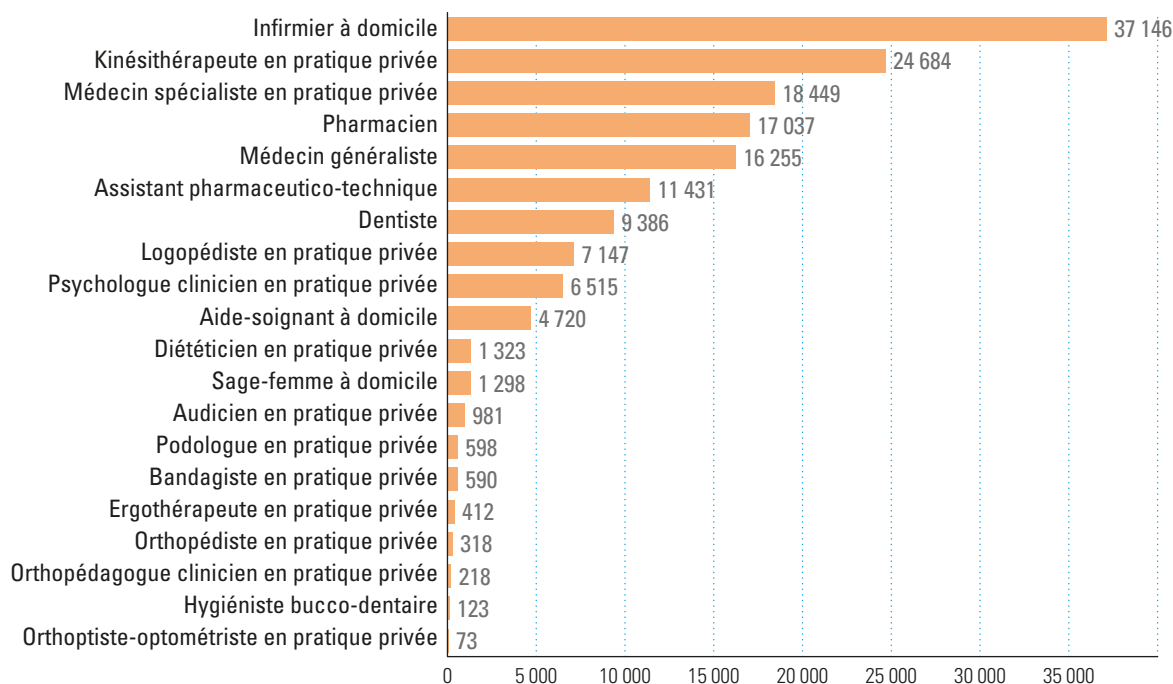
sources de données ont été rassemblées à partir du SPF SPSCAE, de l'INAMI, de l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) et de l'Office national de Sécurité Sociale (ONSS).



En 2021, on comptait **158 704 praticiens des soins de santé actifs** dans le **secteur ambulatoire**.

Sur base de cet exercice, une liste de 158 704 professionnels de santé actifs dans le secteur ambulatoire a été établie.

NOMBRE DE PRESTATAIRES DE SOINS ACTIFS DANS LE DOMAINE DES SOINS AMBULATOIRES (MARS/AVRIL 2021)

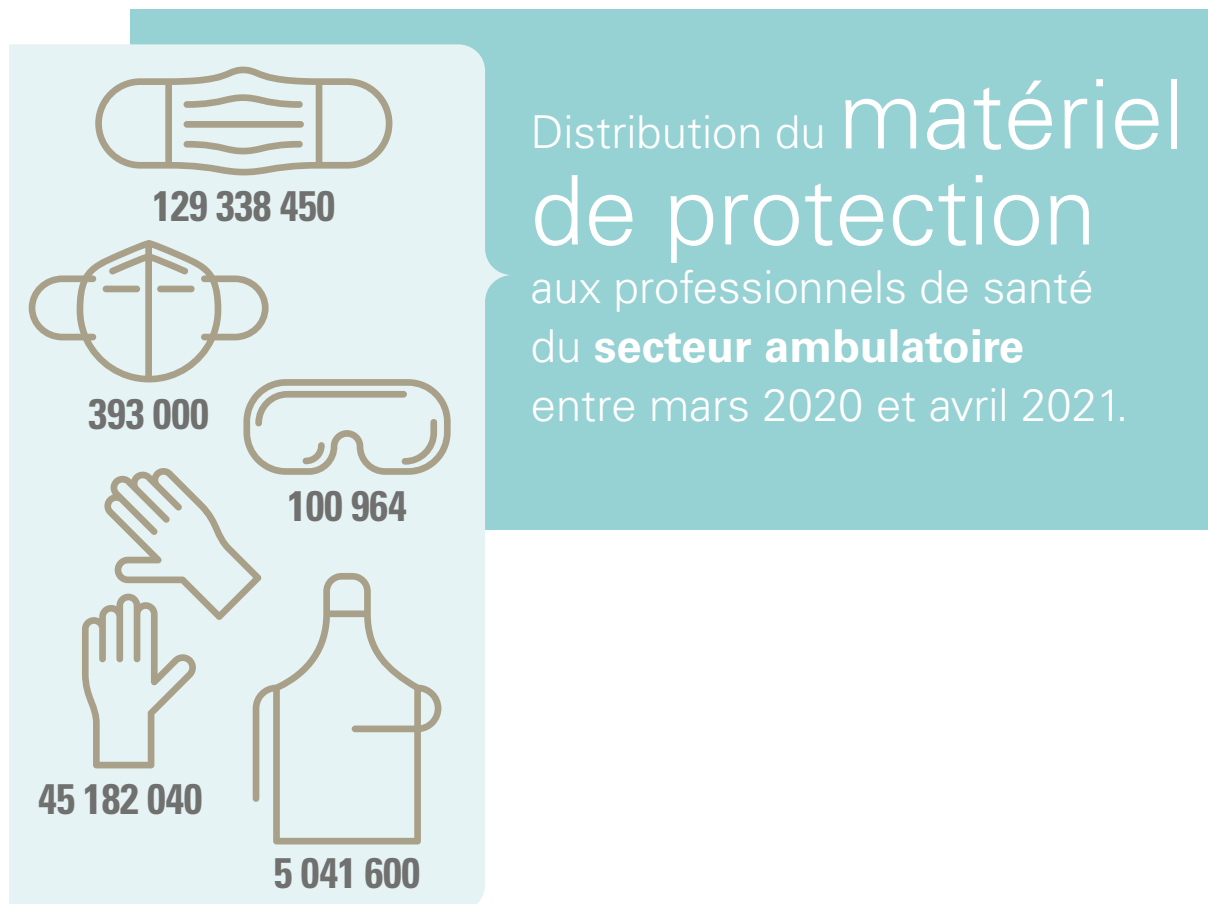


Pour simplifier à l'avenir l'identification des praticiens de santé en activité, la [loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé](#) (22 avril 2019) prévoit la création d'un registre (art. 42). Il s'agira d'une description générale des soins de santé dispensés par chaque professionnel de la santé, du lieu où ces soins sont dispensés et des partenariats éventuels avec d'autres praticiens. Le registre contiendra tous les professionnels de la santé autorisés à exercer en Belgique et permettra à terme de savoir qui est actif dans quels secteurs et à quel endroit.

Il comprendra des outils de communication appropriés en cas de crise. Cela permettra de contacter et de mobiliser facilement les professionnels directement concernés par une future crise.

3.2. Distribution du matériel de protection

Le service Public Health Emergencies du SPF SPSCAE a coordonné la distribution du matériel de protection. Au début de la pandémie, le matériel n'a été fourni qu'aux professionnels de santé encore actifs. À partir de mai 2020, le matériel a été distribué à tous les professionnels de santé afin que l'activité ambulatoire puisse reprendre.



Les livraisons du matériel ont été assurées par le ministère de la Défense, qui a livré le matériel à toutes les provinces. Après quoi, les gouverneurs se sont chargés de sa distribution au niveau local. Un stock stratégique a aussi été constitué. Le contenu du stock a été déterminé sur base de l'avis des organes consultatifs de chaque profession de la santé.

La distribution des stocks a d'abord été faite pour les professions les plus à risque, puis elle a été étendue selon un plan détaillé à toutes les professions de santé. Dans ce contexte, une application a été développée, dans laquelle tout professionnel de la santé pouvait s'inscrire pour obtenir du matériel.

En savoir plus sur les recommandations et l'approvisionnement stratégique en équipements de protection dans le domaine des soins ambulatoires :

www.health.belgium.be



4. Assurer les soins infirmiers

Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé ont été soumis à forte pression depuis le début de la pandémie de COVID-19. Il y avait un risque de pénurie de personnel pour administrer les soins infirmiers en raison de l'afflux continu de patients COVID-19.

C'est pourquoi il a été décidé que certaines activités infirmières pouvaient être exercées par des personnes qui ne sont pas légalement autorisées à le faire, par exemple des étudiants, des dentistes, des sage-femmes... Il s'agissait d'une mesure exceptionnelle et temporaire pendant la pandémie de COVID-19. Ces activités ne pouvaient être exercées que dans des conditions strictes et légales^[32]. Par exemple, les activités ne pouvaient se dérouler que sous la supervision d'un infirmier-coordonateur, des formations devaient être suivies... De cette manière, la continuité, la qualité et la sécurité des soins infirmiers étaient garanties autant que possible.

Certaines de ces mesures exceptionnelles ont été prolongées jusqu'au 1er juillet 2022 par la loi de décembre 2021^[33], qui limite les mesures aux conditions relatives à des services spécifiques (notamment les tests sur les patients et l'administration des vaccins).

5. Soutien aux tests et à la vaccination par les pharmaciens

Une loi a été modifiée^[34], qui formule de nouveaux actes que les pharmaciens travaillant dans une pharmacie publique peuvent accomplir. Cette loi formule les conditions et les modalités strictes dans lesquelles des actes peuvent être accomplis, y compris l'obligation de suivre une formation.

Les pharmaciens ont depuis été autorisés à prescrire et à administrer le vaccin COVID-19. Toutefois, le vaccin ne peut être prescrit que s'il est administré immédiatement à la pharmacie. En outre, les pharmaciens sont également autorisés à prescrire de l'adrénaline et à l'administrer par voie sous-cutanée ou intramusculaire au cas où un patient subirait un choc anaphylactique après l'administration d'un vaccin.

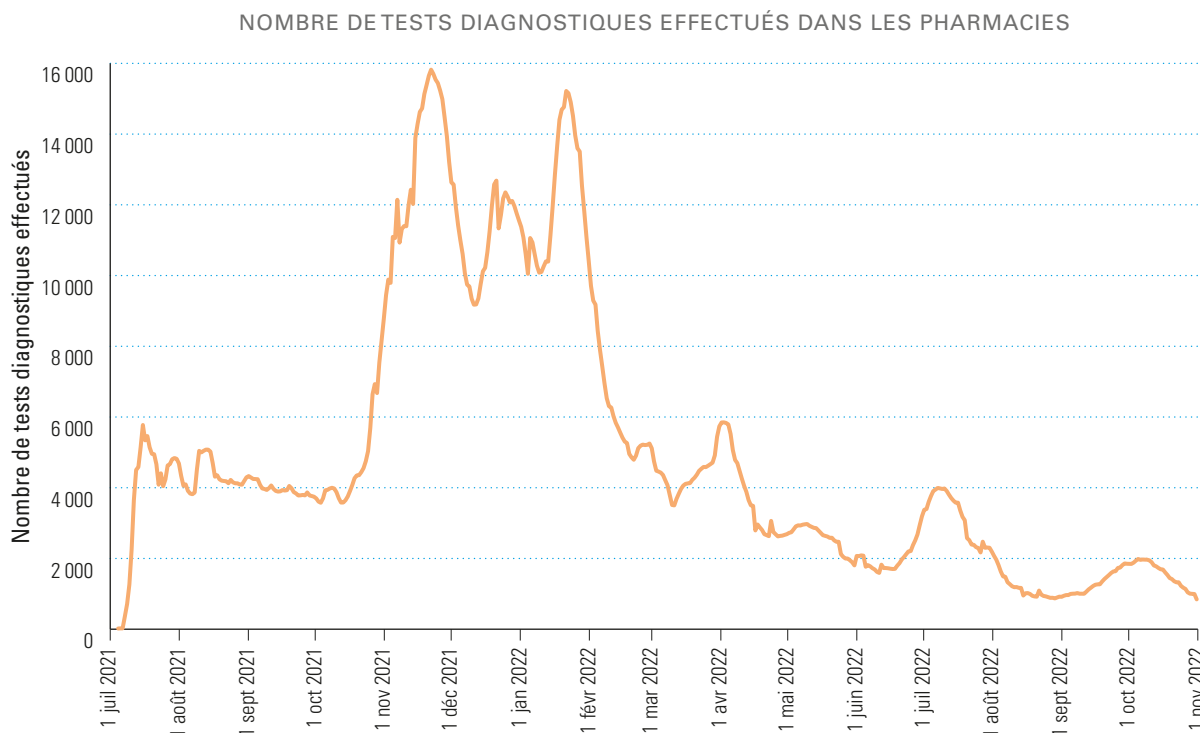
En outre, depuis la mi-juillet 2021, les pharmaciens sont temporairement autorisés à effectuer un prélèvement d'échantillons pour réaliser un test antigénique rapide et à communiquer les résultats à l'organisme compétent. Ceci uniquement chez les personnes âgées de 6 ans et plus qui ne présentent pas les symptômes du COVID-19 et qui ont besoin d'un certificat COVID-19 pour un voyage ou un événement. Depuis le 1er novembre 2021, les pharmaciens peuvent également effectuer des tests pour les voyageurs de retour d'une zone rouge et pour les personnes présentant des symptômes du COVID-19. Les assistants pharmaceutico-techniques peuvent également effectuer ces actes sous la responsabilité et la surveillance d'un pharmacien.

32 [Loi du 4/11/2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19](#)

33 [Loi du 23 décembre 2021 modifiant la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19](#)

34 [Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé](#)

Le graphique ci-dessous montre le nombre de tests réalisés par les pharmaciens. À ce niveau, nous avons constaté une activité accrue de novembre 2021 à début février 2022.



6. Augmentation temporaire du nombre de collaborateurs dans les laboratoires

Avec chaque nouvelle vague de COVID-19, la nécessité de fournir une capacité de test suffisante pour prendre les mesures nécessaires en temps voulu a augmenté. Pour cette raison, il a été décidé d'autoriser exceptionnellement certaines personnes à effectuer des tests pour diagnostiquer le COVID-19.^[35] Là encore, cela ne peut se faire que dans des conditions strictes. Les personnes en question doivent être titulaires d'un diplôme spécifique et suivre une formation complémentaire. En outre, les opérations doivent, entre autres, être confiées à un médecin ou à un pharmacien spécialisé en biologie clinique et être réalisées sous son contrôle.

Cette mesure permet d'employer plus de personnes dans les laboratoires. Il est ainsi possible de répondre au besoin élevé et exceptionnel d'analyses lié à la pandémie de COVID-19.

35 [Arrêté royal du 21 septembre 2021 accordant l'autorisation aux personnes non légalement habilitées à exercer la médecine, dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, de procéder à certaines analyses de laboratoire.](#)

7. Hospital Outbreak Support Team

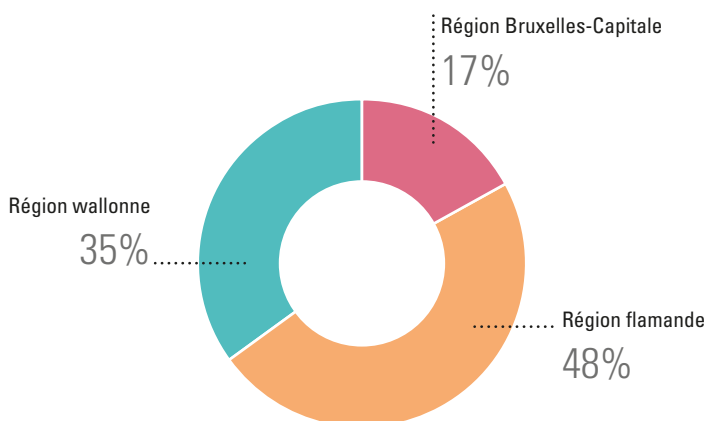
7.1. Contexte

La lutte contre la pandémie de COVID-19 a montré la nécessité de renforcer la collaboration entre les hôpitaux, les établissements de soins résidentiels et les prestataires de soins de santé de première ligne

À cette fin, en mars 2021, le SPF SPSCAE a lancé un appel invitant les hôpitaux généraux et universitaires à participer à un projet pilote « Hospital Outbreak Support Team (HOST) ». Le but de ce projet était, d'une part, d'améliorer la gestion des épidémies et des foyers d'épidémies, et d'autre part, de soutenir les équipes d'hygiène et les groupes de gestion de l'antibiothérapie dans la prévention et le contrôle des infections et la gestion des antimicrobiens.

En 2021, 21 projets pilotes avec des équipes multidisciplinaires de HOST ont déjà été mis en place. Trois autres projets pilotes ont été lancés en 2022, couvrant l'ensemble du paysage hospitalier belge.

RÉPARTITION DES ÉQUIPES HOST PAR RÉGION



7.2. Réalisations au cours de la première année du projet pilote

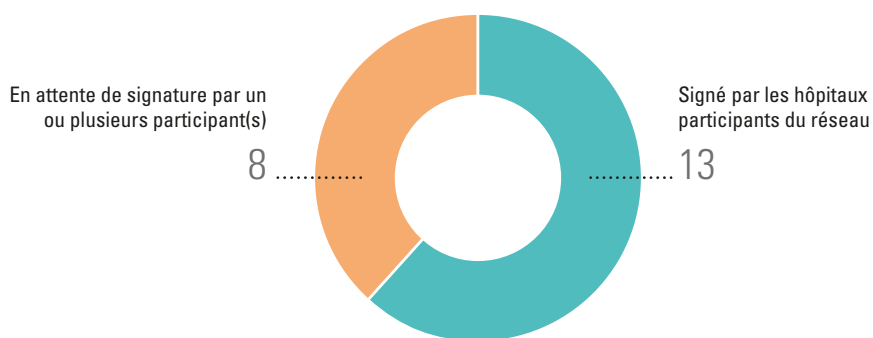
La première année du projet pilote s'est concentrée sur :

- Concrétiser la coordination entre les hôpitaux concernés par le biais de protocoles de coopération ;
- La création d'une équipe multidisciplinaire HOST répondant aux critères de composition minimale^[36];
- La mise en place d'une ligne de soutien téléphonique accessible à la fois aux hôpitaux et aux autres structures de soins résidentiels.

Malgré un démarrage difficile dû à l'affluence lors de la pandémie de COVID-19, la plupart des réseaux participants ont atteint les objectifs ci-dessus. Tous ont déclaré avoir déjà rédigé un accord de coopération, et dans deux projets sur trois, il était déjà signé par tous les hôpitaux participants.

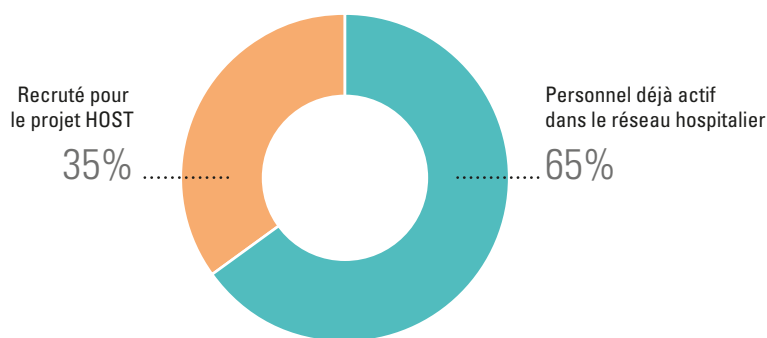
36 Un chef de projet (0,5 ETP), un coordinateur HOST (1 ETP), une infirmière (1 ETP), un pharmacien hospitalier (0,5 ETP).

EXISTENCE D'UN ACCORD DE COOPÉRATION



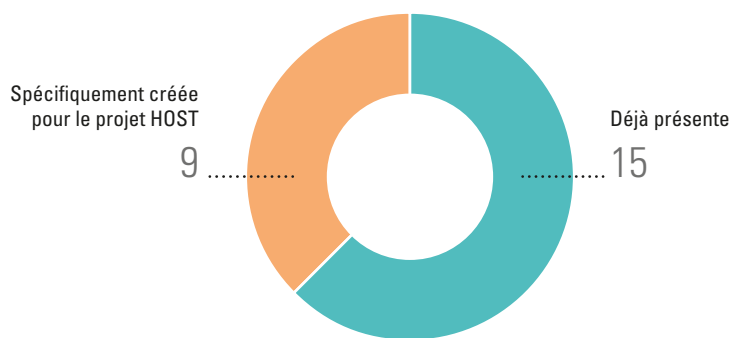
En ce qui concerne la mise en place d'une équipe HOST, tous les réseaux participants ont indiqué qu'ils avaient réussi à constituer une équipe : dans 16 réseaux, les exigences minimales étaient satisfaites et dans 8 réseaux, des exigences supplémentaires étaient remplies. En 2021, 35 % des profils recherchés ont été recrutés. Les autres profils ont été assurés par des personnes travaillant déjà au sein du réseau hospitalier.

POURCENTAGE DE RECRUTEMENTS



La majorité des équipes HOST ont déclaré avoir mis en place une ligne téléphonique permanente. Cependant, des discussions sont en cours entre les autorités fédérales et les entités fédérées pour clarifier le rôle et la portée de cette permanence. Dans ce cadre, d'une part, les compétences de chacun sont respectées et, d'autre part, on s'efforce de proposer une offre qui réponde aux besoins des différentes régions et structures de soins résidentiels.

PRÉSENCE D'UNE PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE



7.3. Collaborations et échanges

Un élément – clé de la réussite de ce projet pilote réside dans la communication entre les acteurs du terrain, de la gestion hospitalière et des autorités régionales et fédérales. Cependant, la pandémie a empêché les différents acteurs de se rencontrer au cours de la première année du projet. Pour cette raison, des entretiens individuels ont été mis en place par l'équipe de coordination de la Commission beige de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) qui soutenait les équipes HOST. Cette initiative a conduit à la publication d'une page web contenant [des questions fréquemment posées](#).

Par ailleurs, des moments de dialogue ont été organisés entre l'équipe BAPCOC et les différentes régions pour définir leurs rôles et tâches spécifiques. En particulier, la complémentarité entre les équipes OST et HOST a été déterminée ici. Les autorités régionales ont également contacté les équipes HOST nouvellement créées pour réfléchir ensemble à la meilleure configuration de collaboration pour répondre aux besoins locaux spécifiques.

Pour en savoir plus :

**Page BAPCOC
consacrée au projet**



