



## 8 RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE À LA CRISE DU COVID-19

### 8.1 Qu'est-ce que la résilience du système de santé ?

La résilience d'un système de santé est définie comme « sa capacité à (a) prévoir les chocs, (b) les absorber et (c) s'y adapter (...) d'une manière qui lui permette (i) de continuer à fournir les prestations requises, (ii) de revenir le plus rapidement possible à un niveau de performance optimal, (iii) d'adapter sa structure et ses fonctions afin de se renforcer et (iv) (éventuellement) de limiter sa vulnérabilité à des chocs futurs similaires et à des changements structurels ». <sup>10, 16, 88</sup>

Cette définition englobe quatre composantes principales de la résilience <sup>16, 89</sup> :

- a) Capacité de prévention : la capacité du système de santé à prévoir l'apparition d'un choc et à limiter son impact futur potentiel ;
- b) Capacité d'absorption : la capacité du système de santé à amortir l'impact des chocs ;
- c) Capacité d'adaptation : la capacité du système de santé à continuer à fournir les prestations requises ;
- d) Capacité de transformation : la capacité du système de santé à transformer sa structure et son fonctionnement afin de limiter sa vulnérabilité aux chocs futurs.

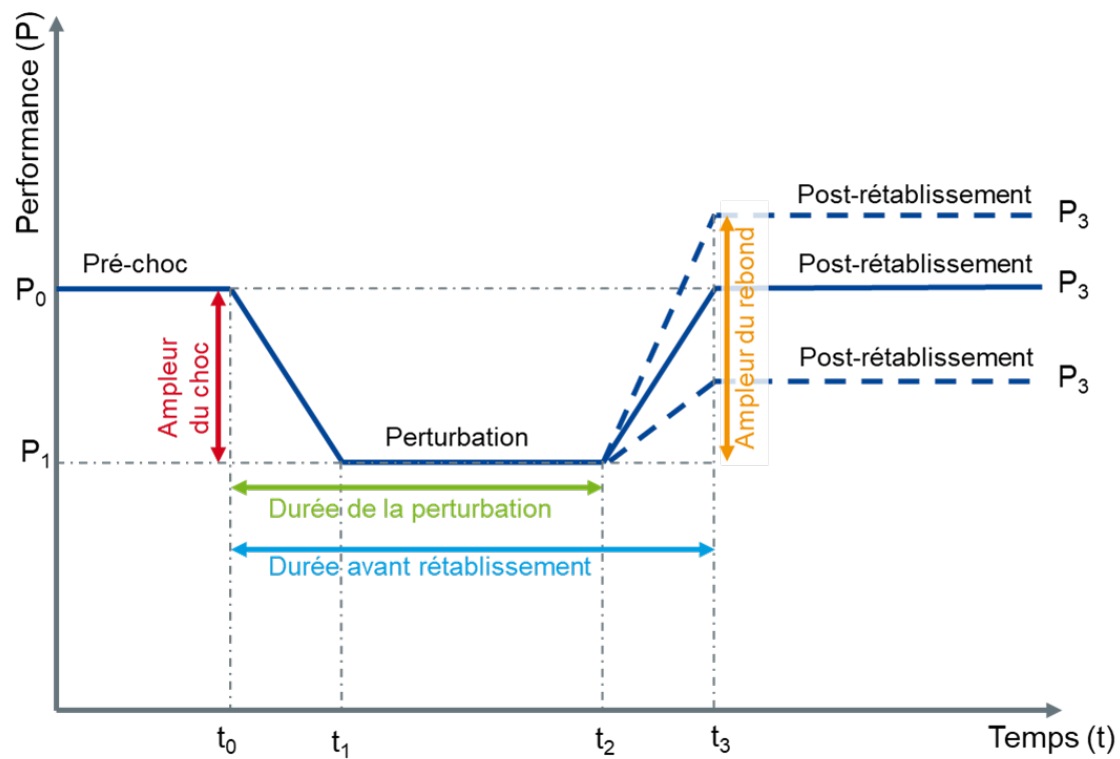
Bien que de nombreux types de chocs très différents puissent affecter le système de santé de diverses façons, ce rapport se limite à analyser la résilience du système de santé face à la crise du COVID-19.

La notion de résilience du système de santé est illustrée graphiquement par la Figure 4, où  $P_t$  représente un indicateur quantifiable donné de la performance du système de santé, qui évolue dans le temps. Lorsque le système de santé subit un choc qui l'affecte négativement, il est probable que la valeur de  $P_t$  diminue. Ensuite, la valeur de  $P_t$  reste inférieure à son état pré-choc pendant une période qui peut être courte ou longue. Enfin,  $P_t$  augmente à nouveau pour atteindre son état post-rétablissement. Dans ce dernier état, la valeur de  $P_t$  peut être la même que dans l'état pré-choc, mais dans certains cas, elle peut rester inférieure ou, si le système a la capacité de se transformer en réponse au choc, elle peut même être supérieure à sa valeur initiale.

Sur cette base, la résilience peut être définie comme la capacité à limiter l'impact du choc (mesuré par la distance entre  $P_0$  et  $P_1$ ), à réduire la durée de la perturbation (mesurée par la distance entre  $t_0$  et  $t_2$ ) et le temps avant rétablissement (mesuré par la distance entre  $t_0$  et  $t_3$ ), et à transformer sa structure de telle sorte que  $P_3$  soit supérieur ou égal à  $P_0$ . La composante préventive de la résilience n'est étudiée que dans des analyses complémentaires (voir section 0), mais ne constitue pas l'objet principal de ce chapitre.



Figure 4 – Variation de la performance du système de santé à la suite d'un choc



Source : inspiré du Groupe d'experts de l'UE sur l'évaluation de la performance du système de santé (2020)<sup>16</sup>



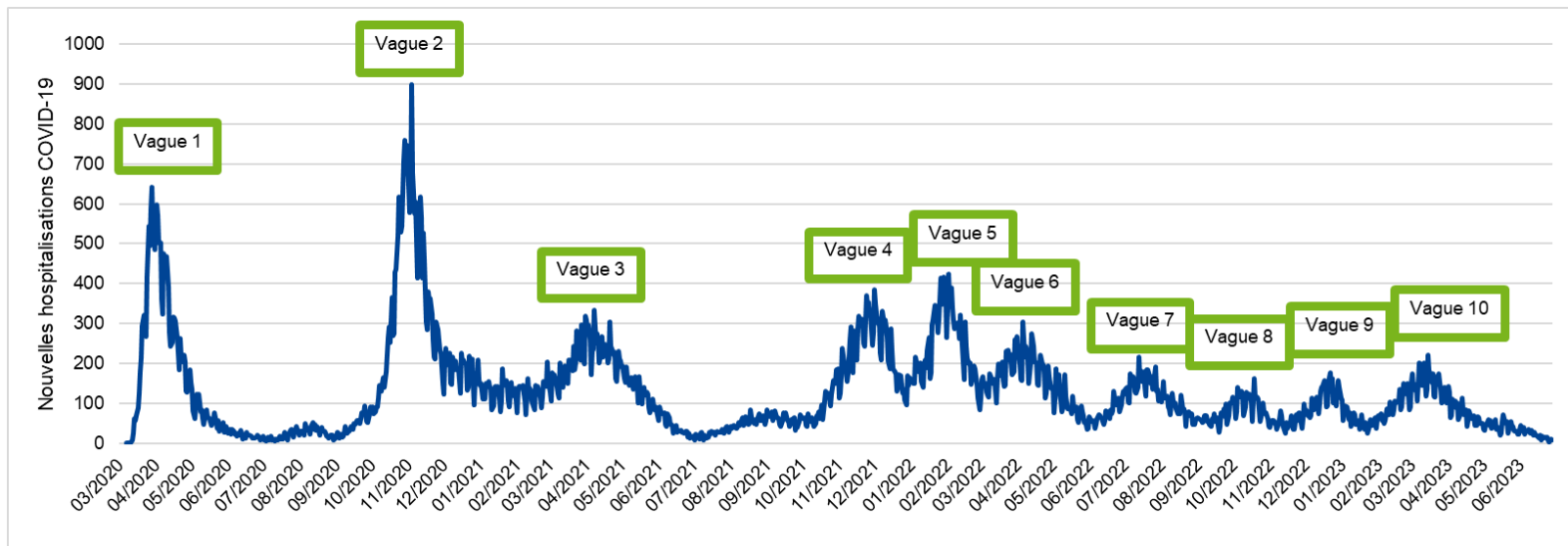
## 8.2 La crise du COVID-19 en Belgique

La résilience du système de santé face à la crise du COVID-19 doit être analysée en fonction des vagues successives de la pandémie. Comme le montre le Tableau 18, dix vagues ont été identifiées en Belgique entre mars 2020 et juin 2023. Une période « intervague » est clairement observée entre la première et la deuxième ainsi qu'entre la troisième et la quatrième vagues, mais pas entre les autres vagues. Il est important de noter que la désignation de ces vagues ne représente pas nécessairement la gravité de la situation épidémiologique ou la charge de santé publique pendant ces périodes. Par exemple, comme le montre la Figure 5, le nombre d'hospitalisations liées au COVID-19 s'est avéré très différent d'une vague à l'autre. Pour plus d'informations sur l'évolution de la crise du COVID-19 en Belgique, le lecteur intéressé est renvoyé aux données épidémiologiques disponibles dans le [tableau de bord Sciensano](#) et aux données phares dans les soins de santé (organisation, activité de soins, financement et qualité) publiées par le SPF Santé publique sur le site internet [belgiqueenbonnesante.be](http://belgiqueenbonnesante.be).

**Tableau 18 – Vagues de l'épidémie de COVID-19 en Belgique**

Vague de l'épidémie de COVID-19	Date de début
<b>Première vague</b>	1 <sup>er</sup> mars 2020
<b>Intervague</b>	22 juin 2020
<b>Deuxième vague</b>	31 août 2020
<b>Troisième vague</b>	15 février 2021
<b>Intervague</b>	27 juin 2021
<b>Quatrième vague</b>	4 octobre 2021
<b>Cinquième vague</b>	27 décembre 2021
<b>Sixième vague</b>	28 février 2022
<b>Septième vague</b>	30 mai 2022
<b>Huitième vague</b>	12 septembre 2022
<b>Neuvième vague</b>	21 novembre 2022
<b>Dixième vague</b>	23 janvier 2023

Source : Sciensano (2023)<sup>90</sup>

**Figure 5 – Nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 en Belgique, mars 2020 – juin 2023**

Source : Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>)



### 8.3 Résilience du système de santé face à la crise du COVID-19 en Belgique

Dans ce qui suit, des indicateurs HSPA sont utilisés pour mesurer, dans le contexte de la crise du COVID-19 en Belgique :

- la valeur **pré-choc** de l'indicateur ( $P_0$ ) ;
- la pire valeur de l'indicateur pendant la crise du COVID-19 ( $P_1$ ). Dans la Figure 4,  $P_1$  est inférieur à  $P_0$  mais, selon l'indicateur, le contraire peut se produire. C'est la raison pour laquelle nous utilisons le terme « pire » plutôt que « minimum » ou « maximum » ;
- la valeur post-rétablissement de l'indicateur ( $P_3$ ). Dans la plupart des cas, la valeur la plus récente de l'indicateur ne correspond pas à la meilleure valeur de l'indicateur. Par conséquent, deux valeurs sont calculées pour  $P_3$  : la « **valeur la plus récente** » et la « **meilleure valeur** » (qui peut être un maximum ou un minimum en fonction de l'indicateur) ;
- l'ampleur de la perturbation (représentée par la flèche rouge dans la Figure 4). La mesure de la distance entre  $P_0$  et  $P_1$  permet d'évaluer la capacité d'absorption du système, c'est-à-dire sa capacité à amortir l'impact du choc. Plus la différence entre  $P_0$  et  $P_1$  est petite, plus le système est résilient. Concrètement, l'ampleur de la perturbation est calculée comme **la différence entre la valeur pré-choc et la pire valeur de l'indicateur** mesurée pendant la crise du COVID-19 ;
- la durée de la perturbation (représentée par la flèche verte dans la Figure 4). La mesure du temps qui s'écoule avant que l'indicateur commence à rebondir permet d'évaluer la capacité d'adaptation du système. Plus le rebond se produit tôt, plus le système est résilient. Concrètement, la durée de la perturbation mesure **le temps entre le moment où un changement négatif est observé et le moment où l'effet rebond est constaté** (= le moment où un changement positif significatif est observé) ;
- l'ampleur du rebond (représentée par la flèche orange dans la Figure 4). La comparaison de la valeur post-crise de l'indicateur avec

son niveau perturbé ( $P_1$ ) permet d'évaluer la capacité du système à se rétablir et même à transformer sa structure et son fonctionnement. Concrètement, l'ampleur du rebond est calculée comme **la différence entre la meilleure valeur (post-choc) et la pire valeur de l'indicateur** ;

- la durée avant rétablissement (représentée par la flèche bleue dans la Figure 4). Celle-ci est calculée comme le **temps écoulé entre le moment où un changement négatif est observé et le moment où la meilleure valeur est relevée**.

Par souci de clarté, les indicateurs sont regroupés en trois catégories : (1) garantir une main-d'œuvre suffisante (R-1, R-2 et R-3), (2) maintenir les services de santé essentiels et les services de santé publique de routine (R-4 et R-5) et (3) renforcer la capacité existante et créer de nouveaux services de santé (R-6, R-7, R-8, R-9, R-10 et R-11).

Pour beaucoup d'entre eux, une évaluation définitive est prématurée. En particulier, il est certainement trop tôt pour saisir pleinement l'ampleur du rebond. En outre, dans certains cas, le niveau post-rétablissement peut être temporairement supérieur au niveau pré-choc en raison d'un effet de rattrapage (le système étant perturbé depuis quelque temps, il surcompense pendant une certaine période, mais cet effet ne dure pas nécessairement). Pour d'autres indicateurs, il est difficile d'évaluer l'ampleur du choc, par exemple parce que des données n'ont pas été collectées avant le choc. Par conséquent, dans de nombreux cas, seule une analyse partielle mesurant certains des éléments ci-dessus est réalisée.

Afin d'identifier l'ampleur de la perturbation, la durée de la perturbation, l'ampleur du rebond et la durée avant rétablissement, une figure représente, pour chaque indicateur, l'évolution de la valeur dans le temps (ainsi que le stade de la pandémie tel que défini dans le Tableau 18) pour la Belgique et les trois régions (voir Figure 6 à Figure 16). Dans la mesure du possible, la valeur pré-choc, la pire valeur, la meilleure valeur et la valeur la plus récente sont indiquées pour la Belgique et pour les trois régions dans le Tableau 19.



### Garantir une main-d'œuvre suffisante

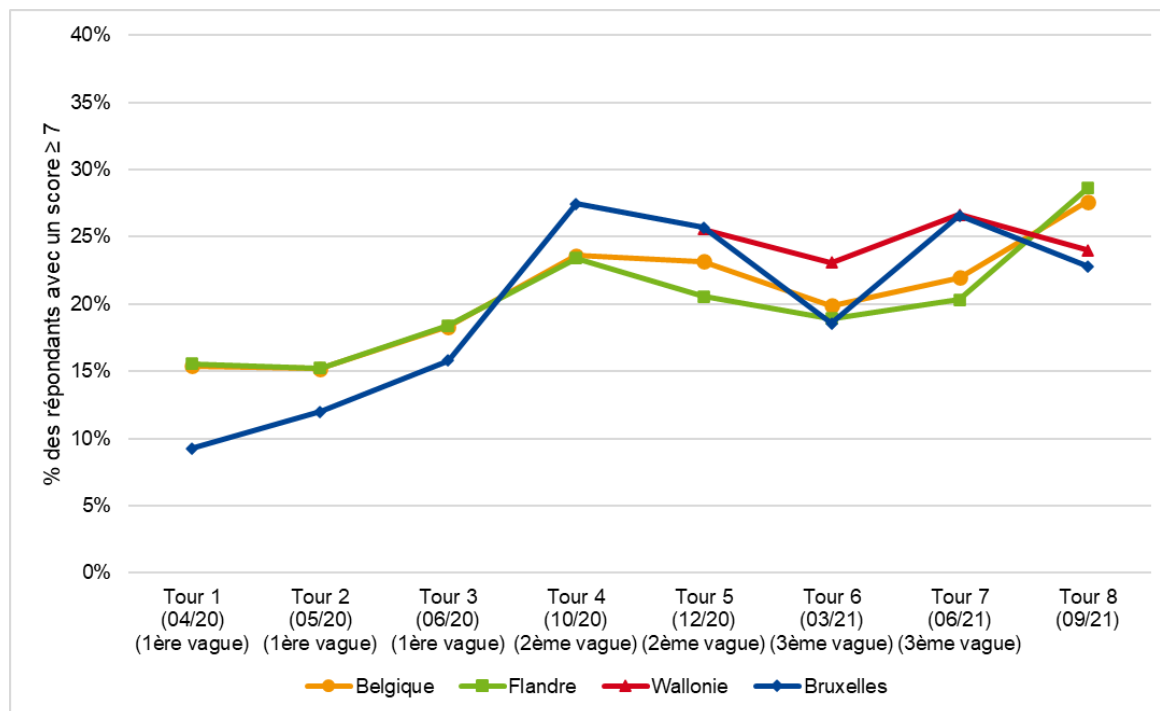
Il est largement reconnu que la période du COVID-19 a exercé une pression considérable sur les professionnels de la santé en termes de charge de travail accrue, mais aussi de symptômes physiques et psychologiques.<sup>91-94</sup> En réaction, les pays ont mis en œuvre divers programmes visant à soutenir la santé mentale des professionnels de la santé et à leur apporter une assistance financière et pratique.<sup>95</sup> Pour mesurer la résilience du système de santé belge en ce qui concerne le bien-être des professionnels de la santé, nous utilisons les données de l'enquête Power to Care réalisée par Sciensano et le LIGB – KULeuven. Cette enquête compte huit tours (dont les quatre premiers n'incluent pas les professionnels de Wallonie) répartis entre avril 2020 et septembre 2021. Il ne s'agit pas d'une étude longitudinale et le nombre de répondants varie selon les tours et les régions. Il convient donc d'interpréter l'évolution dans le temps avec prudence.

La proportion des professionnels de la santé ayant attribué un score élevé à l'élément « envisage d'abandonner la profession » (R-1, voir Figure 6) est passée de 15,4 % en avril 2020 à 23,6 % en octobre 2020. Ce pourcentage était encore de 23,2 % en décembre 2020 ; après une légère baisse, il est

reparti à la hausse pour atteindre 27,6 % en septembre 2021. Cette proportion était constamment plus élevée en Wallonie et plus faible en Flandre, par rapport aux résultats nationaux, sauf au dernier tour. Entre le premier et le dernier tour de l'enquête, la part des professionnels de la santé qui envisagent d'abandonner la profession a augmenté de 12,2 points de pourcentage. Cette augmentation peut être interpréter comme correspondant à l'ampleur de la perturbation. Cependant, il convient de garder à l'esprit qu'aucune donnée n'est disponible pour la période pré-COVID et que les quatre premiers tours n'incluent aucun répondant de Wallonie. Un rebond (c'est-à-dire une amélioration permanente de l'indicateur) n'a pas pu être observé dans les données, mais aucune donnée n'est disponible après septembre 2021. Selon une autre enquête réalisée entre décembre 2021 et février 2022 auprès de 2 183 infirmiers actifs dans des unités de soins intensifs, 43,9 % d'entre eux avaient l'intention de quitter leur emploi et 26,5 % envisageaient d'abandonner la profession d'infirmier.<sup>96</sup> Ce pourcentage était plus élevé en Wallonie (37,5 %) et à Bruxelles (34,9 %) qu'en Flandre (17,4 %).



**Figure 6 – Enquête Power to Care : proportion des professionnels de la santé ayant attribué un score élevé à l'élément « envisage d'abandonner la profession »**



Source : Sciensano, calculs : KCE



La pénurie de personnel résultant de l'absence de professionnels de la santé, en particulier des infirmiers actifs dans les services hospitaliers, est considérée à la fois comme une conséquence de la crise du COVID-19 et comme un obstacle à la qualité des soins pendant la période du COVID-19.<sup>97, 98</sup> Bien que des pénuries d'infirmiers aient été signalées dans la plupart des pays industrialisés avant la crise, la pandémie de COVID-19 a amplifié le problème. En Belgique, l'absentéisme des professionnels de la santé a été quantifié dans des contextes restreints<sup>99</sup>, mais aucune donnée administrative complète n'est disponible au niveau national. Pour quantifier les absences du personnel hospitalier et leur évolution pendant la pandémie de COVID-19, nous nous appuyons donc sur des indicateurs « *proxy* ».

Dans le cadre de l'enregistrement quotidien des données dans le contexte des plans de capacité de pointe, les hôpitaux doivent enregistrer le nombre de lits d'hôpital fermés en raison d'absentéisme de personnel ou d'un cas de force majeure (R-2, voir Figure 7). Ces données ont été analysées pour la période comprise entre le 22 novembre 2021 et le 31 décembre 2022. La part des lits d'hôpital fermés en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'un cas de force majeure a varié de 5,4 % à 10,1 % sur la période étudiée. Après une diminution entre janvier et août 2022, elle a augmenté en septembre, avant de reculer à nouveau et de se stabiliser en fin d'année. En termes relatifs, plus de lits de soins intensifs (SI) ont été

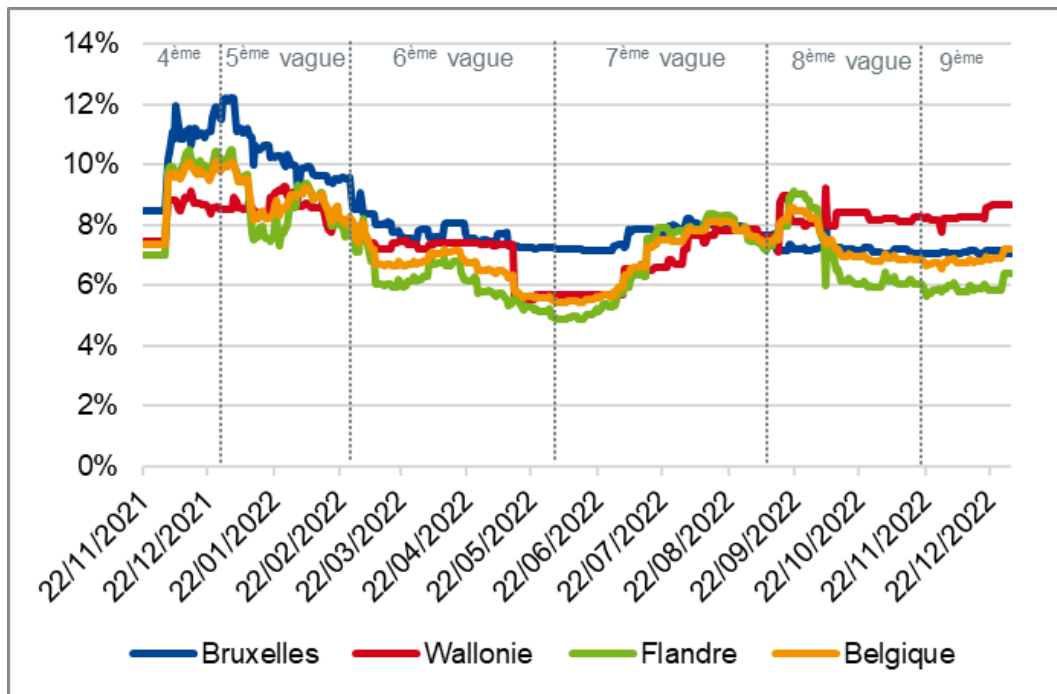
fermés que d'autres lits et d'importantes différences provinciales apparaissent aussi bien pour la part des lits d'hôpital fermés que pour la proportion des lits de SI fermés. Comme les données n'ont été collectées qu'à partir d'octobre-novembre 2021, il n'est pas possible d'évaluer l'ampleur de la perturbation.

L'enquête des statistiques hospitalières annuelles contient, depuis 2013, une question sur le **nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux** (R-3, voir Figure 8). Le nombre de postes vacants est défini comme « le nombre de postes vacants pour lesquels un appel (interne/externe) est lancé ». Les hôpitaux sont invités à répondre à cette question à quatre points dans le temps chaque année : le 31 mars, le 30 juin, le 30 septembre et le 31 décembre. Au 31 décembre 2021, 2 572 postes infirmiers vacants en ETP étaient rapportés dans les hôpitaux belges. Le nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux, qui reflète la capacité des hôpitaux à recruter et à retenir les infirmiers, a été affecté par la pandémie de COVID-19. La perturbation la plus forte a été observée en Wallonie en septembre 2021 (+100,3 % par rapport à septembre 2019), suivie de la Flandre (+62,4 % par rapport à septembre 2019). À Bruxelles, le pic a été observé en décembre 2021 (+68,3 % par rapport à décembre 2019). Il n'est néanmoins pas possible de déterminer l'ampleur exacte de la perturbation en raison de l'absence de données pour 2020.





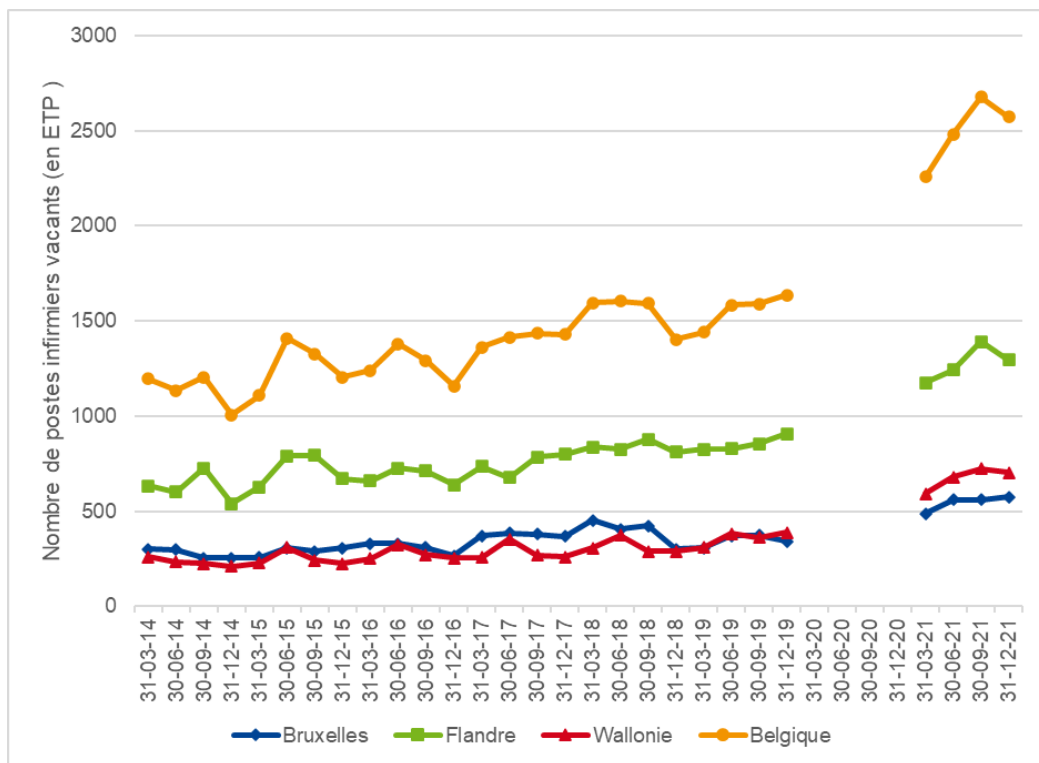
Figure 7 – Part des lits d'hôpital fermés en raison d'absentéisme du personnel ou d'un cas de force majeure



Source : SPF Santé publique, calculs : KCE



Figure 8 – Nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux (en ETP)



Données 2020 non disponibles. Source : SPF Santé publique, calculs : KCE



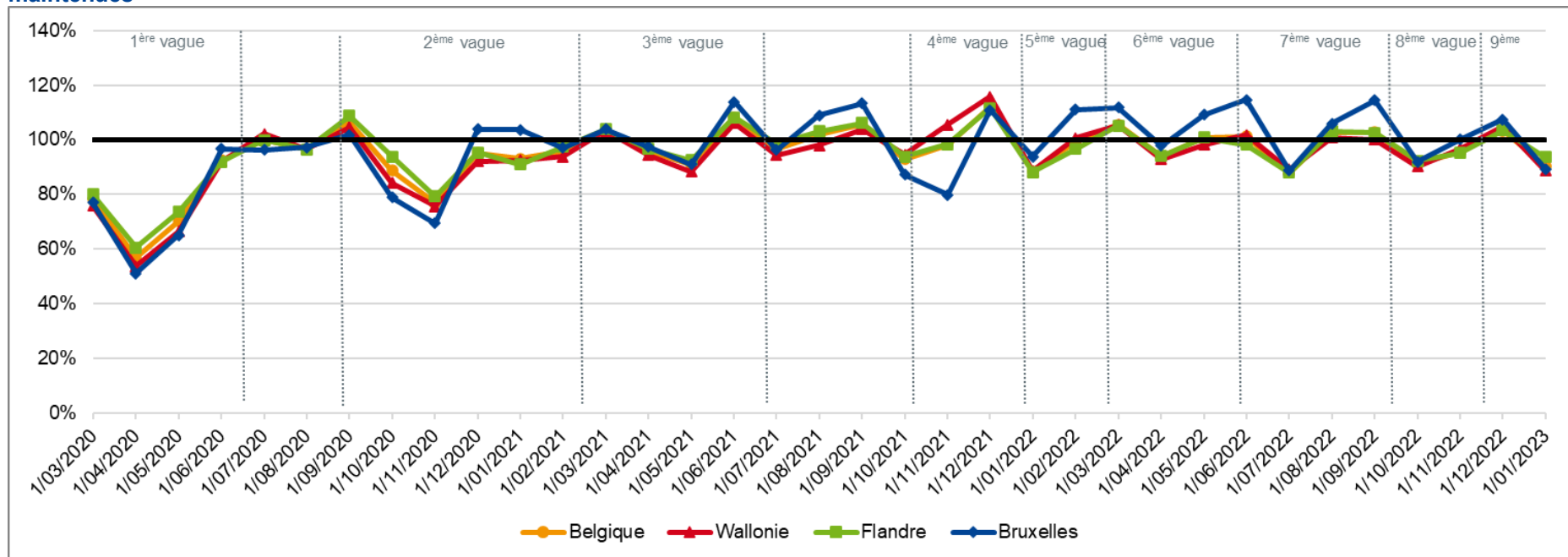
### **Maintenir les services de santé essentiels et les services de santé publique de routine**

À partir de la mi-mars 2020, les hôpitaux de Belgique et d'autres pays ont été contraints d'arrêter les activités non essentielles afin de libérer du matériel, des infirmiers et des médecins pour le traitement des patients COVID-19.<sup>100</sup> Les hôpitaux belges ont dû suspendre les consultations, examens et interventions électives. Les soins dits « essentiels » ont quant à eux pu être poursuivis. Cependant, aucune définition formelle concrète des soins essentiels et non essentiels n'a été fournie. Les hôpitaux ont pu reprendre progressivement les soins hospitaliers réguliers à partir du 4 mai 2020. Plusieurs analyses ont pointé une diminution des soins non essentiels dans les hôpitaux belges au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19, mais aussi une certaine diminution des soins réguliers essentiels.<sup>100-102</sup> Lors des vagues suivantes, il a été demandé aux hôpitaux de suspendre les activités non essentielles dès que la capacité de SI réservée aux patients COVID-19 risquait de s'en trouver affectée.

Pour évaluer la capacité des hôpitaux à maintenir les activités essentielles, nous utilisons le nombre d'activités chirurgicales hospitalières essentielles régulières qui ont été maintenues par rapport à ce qui était attendu sur la base des données 2018-2019 (R-4, voir Figure 9) en suivant la méthodologie de la Cellule Audit Hôpitaux de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'AFMPS.<sup>103, 104</sup> En avril 2020, 5,7 % des activités chirurgicales hospitalières non essentielles, 29,8 % des activités mixtes (qui peuvent être essentielles ou non selon le contexte) et 56,9 % des activités essentielles ont été maintenues. Cela signifie que, bien que jugées essentielles, 43,1 % de ces activités chirurgicales ont été suspendues en avril 2020 (soit une ampleur de la perturbation de -43,1 %). Ces diminutions ont été légèrement moins marquées en Flandre que dans les deux autres régions. Une deuxième baisse, bien que moins importante, a été observée en novembre 2020. Au cours de cette deuxième vague, 76,8 % des activités essentielles ont été maintenues. Un rebond a été observé à partir de novembre 2020 (durée de la perturbation = 9 mois). En 2021 et 2022, les variations ont été beaucoup moins prononcées. Au moins 88,0 % des activités essentielles ont été maintenues. Le pourcentage d'activités essentielles maintenues a atteint 100 % pour la première fois en mars 2021 (durée avant rétablissement = 13 mois).



Figure 9 – Part des activités chirurgicales hospitalières essentielles régulières attendues (sur la base des données de 2018 et 2019) qui ont été maintenues



Source : Audit Hôpitaux INAMI – SPF Santé Publique – AFMPS

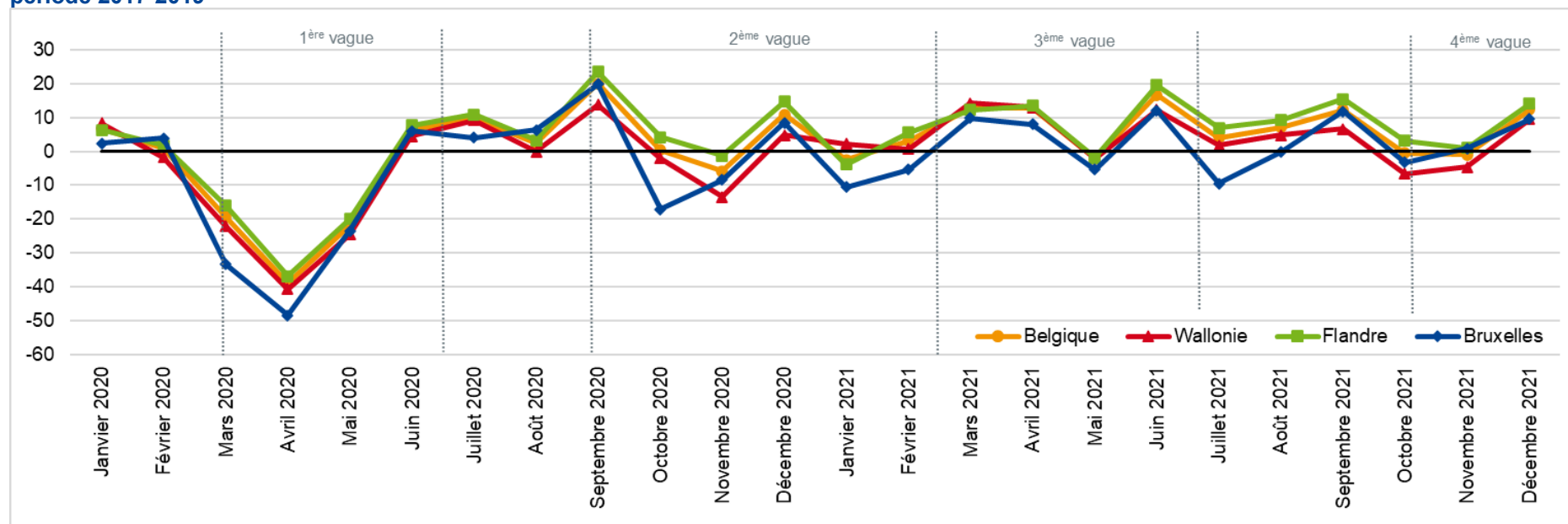
Au cours de la semaine du 16 mars 2020, les programmes organisés de dépistage du cancer du sein chez la femme, du cancer du col de l’utérus et du cancer colorectal dans la population ont été suspendus. Ils ont repris à la mi-mai 2020. La Figure 10 montre le pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs par mois par rapport au même mois en 2017-2019 (R-5) sur la base de la base de données d’incidence du Registre du Cancer. En mars 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs était inférieur de 19,3 % à la moyenne de mars 2017-2019, ce qui correspond à 1 222 diagnostics de cancers « manquants ». En avril 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs était

inférieur de 39,0 % à la moyenne d’avril 2017-2019, ce qui correspond à 2 181 diagnostics de cancers « manquants » (ampleur de la perturbation = - 39,0 %). En mai 2020, le début du rebond a été observé (durée de la perturbation = 2 mois). Le nombre de nouveaux diagnostics de cancers était encore inférieur (de 21,7 %) à celui de mai 2017-2019, ce qui correspond à 1 366 diagnostics de cancers « manquants ». En juin 2020, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs a retrouvé son niveau de 2017-2019 (durée avant rétablissement = 4 mois).



En septembre 2020, il dépassait son niveau de 2017-2019 (de 19,9 %). Par la suite, il est resté dans la fourchette -5,8 %/+16,6 % par rapport à son niveau de 2017-2019. Le pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs a suivi une tendance similaire dans les trois régions du pays. Cependant, les baisses ont été plus fortes à Bruxelles que dans les deux autres régions, ce qui n'a pas été compensé par des augmentations ultérieures plus importantes.

**Figure 10 – Pourcentage de variation du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs au cours de la période 2020-2021 par rapport à la période 2017-2019**



Source : Fondation Registre du Cancer



### Renforcer la capacité existante et créer de nouveaux services de santé

Les ressources de soins intensifs ont été soumises à une immense pression pendant la pandémie, ce qui a dans certains cas entraîné une demande de soins intensifs supérieure à l'offre disponible.<sup>17</sup> L'augmentation des taux d'occupation dans les unités de soins intensifs a été associée à une hausse de la mortalité.<sup>105</sup> En réaction, de nombreux pays ont augmenté leur capacité de SI en créant une capacité supplémentaire (capacité de pointe ou surge capacity). À partir de la mi-mars 2020, tous les hôpitaux belges ont été priés de créer une capacité de lits « supplémentaire », notamment en SI. En particulier, le 17 mars 2020, les hôpitaux ont été tenus de « mettre tout en œuvre pour créer une capacité de SI supplémentaire »<sup>106</sup>. Le 1<sup>er</sup> avril 2020, les hôpitaux ont enregistré un maximum de 1 182 lits de SI supplémentaires, en plus des 1 993 lits de SI agréés, augmentant ainsi la capacité totale de près de 60 %. Plus tard, des instructions plus concrètes ont été fournies concernant le nombre requis de lits supplémentaires en fonction du stade de la pandémie. La Belgique a été saluée pour sa faculté à augmenter rapidement sa capacité de lits.<sup>95, 107</sup>

Cependant, il s'est rapidement avéré que l'augmentation de la capacité de lits de SI était difficile à gérer en raison du manque d'infirmiers expérimentés en SI.<sup>100, 108, 109</sup> Une analyse de la mortalité hospitalière des patients COVID-19 traités en SI en Belgique au cours de la première vague a montré que le « débordement des SI » (c'est-à-dire lorsque le nombre de lits de SI occupés par les patients COVID-19 dépasse le nombre de lits de SI agréés réservés aux patients COVID-19) était une variable explicative de la mortalité hospitalière des patients COVID-19.<sup>110</sup> À partir du 30 septembre 2020, les hôpitaux ont été encouragés à mieux répartir les patients COVID-19 entre hôpitaux au lieu de recourir à une capacité supplémentaire de lits de SI.<sup>100</sup> Le « Patient Evacuation Coordination

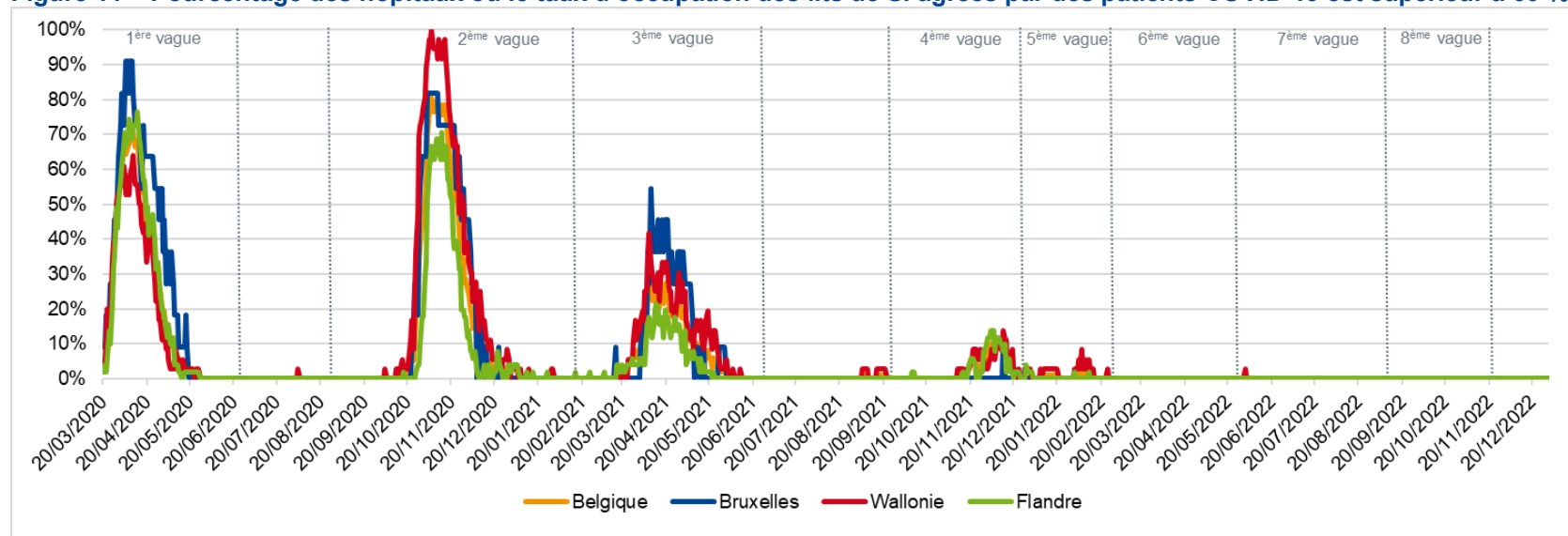
Center » a également été chargé d'aider les hôpitaux à mieux répartir les patients COVID-19.<sup>111</sup>

Nous analysons les taux d'occupation au niveau hospitalier afin de saisir la variation entre hôpitaux et de déterminer si les patients ont été répartis de manière à réduire les risques de mortalité associés au débordement. En effet, bien que le taux d'occupation national puisse rester élevé, une meilleure répartition des patients entre hôpitaux devrait entraîner une réduction du pourcentage d'hôpitaux « débordés ». Pour la mesure du débordement, nous suivons Taccone et al. (2021)<sup>110</sup> en divisant le nombre de patients COVID-19 par le nombre de lits de SI agréés réservés aux patients COVID-19, fixé en mars 2020 à 60 % du nombre total de lits de SI agréés.

La Figure 11 montre le **pourcentage des hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 % (R-6)**. Au cours de la première vague de la pandémie, un maximum de 70,4 % des hôpitaux belges ont été confrontés à un débordement des SI (c'est-à-dire un taux d'occupation des lits de SI agréés supérieur à 60 %). Cette part a atteint 80,6 % lors de la deuxième vague. Considérant que le pourcentage d'hôpitaux débordés était nul avant la pandémie, l'ampleur du choc est égale à 80,6 %. En avril 2021, alors que le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 était encore proche de 50 %, seuls 30 % des hôpitaux présentaient un débordement des SI, ce qui montre que le système s'était adapté. En décembre 2021, lorsque le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 a de nouveau dépassé la barre des 40 % au niveau national, seuls 10 % des hôpitaux ont présenté un débordement des SI.



**Figure 11 – Pourcentage des hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 %**



Source : SPF Santé publique, calculs : KCE

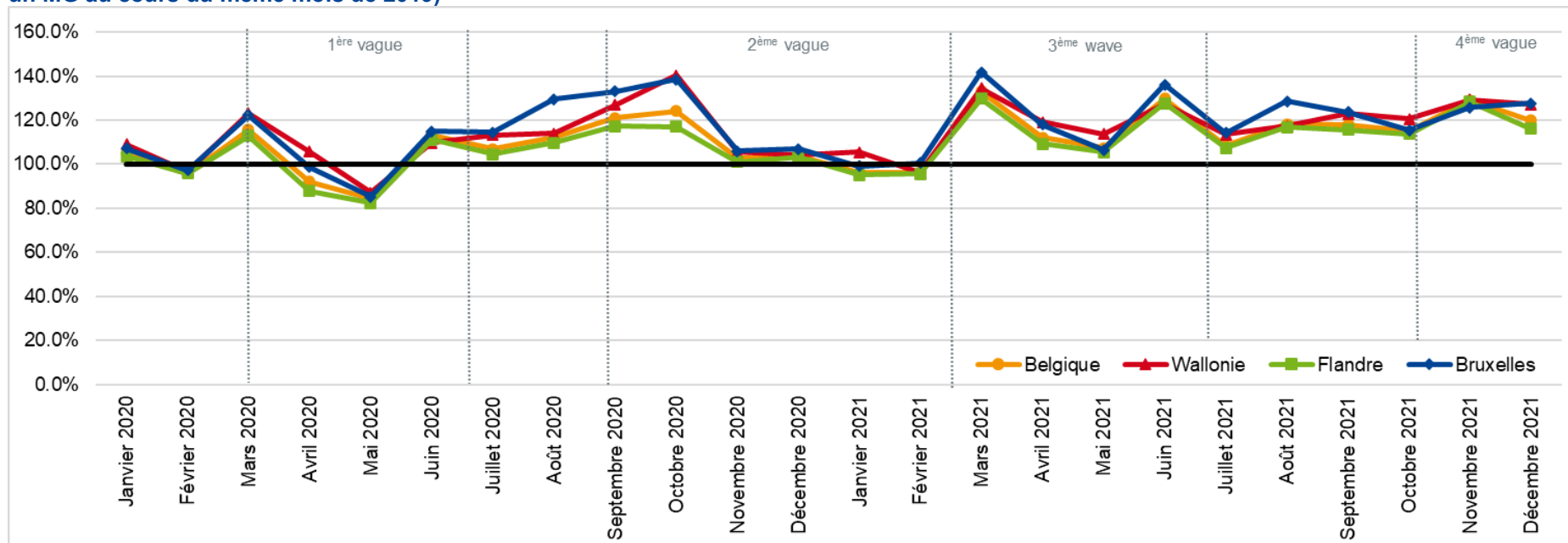
La pandémie de COVID-19 a forcé les pouvoirs publics à encourager des moyens innovants de fournir des services de santé. Parmi eux, les téléconsultations (en tant qu'alternative aux contacts en face à face avec les médecins) ont été largement promues dans de nombreux pays.<sup>17</sup> En Belgique, les téléconsultations en médecine de première ligne ont été introduites en mars 2020 (par la création de trois codes de nomenclature) afin d'assurer la continuité des soins tout en prévenant la propagation du virus en évitant les contacts directs entre les patients et les professionnels de la santé. Ces téléconsultations étaient gratuites pour le patient. Depuis août 2022, ce système temporaire a été remplacé par un système permanent impliquant un petit ticket modérateur pour le patient.<sup>112</sup>

La Figure 12 présente le **nombre de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations)** exprimé en pourcentage du nombre total de

contacts avec un MG au cours du même mois de 2019 (R-7). Durant la première vague de la pandémie, une nette baisse des contacts en face à face avec les MG a été constatée dans les trois régions du pays, mais celle-ci a été en grande partie compensée par l'instauration des téléconsultations. Une petite perturbation a été observée en avril et mai 2020, le nombre de contacts y compris les téléconsultations représentant respectivement 92,0 % et 84,5 % du nombre de contacts au cours du même mois de 2019 (ampleur de la perturbation = -15,5 %). Un rebond a déjà été observé à partir de juin 2020 (durée de la perturbation = 2 mois). Par la suite, le nombre de contacts avec un MG, y compris les téléconsultations, a été constamment supérieur ou proche de son niveau pour le même mois de 2019 (durée avant rétablissement = 3 mois).



Figure 12 – Nombre total de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations) (exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours du même mois de 2019)



Source : INAMI, calculs : KCE

Les stratégies de tests de la population à grande échelle ont également été un outil essentiel pour contrôler l'épidémie.<sup>113</sup> Pour assurer un isolement efficace et un traçage adéquat des contacts, il était également crucial de raccourcir le délai entre le prélèvement et la communication du résultat du test. Le plan de préparation sanitaire de l'UE recommandait que les pays ciblent un délai d'exécution de 24 heures (entre la demande de test et la communication du résultat du test)<sup>114</sup>. Ce délai d'exécution peut être subdivisé en deux phases différentes : le temps nécessaire entre la prescription du test et le prélèvement, et le temps qui s'écoule entre le prélèvement et la communication du résultat. La première phase est un

indicateur de la capacité de prélèvement, tandis que la seconde est plus représentative de la capacité de test.

La Figure 13 montre la capacité de test, c'est-à-dire la **durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (R-8)**. Malheureusement, aucune donnée n'est disponible avant septembre 2020, de sorte que la durée moyenne au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 ne peut être estimée. Lors de la deuxième vague (septembre-octobre 2020), la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test était de 1,54 jour. À partir de novembre 2020, elle est restée inférieure à 1 jour dans



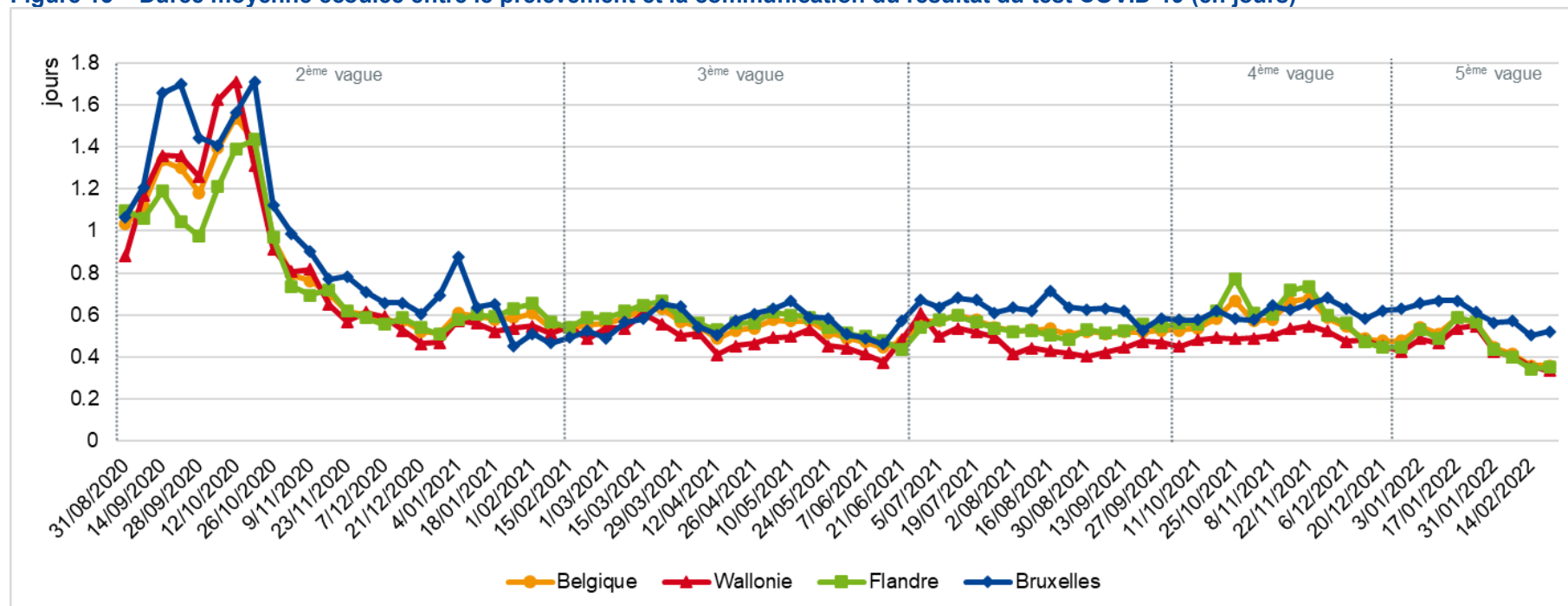


les trois régions, même lorsqu'un très grand nombre de tests étaient réalisés. Cette durée limitée peut s'expliquer en partie par le développement d'outils de diagnostic rapide tels que les tests antigéniques, qui n'existaient pas au début de la pandémie, mais ont été de plus en plus utilisés par la suite. Cette méthode étant caractérisée par une communication quasi immédiate du résultat, son utilisation a réduit la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat. Néanmoins, même aux derniers stades de la pandémie, ces outils ne représentaient pas une proportion importante des prélèvements effectués. Par conséquent, la réduction observée de la durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la

communication du résultat du test s'explique également par une réduction des délais d'exécution des tests moléculaires.

En ce qui concerne le délai entre la prescription du test et le prélèvement (indicateur secondaire, non présenté ici), la durée moyenne était d'environ 1 jour pendant la majeure partie de l'année 2021, si bien que le délai d'exécution total moyen est resté supérieur à 1 jour. Fin 2021, la durée moyenne écoulée entre la prescription du test et le prélèvement a baissé, pour atteindre 0,5 jour en février 2022. Au cours de cette période, le délai d'exécution total moyen était inférieur à 1 jour.

**Figure 13 – Durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (en jours)**



Source : Sciensano



Le traçage des contacts est un autre outil de santé publique majeur qui a été mis au point pour contrôler la propagation du COVID-19. Cependant, de nombreux pays ne sont pas parvenus à le mettre en œuvre efficacement.<sup>115</sup> Des retards peuvent survenir à chaque étape du processus : entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test, entre la réalisation du test et la communication de son résultat, et entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts. Pour interrompre la transmission du COVID-19, l'ECDC recommandait que « le traçage des contacts soit effectué dans le plus grand nombre de cas possible et le plus rapidement possible ».<sup>116</sup>

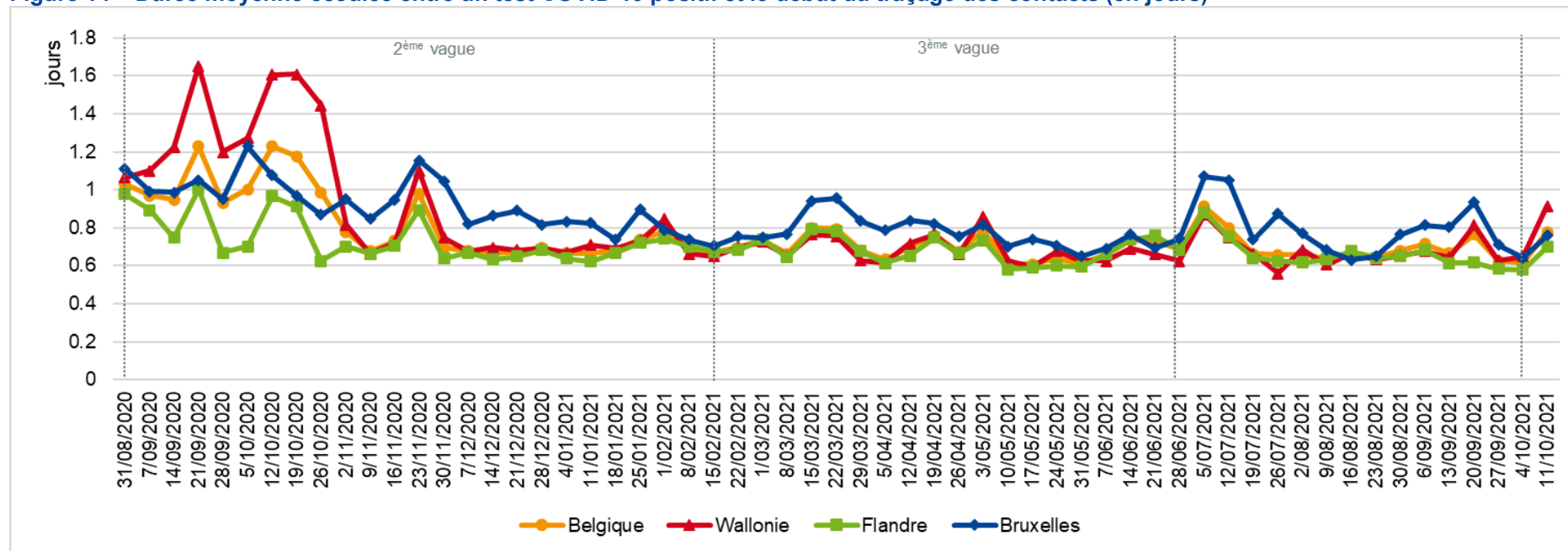
Pour suivre ce paramètre en Belgique, nous mesurons la durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (R-9, voir Figure 14). La base de données des résultats des tests de Sciensano a été reliée à la base de données du traçage des contacts via le numéro de registre national unique pseudonymisé. Aucune donnée n'étant disponible avant septembre 2020, l'indicateur ne peut hélas pas être calculé pour la période correspondant à la première vague de la pandémie. En outre, la durée écoulée entre un test positif et le début du traçage des contacts n'est calculée que pour les cas index (c'est-à-dire les personnes ayant un test de diagnostic positif) qui ont été effectivement contactés. Comme le pourcentage de cas index qui n'ont pas pu être contactés varie dans le temps et dépend du nombre de cas à contacter, les résultats ne sont pas comparables sur toutes les périodes. Le pourcentage de cas index qui

n'ont pas pu être contactés est resté relativement constant (environ 8-9 %) entre septembre 2020 (aucune donnée disponible avant) et mi-octobre 2021. Cependant, ce pourcentage était plus élevé fin 2021 et début 2022 (variants Delta et Omicron) en raison du très grand nombre de cas index. Par exemple, il était de 17,2 % au cours de la semaine du 18 octobre 2021, de 45,8 % au cours de la semaine du 29 novembre 2021 et de 67,0 % au cours de la semaine du 15 novembre 2022<sup>117-119</sup>. Durant cette période, plusieurs stratégies ont été appliquées pour prioriser les cas index à contacter (en fonction, par exemple, de l'âge, de la charge virale, de la date du prélèvement ou de l'incidence du COVID-19 dans la zone) et des méthodes alternatives pour contacter les cas index par SMS et via un outil en ligne ont été déployées. Par conséquent, la mesure de la durée moyenne écoulée entre un test positif et le début du traçage des contacts est moins pertinente pour cette période, et les résultats n'ont pas pu être comparés à ceux obtenus avant octobre 2021. L'indicateur n'est dès lors calculé que pour la période comprise entre la semaine 36 de 2020 (semaine du 31 août 2020) et la semaine 41 de 2021 (semaine du 11 octobre 2021).

Pendant la majeure partie de la période étudiée, la durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts a été inférieure à 1 jour dans les trois régions du pays. Elle était la plus longue (1,23 jour) au début de la période étudiée (septembre-octobre 2020), lorsqu'un grand nombre de personnes devaient être contactées. Il n'est pas possible d'évaluer si elle était plus élevée ou non avant septembre 2020.



Figure 14 – Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (en jours)



Source : Sciensano

Le développement et le déploiement rapides des vaccins ont également été des facteurs importants de gestion de la pandémie.<sup>17</sup> La couverture de vaccination COVID-19 dans la population adulte et dans des groupes spécifiques (plus de 65 ans, plus de 85 ans, etc.) a été largement suivie à l'aide d'indicateurs tels que le pourcentage de la population ayant reçu la primovaccination ou la primovaccination et la dose de rappel.<sup>120</sup> Cependant, au fur et à mesure que le temps passe et qu'une grande partie de la population est vaccinée, la poursuite du suivi de ces indicateurs s'avère moins pertinente. Pour évaluer l'évolution de la performance du système de santé belge en ce qui concerne la vaccination COVID-19, nous utilisons le pourcentage de la population ayant reçu au moins une dose de vaccin au

cours des six derniers mois (population adulte : R-10, voir Figure 15 ; population âgée de 65 ans et plus : R-11, voir Figure 16).

La pertinence de ces indicateurs dépend fortement du stade de la pandémie et du type de variant dominant. En particulier, au début de la campagne de vaccination, il était conseillé de prévoir un court délai entre les doses afin d'assurer une protection rapide de la population. Le premier rappel a été recommandé à toute la population adulte et administré principalement en hiver. Une fois la phase aiguë passée, un rappel annuel, avant chaque hiver, a été conseillé pour les groupes à risque. Par conséquent, l'intervalle de six mois est pertinent pour l'analyse en hiver, mais moins en été. Au contraire, le nombre de personnes recevant une dose de vaccin en été devrait être

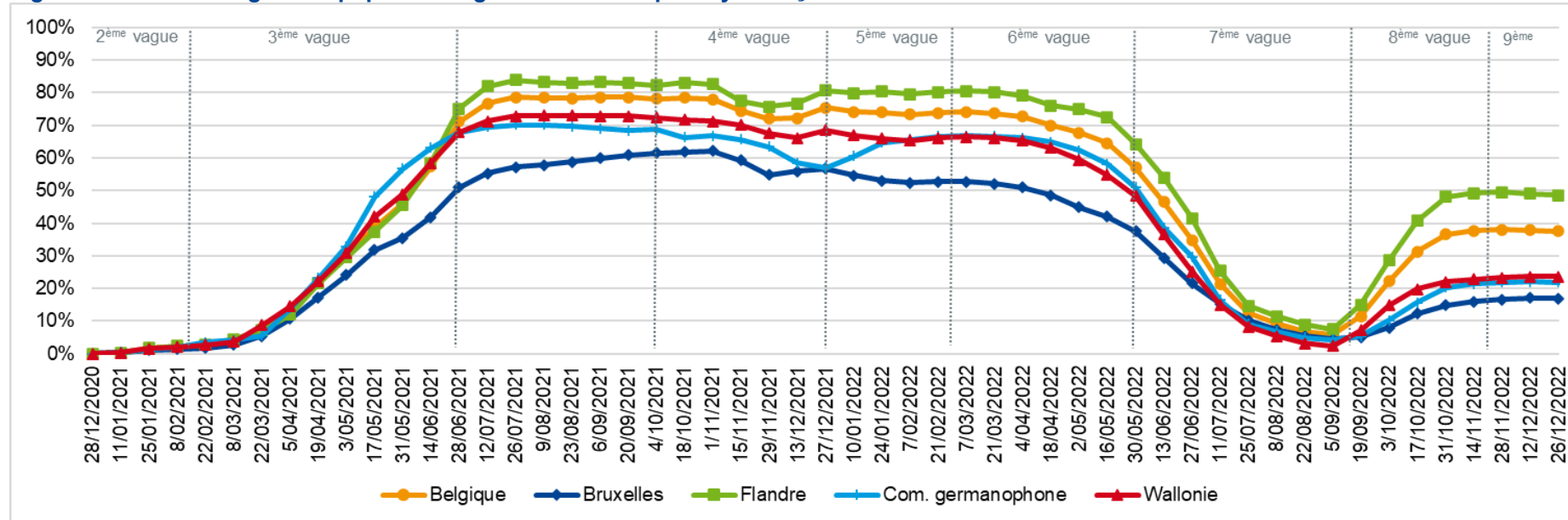


limité, car ces personnes feraient face à une diminution de l'efficacité du vaccin en hiver. En outre, la vaccination est particulièrement recommandée pour garantir la protection contre les variants agressifs, et doit être effectuée au moment opportun pour assurer son adéquation au variant en question. Pour cette raison, l'interprétation de l'indicateur principal doit être nuancée en tenant compte à la fois de la période de l'année et du type de variant dominant.

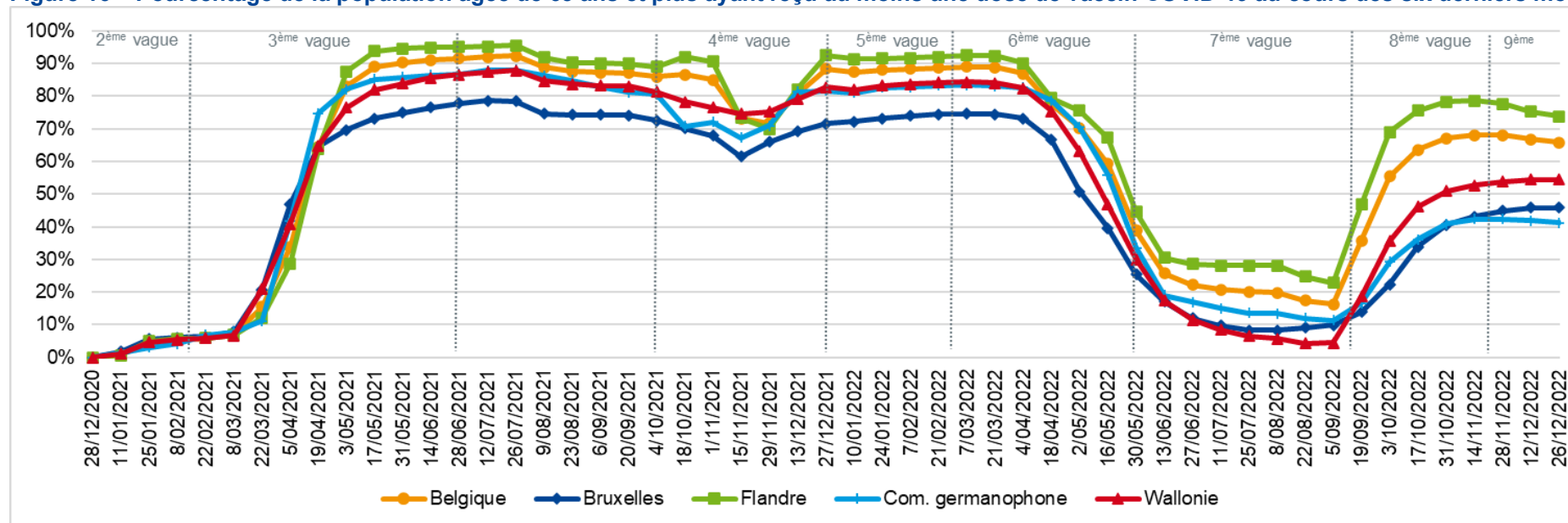
En Belgique, la grande majorité (> 97 %) des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu la primovaccination. Le pourcentage était de 89,3 % pour l'ensemble de la population adulte (âgée de 18 ans et plus), un chiffre supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 (77,0 %). En outre, plus de 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu la primovaccination et un premier rappel. Le pourcentage s'élevait à 76,3 % pour la population

adulte, un chiffre supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 (65,4 %) et de l'UE-14 (73,1 %). Après la première campagne de rappel, une diminution de la proportion de la population ayant reçu au moins une dose au cours des six derniers mois a été observée. Grâce aux deuxième et troisième campagnes de rappel, cette part a ensuite augmenté, mais est restée largement inférieure à son niveau précédent (un maximum de 68,1 % a été atteint pour le groupe d'âge des 65 ans et plus et de 38,0 % pour la population adulte). Fin 2022, 65,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus et 37,6 % des adultes âgés de 18 ans et plus avaient reçu au moins une dose au cours des six derniers mois. Ces proportions étaient de 73,8 % et 48,6 % en Flandre, 54,4 % et 23,6 % en Wallonie (hors Communauté germanophone), 41,3 % et 21,9 % en Communauté germanophone et 45,9 % et 17,0 % à Bruxelles.

Figure 15 – Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois



Source : Sciensano


**Figure 16 – Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 au cours des six derniers mois**


Source : Sciensano

**Tableau 19 – Résilience du système de santé**

(ID) Indicateur	Score	Belgique	Flandre	Wallonie*	Bruxelles	Période	Source
<b>R-1</b> <b>New</b> Professionnels d'aide et de soins qui envisagent (score $\geq 7$ sur une échelle de 0 à 10) d'abandonner la profession (% des répondants)	●	Pré-choc ? Pire 27,6 % Meilleure 15,2 % Récente 27,6 %	Pré-choc ? Pire 28,6 % Meilleure 15,3 % Récente 28,6 %	Pré-choc ? Pire 26,7 % Meilleure 23,1 %** Récente 24,0 %	Pré-choc ? Pire 27,5 % Meilleure 9,3 % Récente 22,8 %	04/20-09/21 (** Wallonie : 12/20- 09/21)	Sciensano (Power to Care)
<b>R-2</b> <b>New</b> Part des lits d'hôpital fermés (en raison de l'absentéisme au sein du personnel ou d'un cas de force majeure)	●	Pré-choc ? Pire 10,1 % Meilleure 5,4 % Récente 7,2 %	Pré-choc ? Pire 10,5 % Meilleure 4,9 % Récente 6,4 %	Pré-choc ? Pire 9,3 % Meilleure 5,5 % Récente 8,7 %	Pré-choc ? Pire 12,2 % Meilleure 7,1 % Récente 7,1 %	22/11/21- 31/12/22	SPF Santé publique (ICMS)



<b>R-3</b>	Nombre de postes infirmiers vacants dans les hôpitaux		Pré-choc 1 636,9 Pire 2 675,7 Meilleure 2 258,3 Récente 2 572,1	Pré-choc 908,3 Pire 1 390,2 Meilleure 1 176,7 Récente 1 293,6	Pré-choc 387,5 Pire 724,9 Meilleure 593,9 Récente 704,6	Pré-choc 341,1 Pire 560,5 Meilleure 487,8 Récente 573,9	31/12/19-31/12/21	SPF Santé publique
<b>R-4</b> <b>New</b>	Nombre d'actes chirurgicaux essentiels à l'hôpital (base 2019 = 100)		Pré-choc 100 Pire 56,9 Meilleure 112,1 Récente 90,4	Pré-choc 100 Pire 60,5 Meilleure 111,6 Récente 93,7	Pré-choc 100 Pire 53,7 Meilleure 115,7 Récente 88,8	Pré-choc 100 Pire 51,1 Meilleure 114,7 Récente 89,4	03/20-01/23	INAMI (Cellule Audit Hôpitaux)
<b>R-5</b> <b>New</b>	Nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs (par mois) (exprimé en pourcentage du nombre de nouveaux diagnostics de cancers invasifs au cours de la période pré-COVID)		Pré-choc 100 % Pire 61,0 % Meilleure 119,9 % Récente 112,2 %	Pré-choc 100 % Pire 63,2 % Meilleure 123,4 % Récente 114,1 %	Pré-choc 100 % Pire 59,4 % Meilleure 114,2 % Récente 109,5 %	Pré-choc 100 % Pire 51,7 % Meilleure 119,8 % Récente 109,4 %	01/20-12/21	Fondation Registre du Cancer
<b>R-6</b> <b>New</b>	Hôpitaux où le taux d'occupation des lits de SI agréés par des patients COVID-19 est supérieur à 60 % (% des hôpitaux généraux avec lits de SI agréés)		Pré-choc ? Pire 80,6 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 76,5 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 100 % Meilleure 0 % Récente 0 %	Pré-choc ? Pire 90,9 % Meilleure 0 % Récente 0 %	20/03/20-31/12/22	SPF Santé publique (ICMS et enquête SC)
<b>R-7</b> <b>New</b>	Nombre de contacts avec un MG (en ce compris les téléconsultations) (exprimé en pourcentage du nombre total de contacts avec un MG au cours de la période pré-COVID)		Pré-choc 100 % Pire 84,5 % Meilleure 133,1 % Récente 120,0 %	Pré-choc 100 % Pire 82,5 % Meilleure 129,7 % Récente 116,0 %	Pré-choc 100 % Pire 87,1 % Meilleure 140,5 % Récente 127,2 %	Pré-choc 100 % Pire 85,2 % Meilleure 141,8 % Récente 127,6 %	01/20-12/21	INAMI
<b>R-8</b> <b>New</b>	Durée moyenne écoulée entre le prélèvement et la communication du résultat du test COVID-19 (en jours)		Pire 1,54 Meilleure 0,36 Récente 0,36	Pire 1,44 Meilleure 0,34 Récente 0,35	Pire 1,71 Meilleure 0,34 Récente 0,34	Pire 1,71 Meilleure 0,45 Récente 0,52	31/08/20-21/02/22	Sciensano
<b>R-9</b> <b>New</b>	Durée moyenne écoulée entre un test COVID-19 positif et le début du traçage des contacts (en jours)		Pire 1,23 Meilleure 0,61 Récente 0,78	Pire 1,01 Meilleure 0,58 Récente 0,70	Pire 1,65 Meilleure 0,56 Récente 0,91	Pire 1,23 Meilleure 0,63 Récente 0,76	31/08/20-11/10/21	Sciensano
<b>R-10</b> <b>New</b>	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % de la population)		Meilleure 78,7 % Récente 37,6 %	Meilleure 83,8 % Récente 48,6 %	Meilleure 73,0 % Récente 23,6 %	Meilleure 62,2 % Récente 17,0 %	28/12/20-19/11/22	Sciensano
<b>R-11</b> <b>New</b>	Vaccination COVID-19 au cours des six derniers mois (au moins une dose, % des personnes âgées (≥ 65 ans))		Meilleure 92,3 % Récente 65,8 %	Meilleure 95,5 % Récente 73,8 %	Meilleure 87,8 % Récente 54,5 %	Meilleure 78,6 % Récente 45,9 %	28/12/20-19/11/22	Sciensano

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

\* Pour R-10 et R-11, hors Communauté germanophone.



## 8.4 Impact de la crise du COVID-19 sur d'autres indicateurs HSPA

Outre les perturbations identifiées ci-dessus, la crise du COVID-19 a eu un impact sur de nombreux indicateurs et dimensions de la performance du système de santé. En raison du manque de données répétées, il n'est cependant pas possible de mesurer l'ampleur de la perturbation, la durée de la perturbation et l'ampleur du rebond pour tous les indicateurs. Néanmoins, le Tableau 20 présente une comparaison entre les résultats avant et après/pendant la pandémie de COVID-19 pour une sélection d'indicateurs pertinents identifiés dans d'autres dimensions du cadre HSPA belge.

### Qualité

Une diminution du recours total aux antibiotiques dans le secteur ambulatoire en Belgique (QA-3) a été observée entre 2016 et 2020, mais l'année 2020 montre une baisse plus marquée (de 19,7 à 15,2 DDD/1 000 habitants/jour). Cette tendance à la baisse peut s'expliquer par plusieurs éléments, dont la réduction des contacts sociaux, donc de la transmission des maladies contagieuses, et la réduction du nombre de contacts avec des MG. Cependant, les chiffres sont repartis à la hausse en 2021 et, au cours des prochaines années, la consommation reviendra probablement à ses niveaux d'avant la crise.

Les techniques d'imagerie de la colonne (QA-6) sont passées de 10 153 examens pour 100 000 habitants en 2019 à 8 004 en 2020, comme observé pour de nombreux autres services hospitaliers pendant la pandémie. En 2021, le nombre d'examens a augmenté pour atteindre un niveau compris entre ceux de 2019 et de 2020 (9 421 examens pour 100 000 habitants).

Le taux d'hospitalisations liées à l'asthme (QE-1) et à la BPCO (QE-10) a fortement diminué en 2020 par rapport à 2019, passant de 23,6 à 13,5 pour 100 000 habitants pour l'asthme et de 277,3 à 180,5 pour 100 000 habitants pour la BPCO. Cette baisse coïncide avec la réduction des soins hospitaliers réguliers observée lors des vagues de la pandémie (voir par exemple R-4 ci-dessus). En 2021, le taux d'hospitalisations liées à l'asthme est resté

proche de sa valeur de 2020 (13,7 pour 100 000 habitants), alors que le taux d'hospitalisations liées à la BPCO a continué à diminuer (169,8 pour 100 000 habitants).

### Efficiences

La durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (E-2) est passée de 2,99 jours en 2019 à 2,71 jours en 2020. Cette baisse peut s'expliquer au moins en partie par les mesures prises pendant la pandémie de COVID-19, comme les sorties précoces ou la restriction des visites. Il est également possible que cela ait entraîné des changements plus durables des attitudes concernant les sorties précoces. En 2021, la durée moyenne du séjour pour un accouchement normal est resté stable (2,69 jours) par rapport à 2020.

### Accessibilité

Les contributions personnelles ont diminué en raison des confinements et du report des soins non urgents en réaction à la crise du COVID-19. En termes relatifs, les contributions personnelles, que ce soit en pourcentage des dépenses de santé courantes (A-2) ou en pourcentage de la consommation finale des ménages (A-3), ont connu une baisse importante en 2020 et un léger rebond en 2021. Il est intéressant de noter que la moyenne des contributions personnelles dans les soins de santé dans l'UE, exprimées en pourcentage de la consommation finale des ménages, n'a pas enregistré de baisse comme en Belgique, mais plutôt une légère augmentation.

Le COVID-19 a également eu un impact profond sur les contributions personnelles dans les soins hospitaliers (A-5), avec des taux de contraction similaires pour les tickets modérateurs et les suppléments et pour les soins hospitaliers classiques et d'hôpital de jour. Le rebond a toutefois varié, avec des taux de croissance plus faibles pour les soins hospitaliers classiques et les tickets modérateurs par rapport aux soins en hôpital de jour et aux suppléments. L'effet combiné a été une baisse de la part des contributions personnelles dans les dépenses en soins hospitaliers de 18,6 % en 2019 à 17,1 % en 2020, suivie d'un rebond (17,6 %) en 2021.



La crise du COVID-19 a eu un impact sur le report des soins en général, mais pas sur la tendance à la baisse des besoins autodéclarés non satisfaits pour des raisons financières (A-6 et A-7). Les mesures liées au COVID-19 telles que les confinements et la réduction des soins non urgents ont eu un impact sur l'accessibilité des soins médicaux et dentaires. Celui-ci est particulièrement prononcé dans la vague EU-SILC 2021, avec une proportion considérablement plus élevée de personnes âgées de 16 ans et plus qui ont eu besoin de soins médicaux (ou de soins dentaires) mais qui n'ont pas pu en recevoir au cours des 12 derniers mois (c'est-à-dire dans le courant de l'année 2020 et début 2021) pour toutes les raisons combinées : 2,2 % en 2020, 3,0 % en 2021 et 1,6 % en 2022 pour les soins médicaux et 4,8 % en 2020, 5,9 % en 2021 et 3,9 % en 2022 pour les soins dentaires. Cependant, à l'examen des raisons des besoins non satisfaits, ce ne sont pas des raisons financières, mais « d'autres raisons » et les « listes d'attente » qui ont été citées comme motif principal de l'inaccessibilité des soins. Le pourcentage de répondants ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (A-13B et A-14B) est passé de 0,0-0,1 % au cours des quatre années précédentes (2017-2020) à 0,5-0,6 % en 2021. En 2022, ces pourcentages sont revenus à leurs niveaux pré-COVID.

### Soutenabilité

Une augmentation du financement public des soins de santé a été observée pendant la pandémie de COVID-19. En pourcentage des dépenses courantes de santé, le financement public des soins de santé (S-3) a augmenté de 2,67 points de pourcentage entre 2019 et 2020. Cela a été principalement financé par une augmentation des transferts des recettes publiques intérieures.

### Prévention

Une diminution substantielle de l'incidence estimée de la rougeole (P-5) a été observée (de 38,1 cas à 4,0 cas par million d'habitants), probablement en raison des restrictions mises en place pour arrêter la transmission du

COVID-19. Cependant, une sous-déclaration ou des retards de notification de la rougeole pendant l'épidémie de COVID-19 ne peuvent être exclus. Cette baisse s'est poursuivie en 2021 (0,4 cas par million d'habitants). D'autre part, une augmentation des taux de mortalité évitable (P-13) est observée en raison de l'ajout du COVID-19 comme cause évitable de décès.

Le dépistage du cancer du sein (P-6 et P-7) a également régressé en raison de la crise du COVID-19 (voir également R-6 ci-dessus). Le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant eu un dépistage du cancer du sein a diminué en 2020 par rapport à 2019. Un effet rebond est observé en 2021, bien que les taux soient encore inférieurs à ceux de 2019. De la même manière, le pourcentage de la population âgée de 3 ans et plus ayant des contacts réguliers avec un dentiste (P-11) a diminué en 2020 par rapport à 2019 (de 55,7 % à 54,4 %). Cependant, aucun effet rebond direct n'est observé, puisque la baisse s'est poursuivie en 2021 (53,8 %).

La vaccination contre la grippe (P-4) a bénéficié d'une sensibilisation accrue pendant la période du COVID-19, de sorte que le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe est passé de 52,9 % en 2019 à 62,1 % en 2020. En 2021, il est redescendu à 57,3 %, ce qui reste plus élevé qu'en 2019.

### Soins aux personnes âgées

La proportion de la population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée à domicile (OLD-2) a légèrement diminué en 2020 par rapport à 2019 (de 7,6 % à 7,3 %), probablement en raison de la pandémie de COVID-19. En 2021, elle est remontée à son niveau de 2019 (7,6 %).

### Soins de fin de vie

Sur la période 2008-2019, le pourcentage de patients atteints de cancer et décédés au lieu de résidence habituel (EOL-4) est resté plus ou moins stable. En 2020 par contre, il a augmenté pour atteindre 28,6 % (contre 22,6 % en 2019), probablement en raison de la pandémie de COVID-19. Aucune autre donnée n'est disponible à ce stade.





Tableau 20 – Impact de la crise du COVID-19 sur d'autres indicateurs HSPA

ID	Indicateur	Valeur pré-COVID	Année	Valeur COVID	Année	Valeur post-COVID	Année
<b>Qualité</b>							
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 habitants/jour)	19,7	2019	15,2	2020	16,0	2021
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	10 153	2019	8 004	2020	9 421	2021
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 habitants)	23,6	2019	13,5	2020	13,7	2021
QE-10	Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)	277,3	2019	180,5	2020	169,8	2021
<b>Efficience</b>							
E-2	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (en jours)	3,0	2019	2,7	2020	2,7	2021
<b>Accessibilité</b>							
A-2	Contributions personnelles dans les soins de santé (% des dépenses de santé courantes)	19,8	2019	17,4	2020	17,9	2021
A-3	Contributions personnelles dans les soins médicaux (% de la consommation finale des ménages)	4,0	2019	3,6	2020	3,7	2021
A-5	Contributions personnelles dans les soins hospitaliers (% des dépenses totales en soins hospitaliers)	18,6	2019	17,1	2020	17,6	2021
A-13B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	0,0	2020	0,5	2021	0,0	2022
A-14B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants)	0,0	2020	0,6	2021	0,1	2022
<b>Soutenabilité</b>							
S-3	Financement public des soins de santé (% des dépenses courantes de santé)	75,3	2019	77,9	2020	77,6	2021
<b>Prévention</b>							
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	52,9	2019	62,1	2020	57,3	2021
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million habitants)	38,1	2019	4,0	2020	0,4	2021
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	61,0	2019	57,7	2020	59,0	2021
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	32,3	2019	30,3	2020	31,5	2021



<b>P-11</b>	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la population ≥ 3 ans)	55,7	2019	54,4	2020	53,8	2021
<b>P-13</b>	Mortalité évitable, hommes	193,4	2019	243,1	2020	-	-
<b>P-13</b>	Mortalité évitable, femmes	91,6	2019	113,8	2020	-	-
<b>Soins aux personnes âgées</b>							
<b>OLD-2</b>	Soins de longue durée à domicile (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	7,6	2019	7,3	2020	7,6	2021
<b>Soins de fin de vie</b>							
<b>EOL-4</b>	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou institution) (% des patients atteints de cancer de mauvais pronostic décédés)	22,6	2019	28,6	2020	-	-

## 8.5 Autres indicateurs de résilience du système de santé

La préparation est un élément de la résilience du système de santé. Le Tableau 21 décrit deux indicateurs de préparation qui ne sont pas spécifiques à la pandémie de COVID-19 : la probabilité perçue que les institutions gouvernementales seraient préparées à faire face à une nouvelle pandémie (R-13) et la préparation du pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves (R-14). En 2021, environ 37 % des répondants belges interrogés dans le cadre de l'enquête de l'OCDE sur les déterminants de la confiance dans les pouvoirs publics (« enquête sur la confiance ») ont exprimé leur confiance dans le fait que les institutions gouvernementales soient prêtes à faire face à une nouvelle pandémie ; c'est moins que les moyennes de l'UE-14 (49 %) et de l'UE-27 (48 %). À l'aide d'un outil d'autoévaluation (SPAR), le score moyen toutes capacités du Règlement sanitaire international (RSI) fournit des informations sur la capacité de préparation d'un pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves. En 2022, le score RSI moyen toutes capacités de la Belgique (63 %) était inférieur aux scores moyens de l'UE-14 (77 %) et de l'UE-27 (76 %). Les scores de capacité RSI les plus faibles de la Belgique concernaient les domaines « Instruments politiques, juridiques et normatifs pour l'application du RSI », « Coordination pour le RSI, fonctions du point focal national et promotion du RSI », « Zoonoses » et « Sécurité sanitaire des aliments ».

Le Tableau 21 contient également un indicateur sur la constitution d'une réserve de main-d'œuvre (R-12). Cet indicateur a été jugé très pertinent pour évaluer la résilience face à la pandémie de COVID-19, mais n'a pas été inclus dans l'analyse ci-dessus en raison de l'absence de données répétées. Pendant la pandémie de COVID-19, la Belgique a établi des listes de réserve pour soutenir le personnel de santé en activité, avec un enregistrement possible via des plateformes dédiées. Sur la base des données des entités fédérées, il apparaît que près de 19 000 professionnels de la santé se sont enregistrés sur ces plateformes : 12 779 professionnels de la santé en Flandre au 28 avril 2021, 5 865 nouveaux enregistrements en Wallonie entre 2020 et 2022, 133 enregistrements à Bruxelles entre août 2020 et décembre 2020, et 37 enregistrements en Communauté germanophone (aucune période de référence fournie).



Tableau 21– Autres indicateurs de résilience du système de santé

(ID) Indicateur	Score	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Communauté germanophone	Source	
<b>R-12</b> <i>New</i>	Réserve de main-d'œuvre	C	2020-2021	~12 779	~5 865	~133	~37	Entités fédérées

(ID) Indicateur	Score	Belgique	Année	Source	UE-14	UE-27	
<b>R-13</b> <i>New</i>	Personnes estimant que les institutions gouvernementales seraient préparées à faire face à une nouvelle pandémie (% des répondants)	●	37	2021	Enquête de l'OCDE sur la confiance	49	48
<b>R-14</b> <i>New</i>	Préparation du pays aux risques pour la santé publique et aux événements graves (score moyen sur une échelle de 1 à 100)	◐	63	2022	SPAR, OMS	77	76

Résultat bon (●), moyen (◐) ou mauvais (◑), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.  
Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

## 8.6 Conclusion

Comme dans beaucoup d'autres pays, la performance du système de santé belge a été affectée par la crise du COVID-19. Au cours des premières vagues de l'épidémie, les indicateurs liés à la main-d'œuvre, aux services de santé essentiels et aux services de santé publique de routine ont montré des perturbations majeures. Cependant, après ce choc, le système a fait preuve d'une certaine résilience et un grand nombre d'indicateurs ont retrouvé plus ou moins rapidement leur niveau d'avant la crise. Bien qu'il soit prématuré d'évaluer l'ampleur de ce rebond post-crise, pour de nombreux indicateurs HSPA, les résultats obtenus en 2021 sont meilleurs que ceux de 2020 et retrouvent même parfois le niveau de 2019. Le système de santé belge a également été capable de s'adapter et se transformer, par exemple en limitant le débordement des soins intensifs par des transferts entre hôpitaux, en instaurant les téléconsultations et en déployant des programmes de vaccination.

Cependant, pour les indicateurs liés à la capacité du système à garantir une main-d'œuvre suffisante, la situation est plus alarmante. Dans ce chapitre, des indicateurs mesurant le bien-être et l'absentéisme des professionnels de la santé sont analysés. Bien qu'ils soient imparfaits et qu'ils ne mesurent que partiellement le bien-être et l'absentéisme, aucun rebond n'est encore observé.

En outre, la confiance dans la préparation des pouvoirs publics aux crises futures est limitée.