

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 service a contribué.

COMITÉ DE RÉDACTION

Les membres de la Direction générale Soins de Santé.

EDITEUR RESPONSABLE

Tom Auwers,
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, 5/2 – 1210 Bruxelles
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center
Santé)

Toute reproduction partielle de ce document est permise avec citation adéquate.

Ce document est également disponible sur le site internet du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :

www.health.belgium.be
et www.belgiqueenbonnesante.be

Dépôt légal: D/2022/2196/24

AVANT-PROPOS 4

INTRODUCTION 5

ORGANISATION 6

1. Organes de concertation et cellules de crise 6
2. Centres mis en place dans le but de contrôler la pandémie de COVID-19 11
3. Portail de santé en ligne masanté.be 13

ACTIVITÉ DE SOINS 14

1. Garantir les capacités des hôpitaux généraux et universitaires 14
2. L'impact de la pandémie sur l'aide urgente 20

FINANCEMENT 25

1. Financement des hôpitaux et de leur personnel 25
2. Financement des centres de tri et de prélèvement 27
3. Financement des structures de soins intermédiaires 27
4. Financement du soutien psychosocial 28
5. Financement des services d'ambulance 30

QUALITÉ 31

1. Soutien du bien-être psychosocial 31
2. Manuel belge de la régulation médicale 32
3. Projet de plateforme numérique « 112 support » 32
4. Distribution des équipements de protection aux professionnels de la santé travaillant dans le secteur ambulatoire 33
5. Assurer les soins infirmiers 35
6. Hospital Outbreak Support Teams 35

AVANT-PROPOS

Cher lecteur,

Voici déjà la quatrième édition des Données phares. Cette fois, il s'agit d'une édition spéciale sur un thème qui nous a tous émus ces derniers mois : le COVID-19. Le virus qui a provoqué une pandémie et a gravement perturbé notre vie quotidienne.

Pendant des mois, les prestataires de soins de santé de différents secteurs ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour continuer à dispenser les meilleurs soins possibles aux citoyens. Au niveau politique, diverses structures et organes ont été mis en place pour gérer la pandémie dans notre pays. De nombreuses personnes au sein des différentes autorités travaillent au quotidien pour suivre l'évolution de la propagation du virus COVID-19, pour prendre en compte les preuves scientifiques et pour formuler des mesures appropriées.

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 vous donnons un aperçu des activités et initiatives en termes d'organisation, de financement et de qualité auxquelles notre service a contribué. Toutes ces actions ont été menées en étroite collaboration avec les autres services du SPF et nos organisations partenaires telles que l'INAMI et l'AFMPS. Cette publication couvre la période allant du début de la pandémie en mars 2020 jusqu'à juin 2021.

Avec cette édition des Données phares, nous vous donnons un aperçu de la grande quantité de données et d'informations disponibles dans nos services. En partageant nos connaissances avec vous, nous souhaitons donner une impulsion à une analyse et une interprétation plus poussées. Par exemple, cette publication présente certains résultats concernant l'impact de la pandémie sur l'aide urgente et des données sur la réduction des soins non essentiels qui peuvent servir de point de départ à l'élaboration de futures politiques.

Des publications sur le fonctionnement des « hôpitaux généraux », des « soins de santé mentale » et de l'« aide urgente, médicale et psychosociale » ont déjà été publiées. Mais, nous prévoyons aussi, dans les prochaines années, de publier une édition actualisée sur chacun de ces thèmes. Cela nous permettra aussi de dégager les tendances et les évolutions dans ces différents domaines.

Je vous souhaite déjà une lecture très agréable de cette édition.

Annick Poncé,

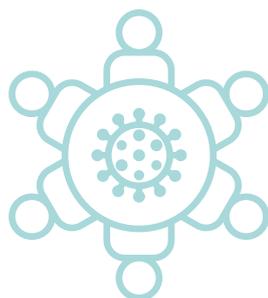
Directeur général ad interim, DG Soins de Santé

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** du 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 qui ont été mis en place 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 proclamée en Belgique, ce qui implique qu'à partir de ce moment-là, la pandémie de COVID-19 a été gérée au niveau national. À cette fin, plusieurs organes de concertation ont été mis en place au niveau national, dans lesquels diverses autorités et experts impliqués étaient représentés. C'est dans ces organes que les différentes mesures pour contenir la propagation du virus ont été préparées et mises en œuvre¹.

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 ci-dessous).
- 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 du gouvernement Corona** est chargé, entre autres, de coordonner la communication entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées concernant la politique de santé. Le commissariat doit entretenir des relations avec les experts et les partenaires sociaux. En outre, le commissariat est aussi habilité à formuler des propositions pour réformer les différentes structures de concertation et ainsi faciliter la lutte contre la crise. Enfin, le commissariat doit rassembler les nouvelles connaissances sur le virus de manière structurée et doit aussi veiller à contrôler l'impact social, économique et sociétal des mesures prises. De cette manière, le commissariat peut apporter un soutien aux décisions politiques et à leur mise en œuvre.

1.2. Groupes scientifiques

- Le **Risk Assessment Group (RAG)** analyse le risque pour la population sur la base de données épidémiologiques et scientifiques. Le groupe est présidé par Sciensano et se compose d'experts, entre autres de Sciensano, des autorités sanitaires fédérales et régionales. Depuis novembre 2020, cet organe a repris la fonction de Celevel (voir ci-dessous) en matière d'analyse des risques épidémiologiques et soumet depuis lors ses avis au Commissariat Corona du gouvernement.

1 Source : <https://www.info-coronavirus.be/fr/que-font-les-autorites-sanitaires/> et <https://centredecrise.be/fr/newsroom/covid-19-une-gestion-de-crise-collegiale-et-complexe>

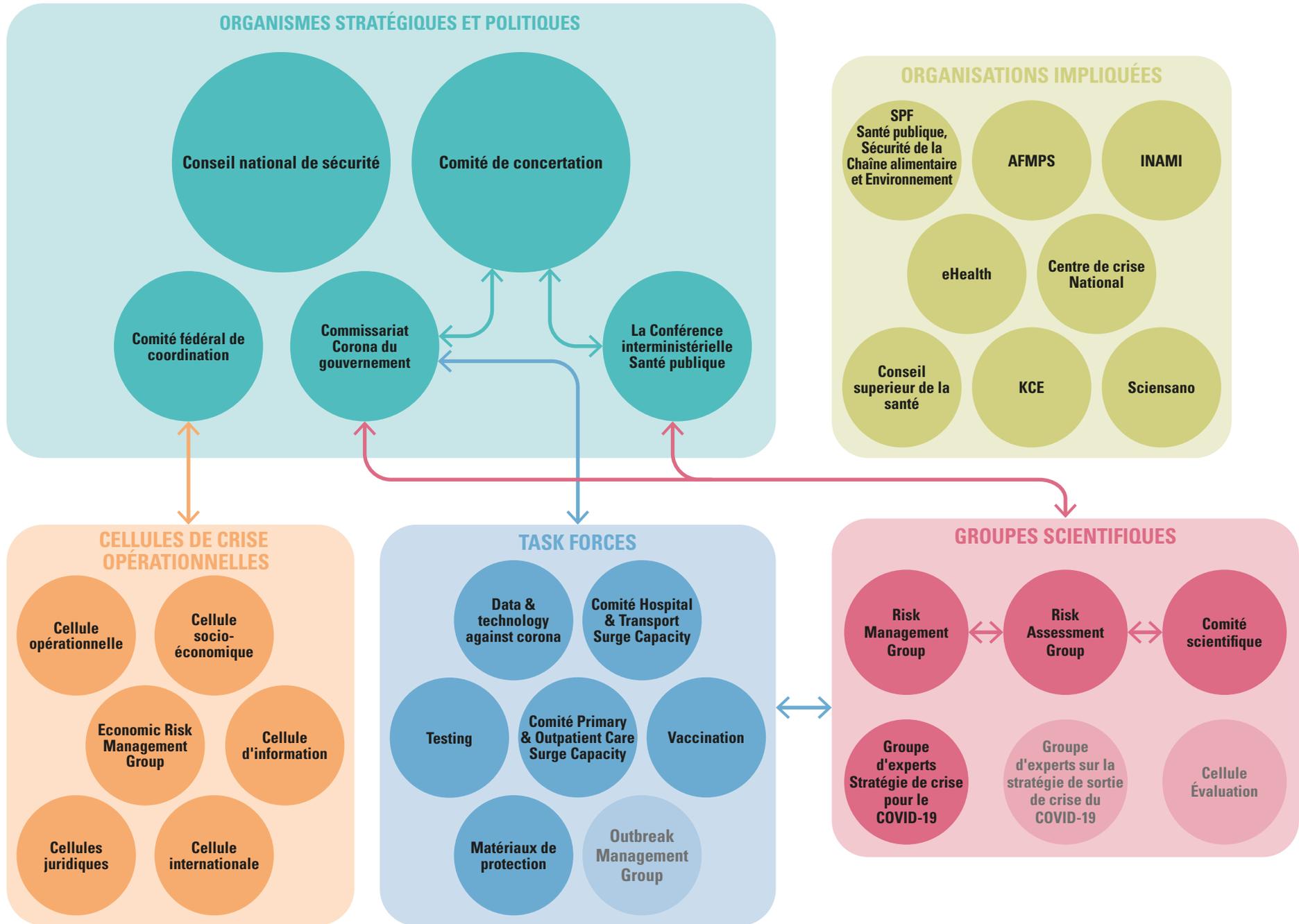
- Le **Risk Management Group (RMG)** prend des mesures pour protéger la santé publique sur base des avis du RAG. Ce groupe est présidé par le SPF SPSCAE et se compose de représentants des autorités sanitaires, tant fédérales que des entités fédérées. C'est ainsi qu'ont été créés le Comité Hospital Transport & 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, d'une part, transférée au RAG et au SPF SPSCAE. D'autre part, 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.

1.3. Cellules de crise opérationnelles

Plusieurs cellules de crise ont été mises en place pour opérationnaliser 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 macro-économiques 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 créés 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, d'entrée, de circulation, de sortie 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'intention 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.

En savoir plus sur le Comité HTSC :

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.

OUTBREAK MANAGEMENT GROUP

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 la 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 conseils ont conduit, entre autres, à la création d'« équipes mobiles » composées de professionnels de la santé qui aident les établissements de soins résidentiels en leur prodiguant des conseils et en identifiant les points forts et les domaines à développer au sein de l'organisation. Il s'agit 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 SANTÉ PUBLIQUE

La Conférence interministérielle (CIM) 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. Depuis le 1^{er} mars 2020, cette conférence s'est réunie plus de 100 fois en vidéoconférence au sujet de la crise du COVID-19 pour, entre autres :

- suivre de près l'évolution de la pandémie ;
- réguler la stratégie de testing ;
- coordonner la stratégie de vaccination ;
- harmoniser au maximum la communication.

Depuis octobre 2020, la CIM travaille en étroite collaboration avec le Commissariat Corona du Gouvernement.

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

organesdeconcertation.sante.belgique.be



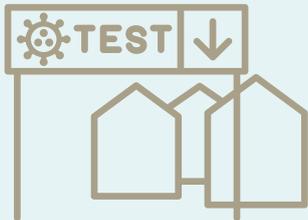
2. Centres mis en place dans le but de contrôler la pandémie de COVID-19

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 ^[2]:

- 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. La mise en place de ces centres de tri visait à 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 répondre à la demande de test pour chaque personne qui répond 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.



127 centres de tri et de prélèvement ont déjà été mis en place en Belgique et des **centres de prélèvement alternatifs** ou **villages de test** ont été installés à **12 endroits**^[3].

2 Source : [Arrêté royal du 13/05/2020 nr. 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.](#)

3 Source : DG Soins de Santé, SPF SPSCAE (31/05/2021)

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 organisée en différents lieux afin d'accroître l'accessibilité de la fonction de prélèvement et de dépistage.

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, en date du 20 avril 2021, 60 centres auront fait appel à la plateforme fédérale. Les autres centres collaborent avec un laboratoire hospitalier ou un laboratoire privé. Dans ce cas, les laboratoires sont eux-mêmes responsables de la livraison du matériel d'essai, du transport des tests effectués 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 intermédiaire) entre l'hôpital et le retour à une vie autonome^[4]. Ces centres ont été créés pour garantir la disponibilité d'une capacité suffisante dans les hôpitaux. Les centres de soins intermédiaires ont soutenu les patients ce qui a permis de dépister des cas de COVID-19. 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.

4 Source : [Arrêté royal du 13/05/2020 nr. 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé.](#)

Chez ces patients, il avait été toutefois constaté, soit qu'ils étaient incapables de respecter les règles strictes d'isolement, d'hygiène et d'éloignement des personnes à haut risque à leur retour à leur vie normale, soit qu'ils avaient encore 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 peuvent y récupérer 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'experts en soins, financés par l'INAMI. Les entités fédérées étaient chargées de fournir le soutien supplémentaire nécessaire. À cette fin, ils ont développé des partenariats avec les services sociaux des communes ou le service de travail social de plusieurs mutuelles.

Durant la période de mars-avril à mai-juin 2020, 6 centres étaient actifs en Flandre et 1 en Wallonie. Pour répondre aux nouveaux besoins, 8 nouveaux centres ont été ouverts en Flandre et 3 en Wallonie en novembre 2020.

3. Portail de santé en ligne masanté.be



Le portail masanté.be contient – depuis octobre 2020 – des informations sur COVID-19.

Ces informations sont divisées en 2 rubriques :

- **Informations** : cette rubrique contient des liens vers d'autres sites web contenant des informations officielles sur le COVID-19.
- **Données personnelles** : cette rubrique comporte diverses fonctionnalités qui sont complétées en fonction de la situation actuelle.
 - Applications liées à la réalisation d'un test : par exemple, prise de rendez-vous, consultation du résultat d'un test ou demande d'un certificat de quarantaine ;
 - Informations relatives à la vaccination : par exemple, « Mes données de vaccination » ou « Signaler un événement indésirable » ;
 - Fonctionnalités liées aux voyages à l'étranger : par exemple, « certificat COVID européen » ou « demande de test PCR gratuit ».

Près de 5 millions de visiteurs ont été enregistrés sur le site web sur une période de 7 mois^[5] et plus de 4 millions de « clics » sur les applications liées au COVID-19 ont eu lieu sur cette période.

⁵ Pendant la période de novembre 2020 à début juin 2021

ACTIVITÉ DE SOINS

Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreux collaborateurs des soins de santé ont travaillé jour après jour pour accueillir et traiter les patients atteints de COVID-19. Ce chapitre décrit les mesures prises par le comité HTSC pour préserver la capacité des hôpitaux et les actions entreprises concernant le transport des patients COVID-19. En outre, l'impact de la pandémie sur l'aide urgente est également discuté.

Compte tenu des rapports déjà très complets sur les chiffres épidémiologiques concernant la propagation du COVID-19 en Belgique, nous avons choisi de ne pas les inclure dans ce rapport mais de vous renvoyer au site Internet de Sciensano.

En savoir plus sur les chiffres épidémiologiques de COVID-19 :

covid-19.sciensano.be



1. 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 la section Organisation) a pris des mesures en publiant des directives nationales à l'intention 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 prendre les mesures nécessaires pour traiter un maximum de patients atteints du COVID-19 en fonction de leurs capacités et de leur expertise. Les hôpitaux ont également été invités à conclure des accords au sein de leurs réseaux 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.

1.1. Plan de répartition

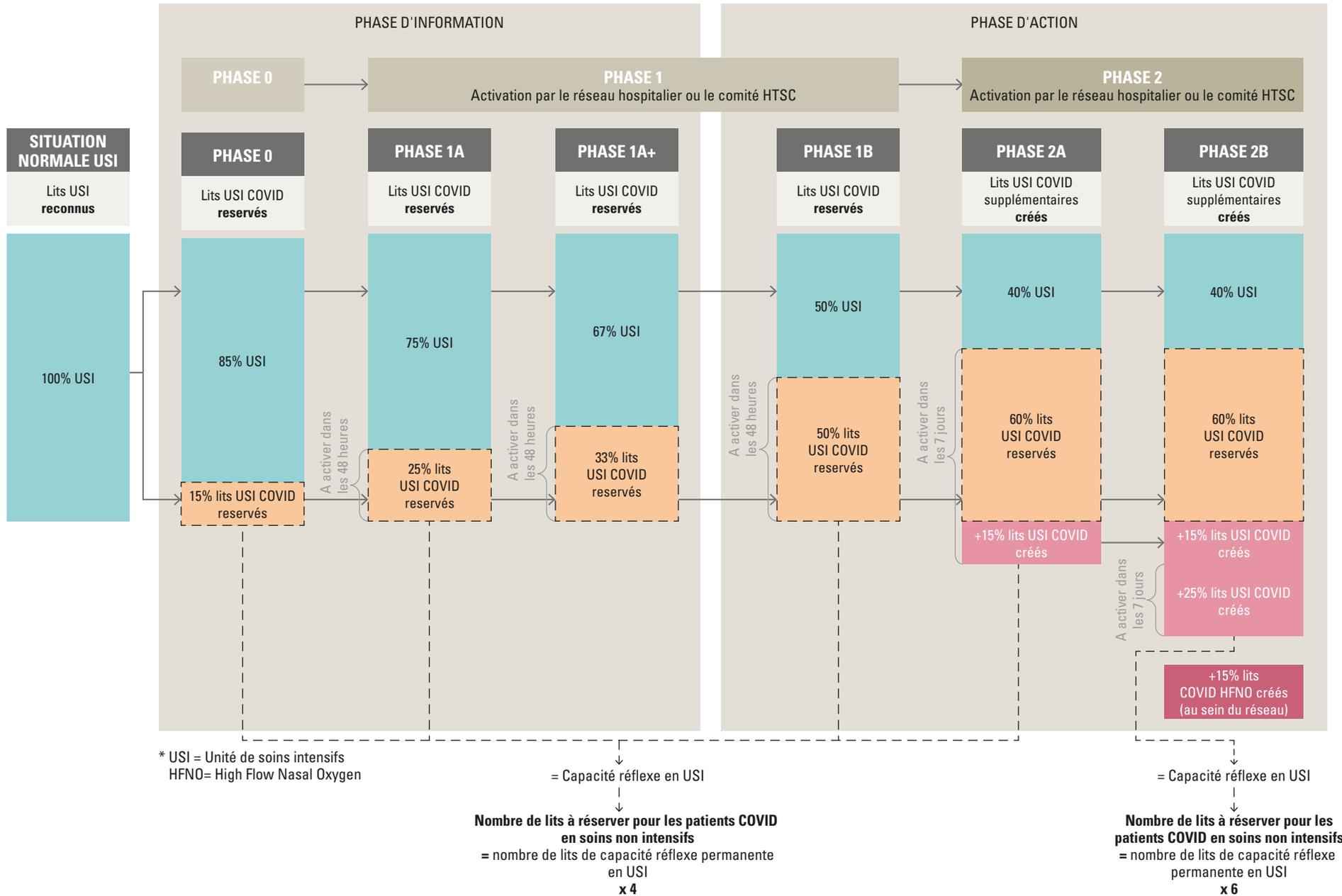
Le comité HTSC a élaboré un plan de répartition lors de la première vague de COVID-19 dans le but de fournir des directives claires aux hôpitaux afin de garantir une capacité hospitalière suffisante lors des vagues suivantes.

Le plan est divisé en **2 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 11/03/2021



1.2. 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 des équipements 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 1^{re} vague et être prêt à recevoir les patients de la 2^e 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
- Reprise des activités de l'hôpital de jour non chirurgical (par exemple, gériatrie, psychiatrie)
- Redémarrage des activités des hôpitaux de jour chirurgicaux qui n'ont pas recours aux soins intensifs
- Redémarrage des hospitalisations classiques ne nécessitant pas de soins intensifs
- Redémarrage des activités nécessitant des 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.

Pour en savoir plus sur ce cadre de référence :

www.vbs-gbs.org

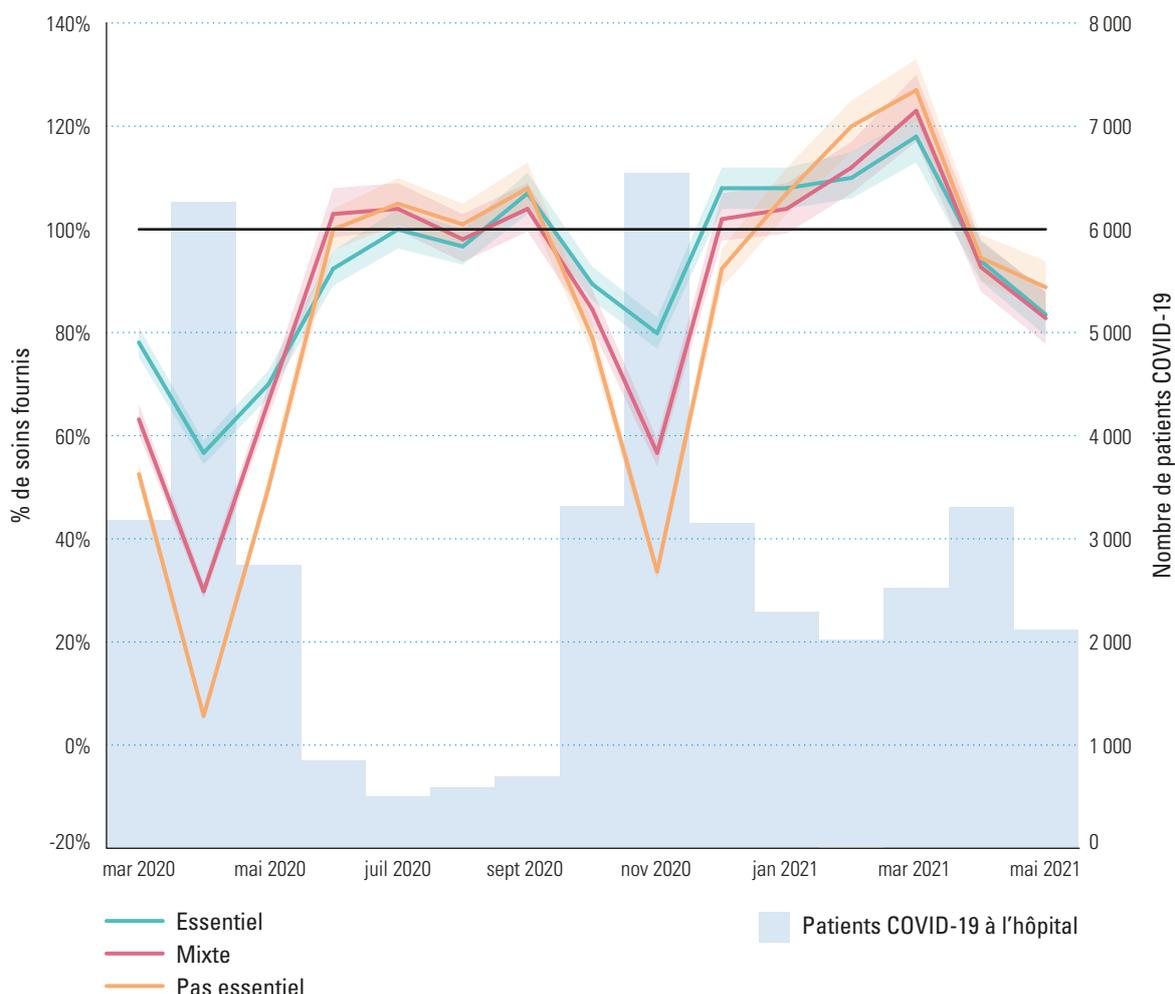


Dans la perspective de la deuxième vague (automne 2020), ces phases ont été désactivées dans l'ordre inverse, tous les soins nécessaires et urgents continuant à être dispensés. Ici, des efforts ont été faits pour poursuivre au mieux les soins non essentiels. Lors de la troisième vague (printemps 2021), il a également été nécessaire de reporter les 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.

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 besoin.

EVOLUTION AU COURS DU TEMPS DE LA QUANTITÉ DE SOINS NON-COVID-19 FOURNIS [6]

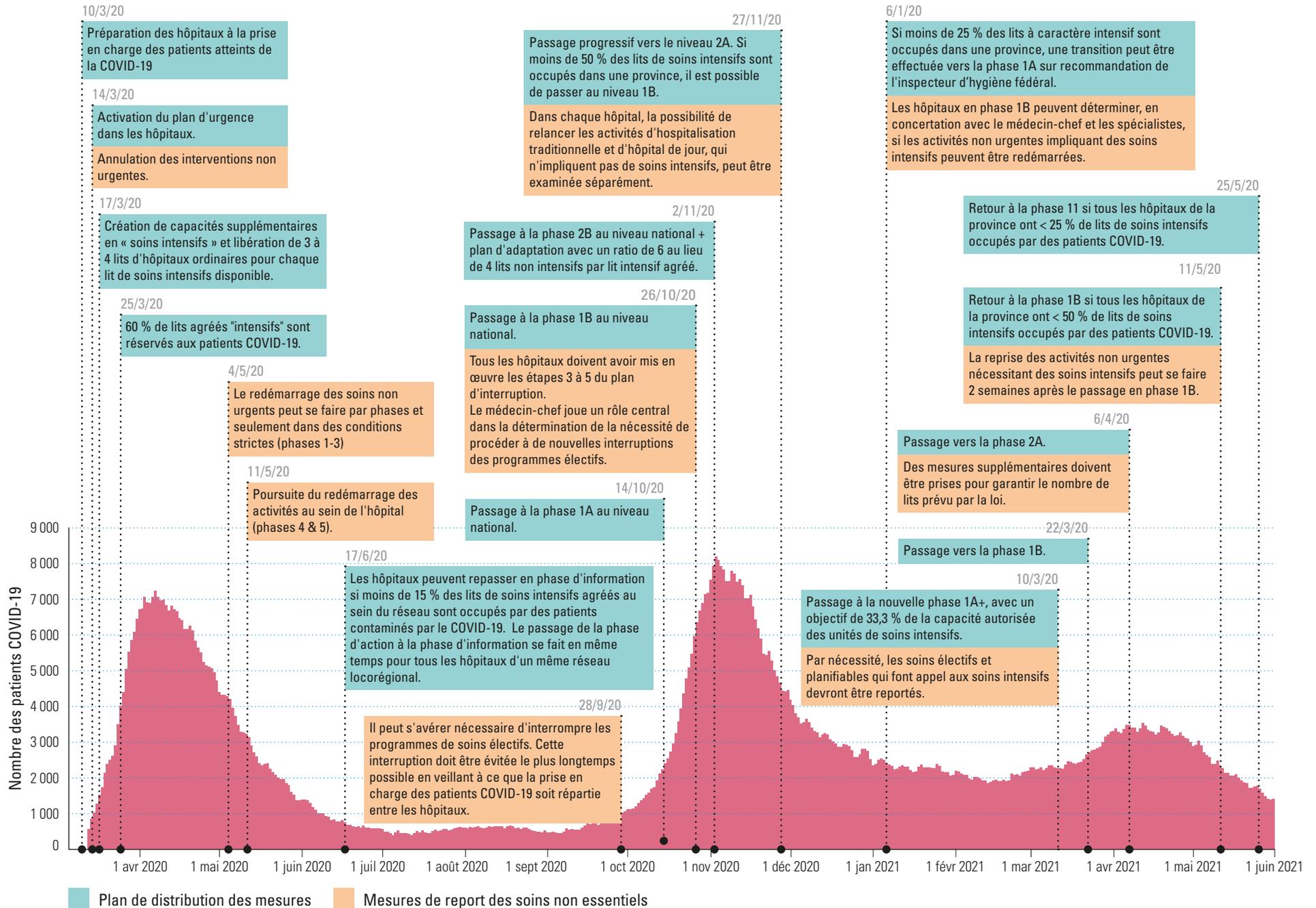


En savoir plus :

www.riziv.fgov.be

6 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



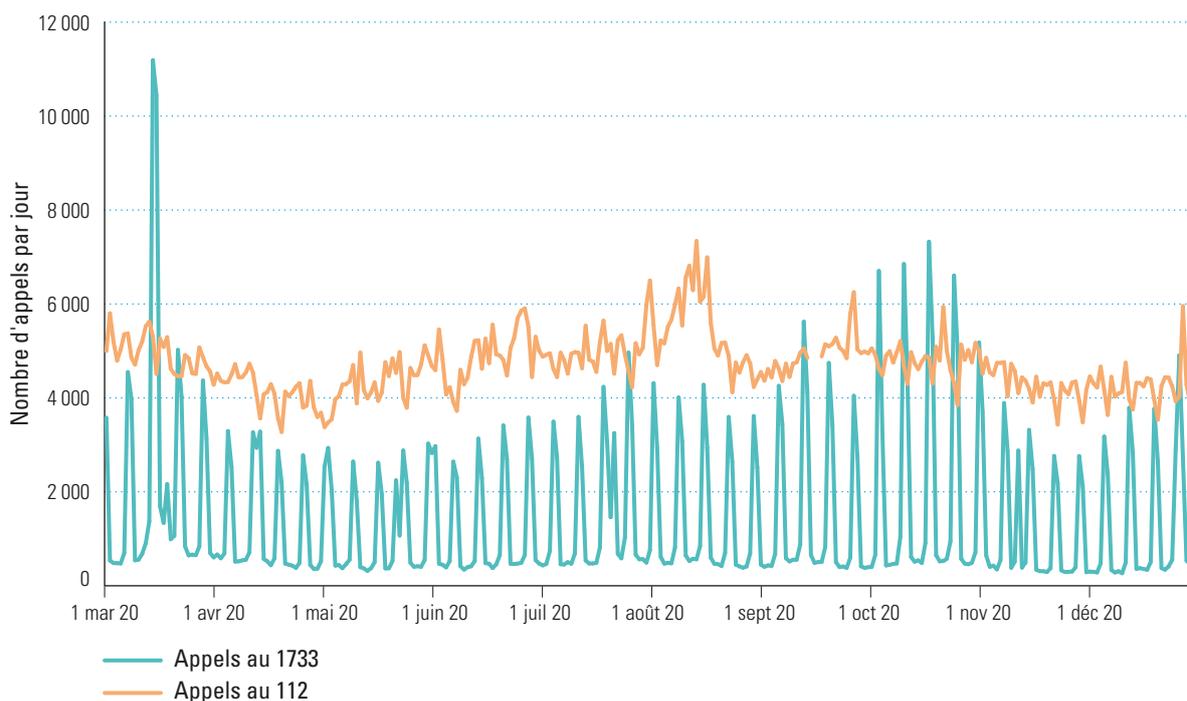
2. L'impact de la pandémie sur l'aide urgente

2.1. Influence de la pandémie de COVID-19 sur les appels au 112 et au service de garde de médecine générale 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 transmis à un médecin généraliste de garde^{[7],[8]}.

Au cours du week-end des 14 et 15 mars 2020, le nombre d'appels passés au 1733 a atteint un niveau sans précédent^{[9],[10]}. La raison de ce pic est 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 sans précédent. 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.

ÉVOLUTION DU NOMBRE QUOTIDIEN D'APPELS AU 112 ET AU 1733



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 que les gens ont continué à utiliser les numéros d'urgence pendant longtemps pour obtenir des informations sur le COVID-19 avec des questions sur les vaccinations, les résultats des tests, etc.

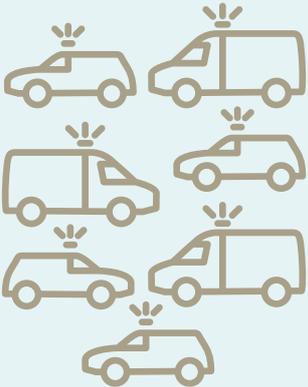
7 Vous trouverez de plus amples informations sur le fonctionnement des services d'urgence et les numéros de téléphone 112 et 1733 dans les « Données phares sur l'aide médicale et psychosociale urgente ».

8 Le numéro 1733 n'a pas encore été déployé sur l'ensemble du territoire belge.

9 Source : SPF Intérieur, données du 1/03/2020 au 31/12/2020.

10 Dans les chiffres concernant le nombre d'appels vers le 1733, on distingue clairement l'effet week-end. Il y a logiquement plus d'appels le week-end puisque, en semaine, le médecin généraliste peut être contacté directement en journée.

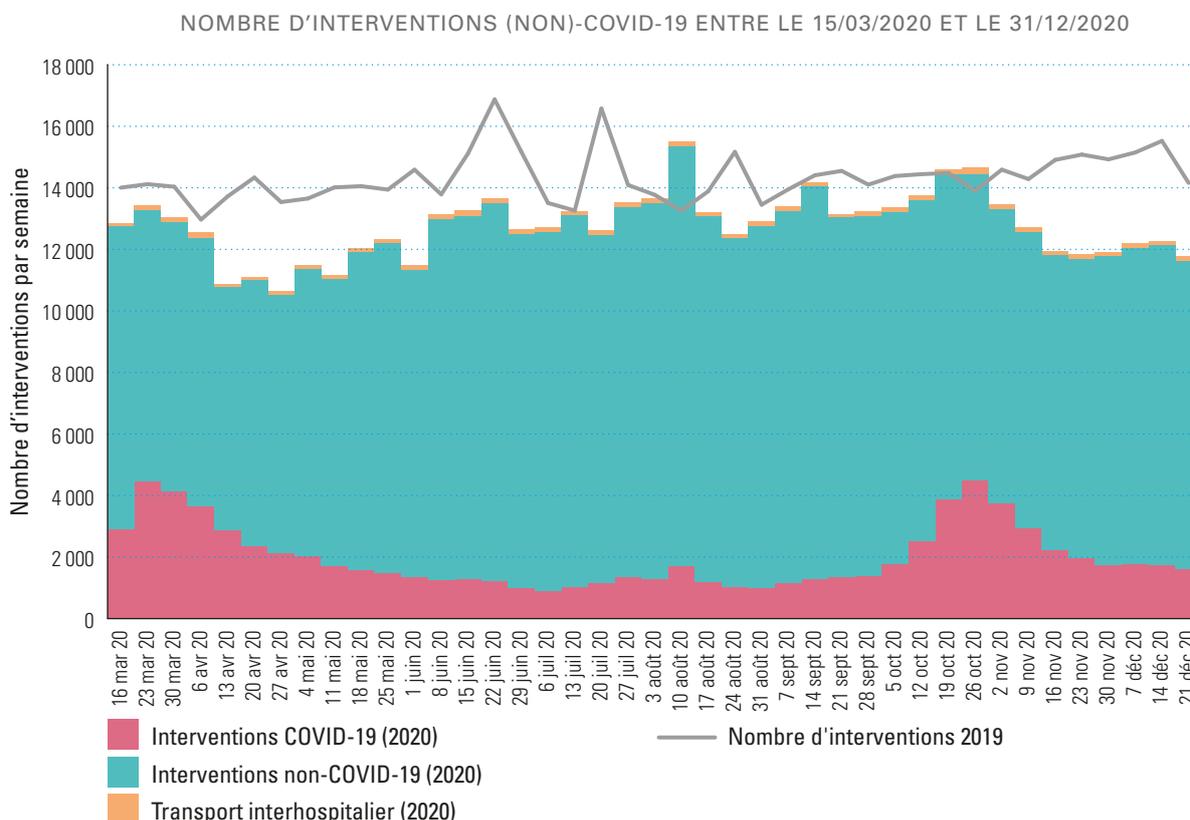
2.2. Interventions des services d'ambulance liées au COVID-19



Sur la période du 16/03/2020 au 27/12/2020, **526 054** interventions primaires dans le cadre de l'aide d'urgence ont été enregistrées^[11].

Nous constatons clairement une augmentation des interventions liées au COVID au cours des première et deuxième vagues.

Nous constatons également que le nombre global d'interventions pendant la période sélectionnée en 2020 est plus faible qu'en 2019. Le nombre moyen d'interventions par jour a été de respectivement 1.823 et 2.047 interventions. Le nombre d'interventions diminue principalement pendant le pic de la première et de la deuxième vague COVID-19. Il y a plusieurs raisons à cela : le renforcement des mesures a par exemple entraîné une diminution du trafic routier, ce qui a conduit à moins d'accidents ; lors de la première vague, les activités de construction ont été arrêtées, ce qui a conduit à moins d'accidents du travail, etc. En outre, la diminution du nombre d'interventions peut s'expliquer par le fait que les gens ont reporté leurs soins (non essentiels) sur les conseils de leur médecin afin de réduire la pression sur les services de santé ou par peur de se rendre à l'hôpital.



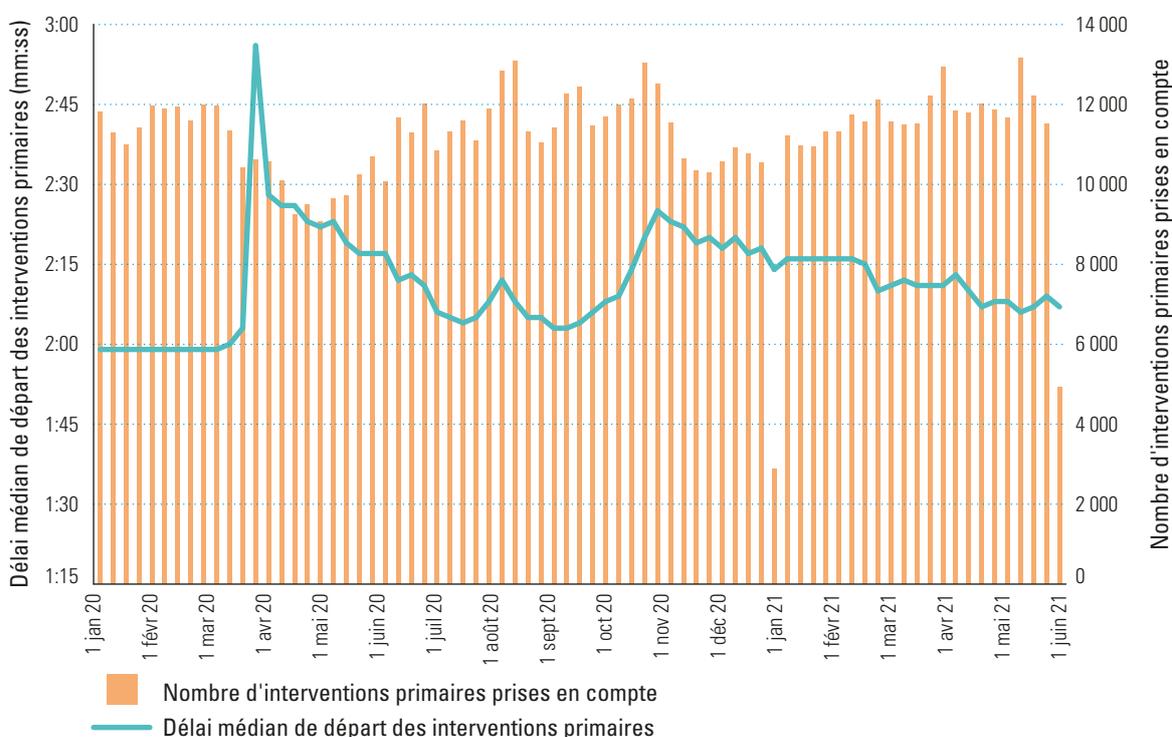
11 Source : Service public fédéral Intérieur et Service d'Incendie et d'Aide Médicale Urgente de Bruxelles-Capitale.

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

Après avoir reçu un appel d'aide urgente dans un centre d'appel 112, un service d'ambulance est appelé 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 temps 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^[12]. 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^[13].



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

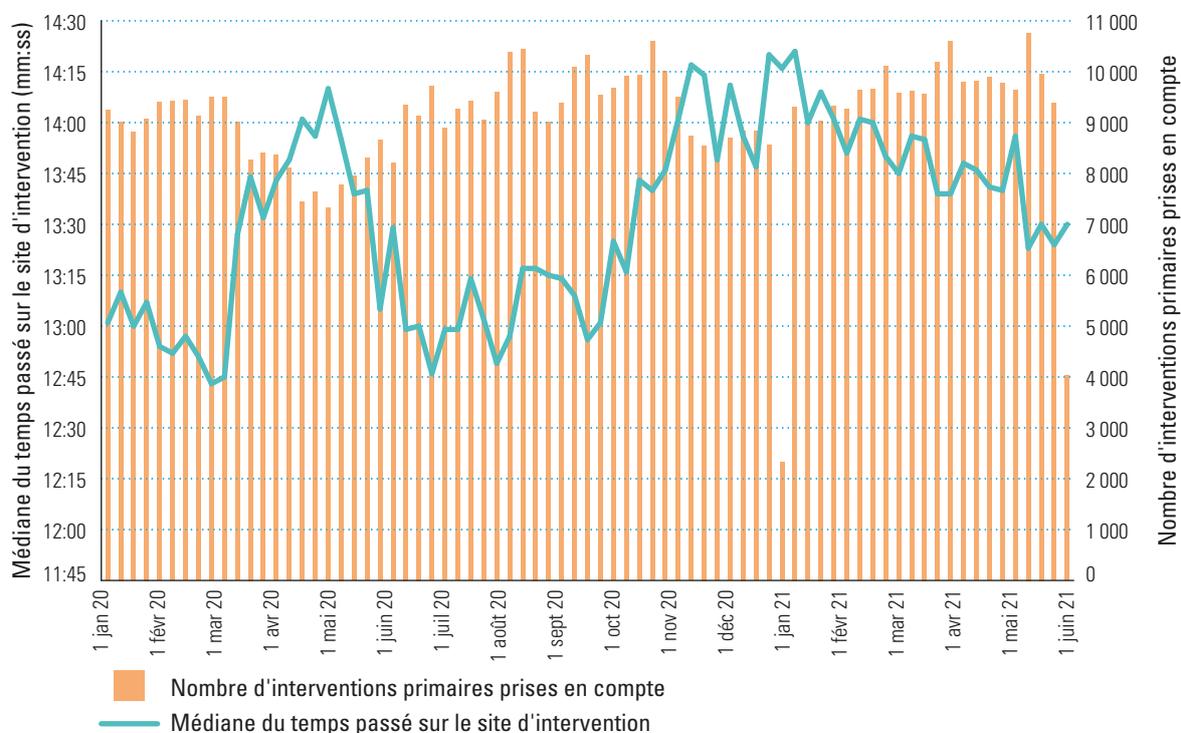


12 Source : AMBUREG, Service Data et Informations stratégiques, SPF SPSCAE (7,29 % des interventions primaires n'ont pas été prises en compte en raison de valeurs manquantes).

13 Il est à noter que les interventions ont été prises en compte jusqu'au 31/05/2021. Par conséquent, seuls quelques jours (c'est-à-dire du 28/05/2021 au 31/05/2021) ont été inclus dans la dernière barre du graphique au lieu d'une semaine complète. Il convient également de noter qu'il y a une diminution du nombre des interventions dans le segment 30/12/2020. Cela s'explique par le fait que seuls 2 jours ont été pris en compte dans ce segment, à savoir le 30/12/2020 et le 31/12/2020.

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 montre une nette augmentation dans la période précédant les première et deuxième vagues de COVID-19^{[14][15]}.

INFLUENCE DU COVID-19 SUR LE TEMPS PASSÉ SUR LE SITE D'INTERVENTION



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 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.

2.4. Transport interhospitalier

Le plan de répartition est un élément essentiel des actions visant à assurer la qualité des soins et à répartir la charge des soins entre les établissements.

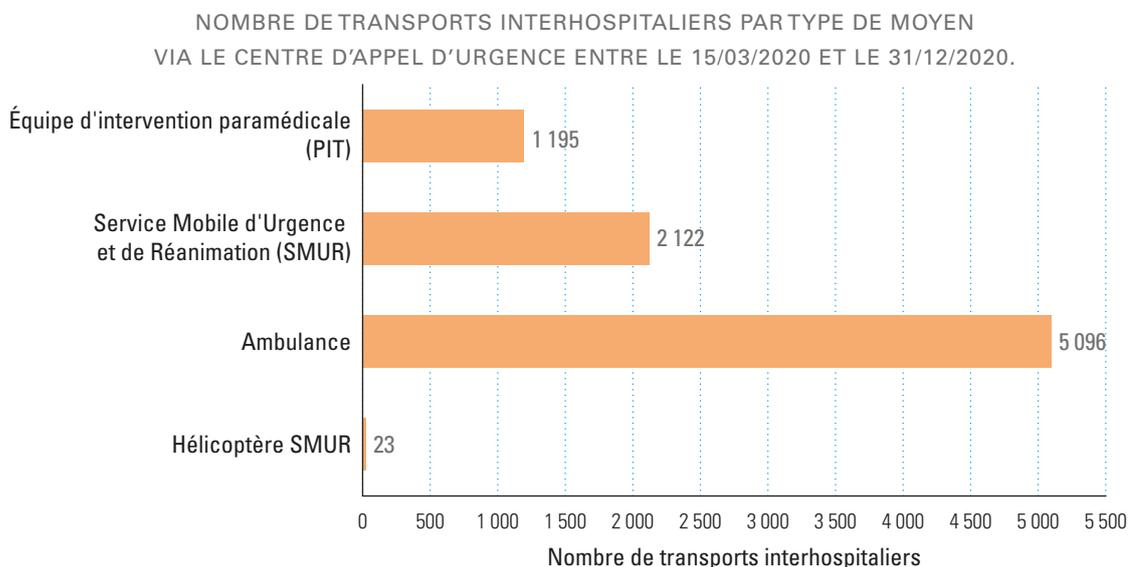
Pour cette raison, il est demandé aux hôpitaux de répartir les patients autant que possible au sein de leur propre réseau hospitalier ou dans la province. Il est demandé aux hôpitaux d'utiliser autant que possible leurs propres moyens de transport, ce qui présente des avantages en termes d'équipement et d'offre de transport. Sur la période du 15/03/2020 au 31/12/2020, les hôpitaux ont enregistré 2 460 transports de patients COVID vers un hôpital voisin^[16]. Si aucun transport privé n'est disponible, des ambulances peuvent être appelées via le 112. Sur la période du 15/03/2020 au 31/12/2020,

14 Source : AMBUREG, service Data et Informations stratégiques, SPF SPSCAE (24,55 % des interventions primaires n'ont pas été prises en compte en raison de valeurs manquantes).

15 Il est à noter que les interventions ont été prises en compte jusqu'au 31/05/2021. Par conséquent, seuls quelques jours (c'est-à-dire du 28/05/2021 au 31/05/2021) ont été inclus dans la dernière barre du graphique au lieu d'une semaine complète. Il convient également de noter qu'il y a une diminution du nombre des interventions dans le segment 30/12/2020. Cela s'explique par le fait que seuls 2 jours ont été pris en compte dans ce segment, à savoir le 30/12/2020 et le 31/12/2020.

16 Source : Sciensano

6 291 transports interhospitaliers ont été enregistrés auprès des centrales d'urgence¹⁷. Cela peut inclure des transports aussi bien de patients COVID que de patients non-COVID. En soutien des équipes dans les centrales d'urgence un Patient Evacuation Coordination Centre (PECC) a été activé en période de pointe. Il s'agit d'une cellule qui a été créée au sein de la Défense. Le PECC vérifie quels hôpitaux ont des lits disponibles et organise ensuite le transport. Aucun chiffre n'est disponible sur le nombre de transports interhospitaliers effectués par le PECC.




Sur la période du 15/03/2020 au 31/12/2020, **6 291** transports interhospitaliers ont été enregistrés auprès des centrales d'urgence.

En outre, pendant la pandémie, 32 patients ont été transférés de la Belgique vers l'Allemagne et 17 patients de la France vers la Belgique pour la suite de leur traitement¹⁸.

En savoir plus sur les actions de la Défense dans la lutte contre le COVID-19 :

beldefnews.mil.be



17 Source : SPF Intérieur ; le nombre total de transports interhospitaliers est la somme du nombre d'interventions avec une ambulance et une fonction PIT puisqu'un SMUR est toujours appelé à titre d'assistance qui ne transporte pas le patient.
18 Source : PECC ; Les chiffres couvrent la période du 1/03/2020 au 31/05/2021.

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 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 entraînent des coûts supplémentaires importants.

En outre, les soins non essentiels ont été reportés à plusieurs reprises, ce qui a entraîné une baisse des revenus de l'hôpital et des prestataires de soins concernés par le biais des honoraires et des forfaits.

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.



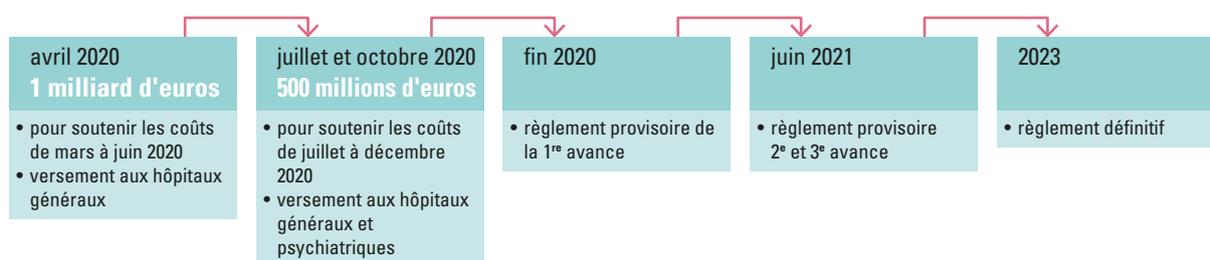
L'octroi de ces avances a pour but d'aider les hôpitaux à faire face à leurs obligations financières, c'est-à-dire à payer les membres du personnel en activité ainsi qu'à régler en temps voulu les factures des fournisseurs et des prestataires de services.

Les interventions forfaitaires sont prévues pour soutenir les 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 certain pourcentage de la capacité pour la prise en charge COVID-19

Le financement final sera déterminé en 2023 par l'impact réel de 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^[19]. 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 le secteur de la restauration et des événements^[20].

19 Source : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_aanmoedigingspremie_voor_het_ziekenhuispersoneel-15_januari_2021.pdf

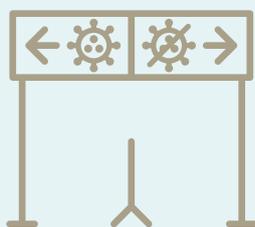
20 Source : [Arrêté royal du 22/12/2020 fixant le financement et les modalités pour l'instauration d'une prime de solidarité dans les secteurs des soins de santé fédéraux](#)

Pour en savoir plus sur le soutien fédéral aux hôpitaux :

www.health.belgium.be



2. Financement des centres de tri et de prélèvement



En 2020,
56 421 000 euros
ont été prévus par l'INAMI
et le SPF SPSCAE pour le
**financement des centres de
tri et de prélèvement** ^[21].

Le financement est assuré 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^[22].

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 la base du nombre d'heures prestées. Si des soins autres que ceux des médecins et des infirmiers sont nécessaires, ils seront organisés selon les règles habituelles. La compagnie d'assurance du patient est informée si un patient est admis dans un tel centre.

717 000 euros ont été versés par
l'INAMI en 2020 pour **financer les structures de
soins intermédiaires** ^[23].

21 Source : INAMI

22 Source : [Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant l'organisation et le financement d'un point de contact national concernant les soins de santé transfrontaliers](#)

23 Source : INAMI

4. Financement du soutien psychosocial

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. Un budget supplémentaire de 16,7 millions d'euros permettra aux enfants, adolescents et aux plus de 65 ans de consulter un prestataire de soins de première ligne pour les problèmes psychologiques les plus courants.



16,7 millions d'euros ont été débloqués pour le **remboursement des soins psychologiques de première ligne.**

Pour en savoir plus sur les soins psychologiques de première ligne :



Des renseignements généraux



Trouver un psychologue de première ligne

En outre, pendant la pandémie, des mesures ont 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 ^[24];
- Possibilité d'hospitalisation partielle au domicile du patient ^[25];
- Sensibilisation des professionnels des soins de santé de première ligne afin de promouvoir l'utilisation appropriée des produits psychopharmaceutiques ;
- Formation du personnel hospitalier pour améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'alcool ;
- Soutien psychologique du personnel hospitalier.

Par ailleurs, lors de la Conférence interministérielle santé publique (CIM), les ministres compétents ont conclu un Protocole d'accord concernant l'approche coordonnée visant à renforcer l'offre de

24 En savoir plus sur le suivi à distance via [Traitement de suivi par les hôpitaux psychiatriques possibles à distance - INAMI \(fgov.be\)](#)

25 Plus d'informations sur l'hospitalisation partielle à domicile via [COVID-19 : soins psychiatriques : hospitalisation partielle à domicile - INAMI \(fgov.be\)](#)

soins psychiques dans le cadre de la pandémie COVID-19. 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 existants, ... Pour ce renforcement, un budget supplémentaire de 112,5 millions d'euros est prévu. Cela concerne un total de 1 986 équivalents temps plein (ETP) de thérapeutes psychologiques.

Pour le renforcement de l'offre de soins psychologiques dans le cadre des soins de première ligne, 112,5 millions d'euros sont prévus.

Récemment, une convention INAMI a été élaborée, dans laquelle les modalités pratiques et la nouvelle convention sur le remboursement des soins psychologiques sont précisées. Un certain nombre de mesures temporaires destinées aux groupes cibles vulnérables ont déjà été prises dans ce contexte. En effet, plusieurs études montrent que le bien-être mental des jeunes et des étudiants, des personnes seules et des personnes travaillant dans les professions les plus touchées par la pandémie (*par exemple, les soins de santé, l'hôtellerie, le secteur culturel*) est le plus menacé. Pour répondre spécifiquement aux besoins psychologiques de ces groupes les plus vulnérables, les mesures suivantes ont été prises :

- Soins psychologiques pour les indépendants ayant des besoins psychologiques, notamment par le biais d'une ligne d'assistance gratuite pour laquelle un budget annuel de 55,5 millions d'euros est prévu.
- Interventions ambulatoires, proactives, psychologiques (de groupe) pour les étudiants. Un montant de 1,5 million d'euros a été prévu à cet effet.
- Renforcement de l'aide mobile en cas de crise. Un montant de 4,7 millions d'euros a été prévu à cet effet.
- Elargissement du fonctionnement des équipes mobiles dans les réseaux de santé mentale pour le groupe cible socioéconomiquement vulnérable, y compris les personnes âgées qui souvent ne cherchent pas d'aide elles-mêmes. Une somme de 20 millions d'euros sur une base annuelle est prévue à cet effet.
- Intensification de l'offre de soins résidentiels pour les enfants et les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale graves et complexes et extension de la capacité de soins pour les enfants et les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale dans les services hospitaliers non psychiatriques. Environ 20 millions d'euros ont été mis à disposition à cette fin.

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

www.health.belgium.be



La convention pour le remboursement des soins psychologiques a été mise en application en septembre 2021 et, ce, pour une période de trois ans. L'accord constitue une étape historique dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet le développement de deux fonctions psychologiques, à savoir *les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés* dans le cadre des soins ambulatoires de santé mentale.

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

www.riziv.fgov.be



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 centre d'appel COVID-19 qui s'adresse au grand public.

5. Financement des services d'ambulance



Dans le cadre de la lutte contre la pandémie, 22 services ambulanciers ont signé un avenant à leur convention avec le SPF SPSCAE. Sur la 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 est 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

Cette section aborde certaines des initiatives visant à garantir la qualité des soins dans lesquelles la direction générale Soins de Santé a été activement impliquée.

1. Soutien du bien-être psychosocial

Dans le cadre du Plan d'intervention psychosociale (PSIP)^[26], 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 **en équipe** pour mettre en place une offre d'aide psychosociale. Par le biais du CCSP, l'objectif a été de coordonner les initiatives afin que le même message soit toujours communiqué et que les actions se déroulent de façon coordonnée plutôt que les unes à côté des autres.

L'objectif général était d'encourager l'auto-soin, 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 soignants ;
- 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 pour 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 initiatives concernant le bien-être psychosocial en période de COVID-19 :

www.info-coronavirus.be



26 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 la régulation médicale

Les appels au 112 et au 1733 ^[27] nécessitant une intervention médicale sont traités par les opérateurs des centrales 112 par le biais du Manuel de la régulation médicale belge. Ce manuel fournit 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^[28]) 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 établi 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. Projet de plateforme numérique « 112 support »

Au début de la pandémie de COVID-19, on craignait une pénurie de ressources régulières du 112 et une disponibilité limitée du personnel.

Pour éviter cela et assurer une continuité maximale des opérations du 112, une plateforme numérique a été développée à l'initiative de l'association professionnelle belge des services d'ambulances (Belgambu) et du SPF SPSCAE. La plateforme numérique vise à répondre efficacement à une demande d'assistance du centre d'appels d'urgence 112 par une offre de soutien de la part des services ambulanciers.

Lors du développement de la plateforme, l'accent a toujours été mis sur la qualité pour le patient, de sorte que seuls des services d'ambulance et du personnel hautement qualifié répondant à des conditions spécifiques pouvaient être utilisés.

Le 2 avril 2020, la phase de test de la plateforme a été lancée en Flandre occidentale. Sur cette base, la plateforme a été affinée et était pleinement opérationnelle à la fin du mois de juin 2020.

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

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

Jusqu'à présent, la nécessité de déployer la plateforme ne s'est pas présentée car les pannes ont été limitées et le besoin a été satisfait principalement par le déploiement des ressources de la Croix-Rouge. À l'avenir, cette plateforme pourrait être utilisée pour organiser le transport non urgent de patients.

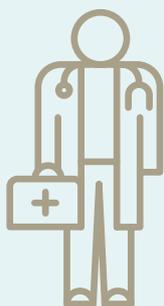
4. Distribution des équipements de protection aux professionnels de la santé travaillant dans le secteur ambulatoire

4.1. Identification des professionnels de la santé

Pendant la pandémie de COVID-19, les professionnels de la santé ont besoin de matériels de protection afin de pouvoir soigner les patients en toute sécurité. La distribution de ces matériels de protection a lieu tant dans les hôpitaux que par les employeurs au sein des établissements de soins de santé. Cependant, il est également nécessaire de fournir le matériel nécessaire aux professionnels de santé actifs dans le secteur ambulatoire.

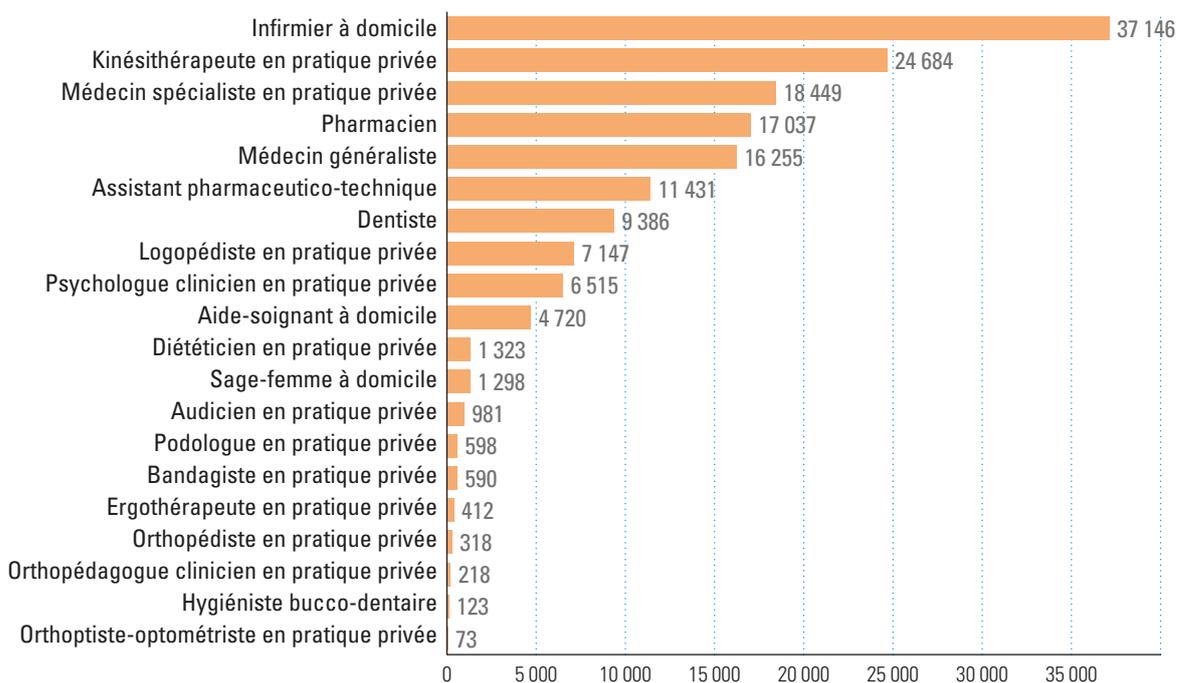
Pour assurer une distribution efficace de ce matériel, il a d'abord fallu identifier ces professionnels de santé. Le service « Professions de santé et Pratique professionnelle » du SPF SPSCAE a dressé une liste des professionnels de santé travaillant dans le secteur ambulatoire. Pour ce faire, diverses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

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



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

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



4.2. 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.



129 338 450



393 000



100 964



45 182 040



5 041 600

Distribution du matériel de protection

aux professionnels de santé du **secteur ambulatoire** entre mars 2020 et avril 2021.

Les livraisons du matériel ont été assurées par la Défense, qui a livré le matériel à toutes les provinces. Après quoi, les gouverneurs se sont chargés de sa distribution ultérieure au niveau local. Un stock stratégique a aussi été constitué. Le contenu du stock a été déterminé sur la 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 peut 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



5. Assurer les soins infirmiers

Le personnel infirmier et les autres professionnels de santé sont soumis à une forte pression depuis le début de la pandémie. Il y avait un risque, qu'en raison de l'afflux continu de patients COVID-19, le personnel disponible soit insuffisant pour administrer les soins infirmiers.

Pour cette raison, il a été décidé de prévoir la possibilité que certaines activités de soins infirmiers puissent être exercées par des personnes qui n'étaient pas légalement autorisées à le faire. De cette manière, on espère que la qualité et la sécurité des soins infirmiers continueront d'être garanties autant que possible pendant la pandémie. Il s'agit d'une mesure exceptionnelle et temporaire compte tenu des circonstances particulières créées par la pandémie de COVID-19. Les activités ne peuvent être exercées que dans des conditions strictes fixées par la loi ^[29]: Par exemple, la supervision d'une infirmière coordinatrice est requise, une formation doit être suivie avant l'exercice des activités, etc.

6. Hospital Outbreak Support Teams

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, le SPF SPSCAE a lancé un appel pour démarrer un projet pilote « Hospital Outbreak Support Teams (HOST) ». Son objectif est de soutenir les équipes IPC (Infection, Prevention & Control) déjà existantes et AMS (Antimicrobial Stewardship) pendant et après la pandémie. Ces projets fonctionnent selon deux axes complémentaires. D'une part, un axe locorégional qui se concentre sur la collaboration entre les hôpitaux. D'autre part, un axe transmurale qui veut mettre

29 [Loi du 4/11/2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19 et loi du 6/11/2020 en vue d'autoriser des personnes non légalement qualifiées à exercer, dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, des activités relevant de l'art infirmier.](#)

l'expertise des hôpitaux à la disposition des institutions résidentielles et des autres professionnels de la santé.

Dans le cadre du plan d'action national contre la résistance aux antimicrobiens (PAN-RAM), les réseaux hospitaliers participants mettront en place une équipe HOST composée d'experts dans les domaines des maladies infectieuses, de la microbiologie médicale et de l'hygiène hospitalière. La tâche de l'équipe sera d'améliorer la prévention et le contrôle des infections. En outre, l'équipe du programme HOST assurera la communication avec les parties prenantes des centres de soins résidentiels, des institutions résidentielles et des soins ambulatoires. À cette fin, ils mettent à disposition une ligne téléphonique permanente et un programme de formation spécifique.

Bien que des accords de collaboration entre les hôpitaux et les établissements de soins résidentiels existent, la pandémie a révélé leurs limites. Par ailleurs, le taux de réponse élevé à l'appel à projets pilotes démontre suffisamment la nécessité d'une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la santé. Il y a déjà 21 réseaux hospitaliers belges impliqués dans le projet actuel.

