

— Octobre 2020

Les institutions de soins face à la COVID-19

RAPPORT

Des dysfonctionnements vécus par le terrain à la nécessaire évolution de l'organisation de notre système de santé

Auteurs :
Nicolas Böttcher
Amélie Goossens
Denis Herbaux
Lauriane Tribel

Table des matières

1.	<i>Introduction</i>	1
	a) <i>Naissance et évolution de l'épidémie/pandémie</i>	1
	b) <i>Méthodologie</i>	5
	c) <i>L'avis de nos membres</i>	5
2.	<i>Gouvernance/Prise de décisions</i>	7
	a) <i>En Belgique</i>	7
	<i>Description de la gouvernance</i>	7
	<i>La gouvernance vécue par le terrain</i>	8
	b) <i>Dans les autres pays européens</i>	11
3.	<i>Gestion des pénuries</i>	13
	a) <i>En Belgique</i>	13
	b) <i>Tour d'horizon des pays européens</i>	14
4.	<i>Financement : le cas de la Belgique au regard des autres pays européens</i>	17
5.	<i>Interactions entre structures et lignes de soins</i>	20
6.	<i>Conclusions</i>	22
	a) <i>Les messages essentiels</i>	22
	b) <i>Dispositif de gestion de crises pandémiques</i>	23
	c) <i>Vers une évolution de notre système de soins</i>	26

1. Introduction

A l'instar de la très grande majorité des pays à travers le monde, la Belgique a été secouée par une crise sanitaire majeure. L'ensemble du système de santé a dû s'adapter très vite pour faire face à un nouvel ennemi inconnu. Il y a lieu de souligner l'engagement sans faille des professionnels de santé et des institutions de soins dans un contexte particulièrement difficile. Entre mars et juin 2020, la priorité a été, pour tous, d'éviter la saturation de notre système et de sauver des vies. A l'approche de l'été, avec la diminution significative des admissions, la nécessité de prendre du recul sur cette période exceptionnelle, à plus d'un égard, s'est fait ressentir. Durant ces quelques mois, le monde de la santé a démontré une grande résilience, et une détermination hors du commun à mener à bien ses missions. Le secteur a innové, dans son organisation et dans son fonctionnement, pour faire face aux nombreuses pénuries et à une prise en charge complexe des patients. L'ensemble de la société a par ailleurs fait preuve d'une solidarité forte envers notre secteur. Mais cette crise a aussi démontré les limites de notre système, et les défaillances de celui-ci sont venues amplifier une situation déjà critique en elle-même. Analyser et évaluer la manière dont cette crise a été gérée est indispensable. De nombreux experts affirment en effet que de telles situations pourraient se reproduire à l'avenir. Il est donc nécessaire de tirer les leçons du passé pour apporter les changements nécessaires et rendre ainsi notre système de santé plus résistant aux « agressions » extérieures.

a) Naissance et évolution de l'épidémie/pandémie

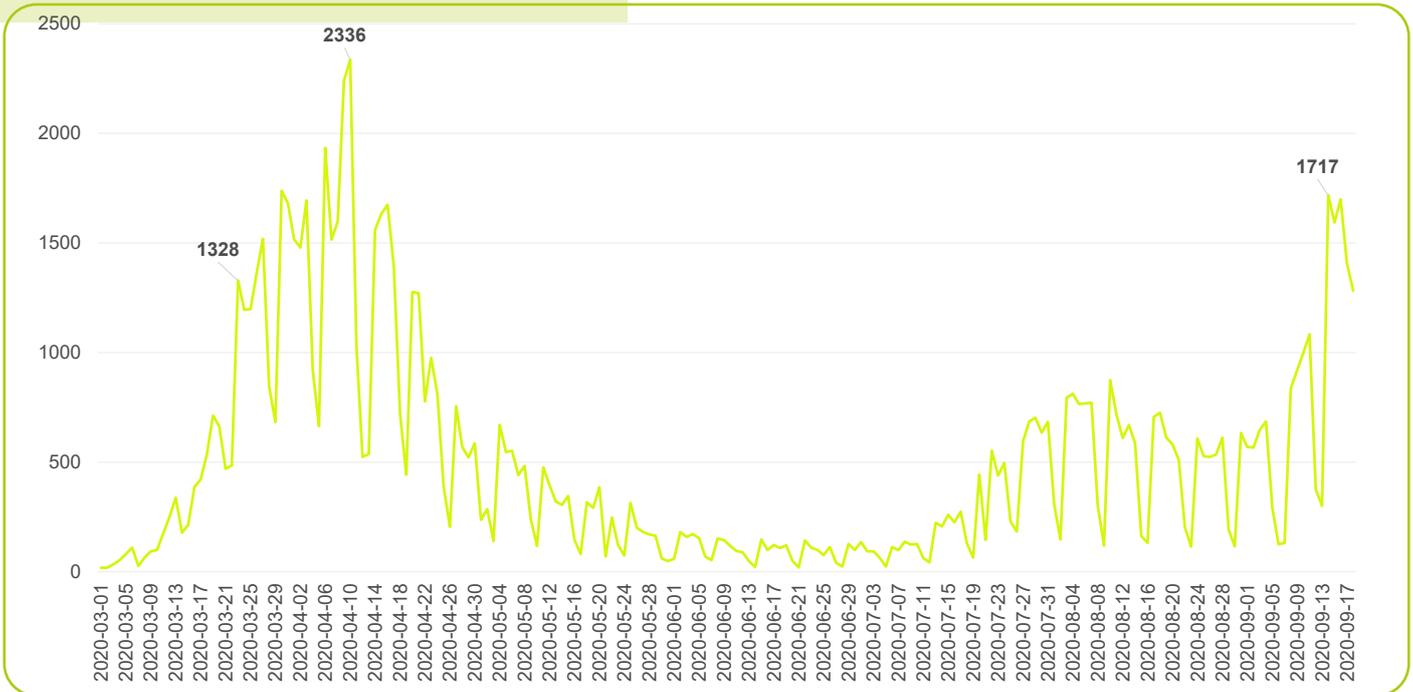
À partir de décembre 2019, des cas de pneumopathies sévères se multiplient dans la ville de Wuhan, en Chine, résultant assez vite en une soixantaine de patients hospitalisés. Après plusieurs tentatives de diagnostics, les médecins arrivent à la conclusion qu'ils ont affaire à un agent pathogène non identifié. En janvier 2020, un nouveau type de coronavirus à l'origine de la maladie est isolé. Par analogie avec le virus dénommé « SARS-CoV », l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) décide en février de nommer le nouveau virus « SARS-CoV-2 » (coronavirus 2 du syndrome aigu respiratoire sévère). Simultanément, la maladie qu'il provoque est appelée « coronavirus disease 2019 ». Depuis février 2020, la maladie s'est répandue comme une traînée de poudre partout sur le globe, atteignant en mars le statut de pandémie. En Europe, une première percée épidémique s'est produite en Italie, rapidement généralisée aux autres pays du continent.

En Belgique, un premier cas positif est détecté parmi les neuf belges rapatriés de Wuhan début février déjà. Mais c'est seulement un mois plus tard, le 1er mars, qu'un deuxième cas est confirmé : un belge revenant de France. Le retour des vacances de Carnaval va alors coïncider avec une montée en puissance du nombre de cas. Le 5 mars, on dénombre déjà 81 nouveaux cas. Une semaine après, ce chiffre avait triplé. Le 14 mars, le plan d'urgence hospitalier est activé dans tous les hôpitaux du pays. Celui-ci implique notamment l'annulation de toutes les consultations, de tous les examens et de toutes les interventions électives non urgentes ou non nécessaires ainsi que l'interdiction des visites.

Devant la progression dramatique du nombre de cas durant les premiers jours de mars, menaçant de saturer les capacités hospitalières, les autorités nationales n'ont eu d'autre choix que de décider d'un confinement de la population, qui a commencé le mercredi 18 mars.

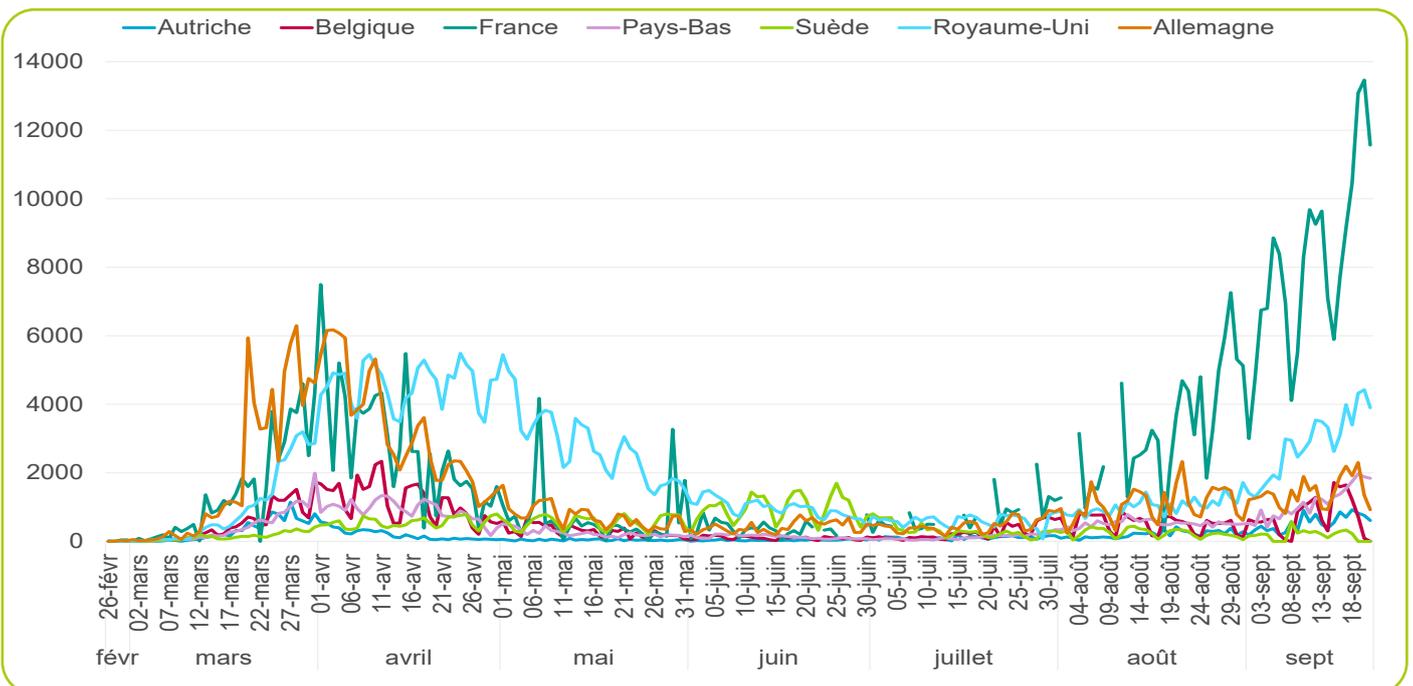
A partir du 23 mars, le nombre de nouveaux cas par jour passe la barre des 1000 personnes. Le pic du nombre de nouveaux cas est atteint le 10 avril 2020. On observe l'évolution détaillée de ce nombre de cas dans le graphique suivant. Les baisses à intervalles réguliers sont dues aux chiffres relatifs aux jours de week-end qui étaient toujours inférieurs à ceux de la semaine, cela étant notamment lié à la spécificité organisationnelle des soins ambulatoires durant le week-end et à une sous-utilisation dominicale du testing. Il y a par ailleurs lieu de préciser que la population testée n'est pas la même en début et en fin de série, l'augmentation des capacités de testing permettant aujourd'hui de tester beaucoup plus de monde. Il n'est donc pas pertinent de « simplement » comparer les chiffres de mars/avril à ceux de septembre.

Graphique : Evolution du nombre de nouveaux cas journaliers en Belgique (Source : Sciensano¹)



Le graphique ci-après illustre la même évolution pour quelques pays européens auxquels nous faisons référence dans la suite du rapport. Cela permet de voir que le (premier) pic de contaminations est atteint plus tôt que chez nous en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche tandis qu'il l'est bien plus tard en Suède (mi-juin). En Angleterre, le nombre de cas très important atteint début avril reste à des niveaux très élevés durant tout le mois d'avril. Le début du mois de juillet semble être la période la plus calme depuis le début de la crise pour l'ensemble des pays étudiés. Depuis la fin juillet, le nombre de cas augmente à nouveau en France, en Belgique, au Royaume-Uni, en Allemagne et aux Pays-Bas. Plus récemment, il augmente également en Autriche. Début septembre, le nombre de cas en France a dépassé son niveau du mois de mars et atteint 13 465 le 20 septembre dernier. La comparaison entre pays doit être, néanmoins, réalisée avec précaution étant donné les différences méthodologiques existantes au niveau de la récolte et du traitement des données.

Graphique : Evolution du nombre de nouveaux cas journaliers dans quelques pays européens (Source : OMS²)

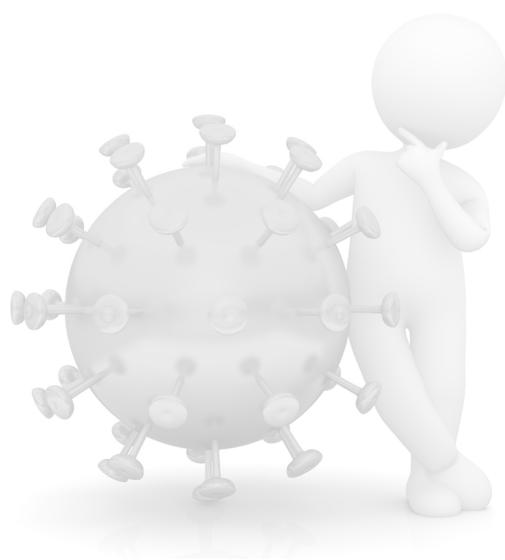


1 <https://epistat.wiv-isp.be/covid/>
 2 <https://covid19.who.int/table>

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu du nombre de décès cumulé comptabilisé à la date du 21 septembre pour les pays présents dans le graphique précédent. Etant donné que la manière de comptabiliser les décès est différente d'un pays à l'autre, nous ne pouvons pas tirer de véritables conclusions de la dernière colonne. La mortalité semble être proportionnellement la plus importante en Belgique mais nous savons que le nombre de décès renseigné pour notre pays englobe des cas non confirmés. Il faut savoir qu'en maisons de repos les décès de cas « possibles » représentent 48% du total des décès (confirmés et possibles). La question est évidemment de savoir si les différences de comptabilité expliquent à elles seules les différences observées, ou si d'autres facteurs évoqués dans ce rapport, tels que la gouvernance de la crise et l'organisation des soins peuvent également, en partie, expliquer les différences.

Tableau : Nombre de décès COVID-19 en valeur absolue et en proportion de la population, en Belgique et dans quelques pays européens (Source : OMS³ et Nations Unies⁴)

	Nbre cumulé de décès à la date du 21 septembre 2020	Population au 1er juillet 2020	Rapport entre le nombre de décès et la population
Autriche	766	9 006 400	0,01%
Belgique	9 948	11 589 616	0,09%
France	31 120	65 273 512	0,05%
Pays-Bas	6 270	17 134 873	0,04%
Suède	5 865	10 099 270	0,06%
Royaume-Uni	41 777	67 886 004	0,06%
Allemagne	9 386	83 783 945	0,01%

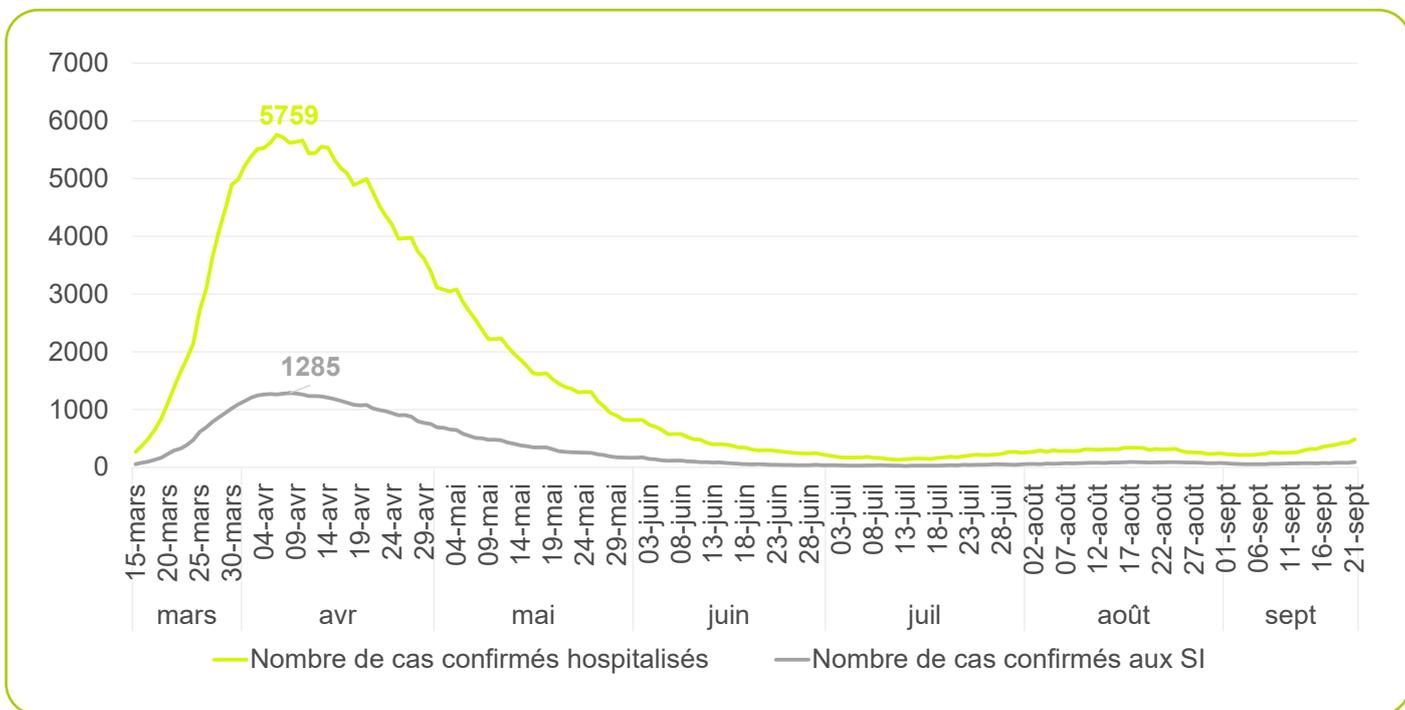


3 Ibid.

4 <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>

Enfin, le graphique suivant illustre l'évolution, dans notre pays, du nombre de patients COVID-19 hospitalisés, avec en particulier le nombre de patients présents aux soins intensifs. Les deux courbes atteignent leur pic, de respectivement 5 759 et 1 285 patients, aux alentours du 7 avril. A la date du 21 septembre, Sciensano recense 486 cas confirmés hospitalisés, dont 87 aux soins intensifs.

Graphique : Evolution du nombre de nouveaux cas confirmés hospitalisés dans leur totalité et en particulier aux soins intensifs, en Belgique (Source : Sciensano⁵)



Les conséquences de la pandémie sur la santé de la population ne se limitent hélas pas à un nombre élevé d'hospitalisations et de décès. La mise en place du plan d'urgence hospitalier (PUH) et le climat anxigène généré par la virulence de la COVID-19 ont en effet mené à une véritable rupture dans la continuité des soins. Selon la première enquête de santé COVID-19 de Sciensano⁶, 65% des personnes interrogées auraient ainsi renoncé à un traitement médico-technique durant le confinement. Le secteur de la santé mentale est, lui aussi, concerné par cet effet insidieux de la crise. Toujours selon Sciensano, seuls 40% des rendez-vous chez les psychologues, psychothérapeutes ou psychiatres auraient été maintenus durant le confinement, alors même que les troubles anxieux et dépressifs, rapportés respectivement par 20% et 16% des répondants, ont fortement augmenté par rapport à 2018 (11% et 10%).

Cette rupture de la chaîne des soins risque fort d'impacter durablement la charge de travail des soignants. Car après la prise en charge immédiate des cas de COVID-19 et, peu de temps après, des pathologies aiguës pour lesquelles les soins adéquats n'ont pu être prodigués en temps de crise, les services de santé seront indubitablement confrontés à la masse de patients chroniques dont il a fallu brusquement stopper l'accompagnement. Suivra enfin, de façon prévisible et avec bien plus de force, la prise en charge des effets majeurs du confinement, de l'isolement, de la crise économique et de la surcharge de travail sur la santé mentale de la population⁷.

5 <https://epistat.wiv-isp.be/covid>

6 <https://www.sciensano.be/en/biblio/premiere-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>

7 <https://www.healthing.ca/diseases-and-conditions/coronavirus/doctors-brace-for-fourth-wave-of-the-pandemic>

b) Méthodologie

Afin de réaliser cette étude, nous nous sommes basés sur trois volets d'informations.

Le premier volet est un questionnaire soumis aux membres pour nous permettre d'établir un relevé le plus objectif possible de la gestion des événements par le terrain. L'enquête a été envoyée aux trois groupes de destinataires COVID-19 utilisés durant la crise (Hôpitaux, MR-MRS, Santé mentale). Elle comportait des questions ouvertes et fermées sur la gestion du matériel, sur les collaborations avec les autres établissements de soins ainsi qu'une évaluation générale de la gestion de la crise dans leurs institutions et par les autorités. Les résultats de l'enquête sont détaillés ci-après.

Le deuxième volet est une réflexion interne à santhea. Cette dernière est le résultat d'une concertation de l'ensemble des conseillers de santhea impliqués dans la gestion de la crise.

La troisième source d'informations qui nous a permis d'alimenter les comparaisons internationales provient du COVID-19 Health Systems Response Monitor (HSRM). Le HSRM collecte et organise des informations sur la manière dont les systèmes de santé des pays (principalement européens) réagissent à la crise de la COVID-19. Il s'agit d'une initiative commune du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, de la Commission européenne et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Parmi l'ensemble des pays dont les données étaient disponibles et utilisables, nous avons fait le choix de sélectionner les pays au sein desquels les décisions prises ont été évaluées comme étant positives au regard de la crise et de sa gestion, ceci dans le but d'en dégager des enseignements. A noter que les informations disponibles sur le HSRM évoluent au fil des jours, les données du présent rapport ont été extraites fin juillet 2020.

c) L'avis de nos membres

À l'issue de la première vague de la COVID-19 et avec l'objectif de mener une réflexion sur la crise que nous venons de vivre, une enquête a été diffusée auprès de nos membres. Les questions posées portaient sur les décisions prises par les différentes autorités et la communication de celles-ci, sur l'impact potentiel des pénuries, ainsi que sur les éléments, positifs et négatifs, qui ont émergé durant la crise⁸.

Nous avons récolté 32 réponses, dont un peu moins de la moitié émanaient du secteur hospitalier. Les autres répondants se partagent en 1/3 venant du secteur de la santé mentale, et 2/3 du secteur des aînés.

Globalement, les décisions et la communication des autorités et des administrations régionales sont jugées plus positivement que celles de leurs homologues du niveau fédéral. En effet, la majorité des répondants évaluent les actions au niveau des régions comme étant bonnes ou très bonnes, alors que pour le niveau fédéral, ce sont les modalités mauvaises ou très mauvaises qui ont été majoritairement choisies.

Au niveau de l'impact des pénuries, ce sont, sans grande surprise, les EPI (équipements de protection individuelle) et les tests qui ont fait le plus défaut. À l'opposé, les médicaments semblent, dans la majorité des cas, ne pas avoir fait l'objet de pénuries graves. Pour ce qui est des dispositifs médicaux et du matériel de désinfection, les résultats sont plus variables entre institutions.

En ce qui concerne les points positifs mis en avant par les répondants au sujet des autorités, on notera les mesures financières adoptées en soutien aux institutions de soins ainsi que la communication des autorités vers les institutions de soins, ces deux éléments étant surtout vrais pour les institutions dépendant des régions. Parmi les points négatifs soulignés vis-à-vis des autorités, on trouve, pour plus de la moitié des répondants, le manque de matériel de protection et des informations incohérentes, vagues et tardives. Le manque de préparation et la complexité institutionnelle de notre pays sont des éléments qui ressortent également plusieurs fois.

8 <https://www.covid19healthsystem.org>

La crise aura été (très) difficile pour l'ensemble du secteur des soins de santé. Néanmoins, certains points positifs en sont ressortis. Les membres de santhea ont notamment souligné le "développement d'une expérience et de procédures dans la gestion d'une crise/pandémie", la "collaboration du personnel, l'esprit d'équipe et la bonne communication intra-institution", ainsi que le "recours aux nouvelles technologies (télétravail, adoption de la visioconférence - réunion de travail et contacts avec les familles, et télémédecine)". Ils ont également indiqué que parmi les difficultés majeures, on retrouve le manque de personnel et le stress de celui-ci face à la crise, un déficit de formations pertinentes, et une application complexe des directives.

L'enquête menée n'avait pas pour ambition de mesurer quantitativement et objectivement le vécu des institutions de soins membres de santhea. Elle se voulait plutôt être un moyen de prendre la température et de capter un ensemble d'éléments susceptibles de nourrir la réflexion au sein de santhea sur les leçons à tirer de la crise, et les éventuelles propositions à formuler pour le futur. C'est donc bien sur ceux-ci que nous nous sommes basés pour vous proposer, dans les chapitres suivants, une analyse des éléments suivants : la gestion de la crise par les autorités, les pénuries de matériels, le financement, et les interactions entre structures et lignes de soins.

Le rapport se termine par des conclusions divisées en trois parties. La première partie reprend les messages essentiels du rapport. Ensuite, étant donné le constat de l'absence d'un plan pandémie opérationnel en Belgique, nous proposons dix pistes susceptibles d'intégrer un tel plan. Enfin, nous terminons par une réflexion sur une évolution potentielle de notre système de soins.



2. Gouvernance/Prise de décisions

a) En Belgique

Description de la Gouvernance

La Belgique dispose depuis 2006 d'un système de monitoring et de gestion des risques fidèle au Règlement sanitaire international de l'OMS et articulé autour d'un Risk Assessment Group (RAG) et d'un Risk Management Group (RMG).

Le RAG évalue le risque encouru par la population sur base de l'analyse de données épidémiologiques et scientifiques. Il se compose de médecins épidémiologistes de Sciensano, de représentants des autorités sanitaires des entités fédérées, ainsi que d'experts en matière de risque sanitaire.

Le RMG s'appuie sur les conseils du RAG pour décider des mesures à prendre en vue de protéger la santé publique. Ce second groupe se compose de représentants des autorités sanitaires et est présidé par le National Focal Point belge, ce dernier faisant office de contact national avec l'OMS. En cas de crise grave, le RMG se réunit régulièrement pour gérer tous les aspects liés à la santé. Si cette crise nécessite une coordination entre les différents secteurs et administrations, une cellule de crise est mise en place au sein du centre de crise du SPF Intérieur.

Ces deux groupes ainsi que la cellule de crise ont été mis à profit dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, parmi une série d'autres intervenants.

En janvier, un comité scientifique centré sur la COVID-19 a été mis en place pour fournir un avis sur l'évolution du virus et pour aider à optimiser la préparation de la Belgique.

Le 12 mars, le Conseil National de Sécurité (CNS) a été élargi pour inclure les Ministres-Présidents des régions et des communautés. Ce Conseil prend toutes les décisions politiques pour gérer la crise. Différentes cellules de crise interministérielles, interdépartementales et interrégionales ont soutenu les décisions du CNS, coordonnées par le Comité fédéral de coordination (COFECO).

En plus du COFECO, deux autres organismes nationaux ont été lancés au niveau du Centre de Crise National (NCCN) : Une cellule d'évaluation (CELEVAL) et une cellule d'information (INFOCEL).

La CELEVAL conseille les autorités dans la prise de décisions en vue de lutter contre la pandémie. Elle se compose de représentants de Sciensano, du Comité scientifique sur la COVID-19, du Haut Conseil de la Santé, des administrations en charge de la santé dans les Régions et les Communautés ainsi que du SPF Intérieur et du SPF Mobilité. La CELEVAL est présidée par le SPF Santé publique.

Le COFECO a pour tâche de préparer et de coordonner la mise en œuvre des décisions politiques du CNS au niveau stratégique. Il est présidé par le NCCN et réunit le président du RMG, les représentants du Premier ministre, les ministres fédéraux de l'Intérieur, de la Justice, des Finances, des Affaires étrangères, de la Santé publique, du Budget, de la Mobilité, de la Défense, de l'Emploi et du Travail, ainsi que les Ministres-Présidents des Régions et des Communautés.

Cinq « Taskforces » fédérales ont également été mises en place durant la crise :

- PPE (« Personal protective equipment ») : veille à l'approvisionnement du matériel de protection individuel ;
- Distribution : veille à une distribution optimale du matériel aux différentes institutions de soins du pays ;
- Testing : développe la stratégie du testing au fur et à mesure de l'évolution de la situation ;
- Médicaments : veille à l'approvisionnement des différents médicaments nécessaires dans le cadre de la crise COVID-19 ;
- Dispositifs médicaux : veille à anticiper l'éventuelle pénurie de certains types de dispositifs médicaux et à proposer des solutions.

Celles-ci étaient réunies très régulièrement, quotidiennement au sommet de la crise. Un représentant de chacune des « Taskforces » se retrouve à la « Taskforce Shortage » qui joue un rôle plus transversal. Celle-ci est présidée par l'AFMPS (Agence Fédérale des Médicaments et des produits de santé).

À cela s'ajoute un groupe de travail au sein du SPF (Comité « Hospital and Transport Surge Capacity ») qui s'est réuni quotidiennement et a discuté de tous les autres aspects liés à la crise (notamment, par exemple, la reprise des activités, la gestion des lits COVID-19, la question de la re-stérilisation, etc.).

De nombreux autres groupes de travail ont vu le jour, chacun ciblant des sujets spécifiques et se réunissant de façon plus aléatoire. Certains étaient organisés par le SPF (Comité « Primary Care and Outpatient Care Surge Capacity », GT « Impacts financiers – COVID 19 » avec deux sous-groupes « Transports » et « Médicaments ») et d'autres par l'INAMI (GT « Testing », GT « financement », etc.).

Le 6 avril, un nouveau groupe d'experts (GEES) a été mis en place pour conseiller le CNS dans la définition de la stratégie de déconfinement, en s'appuyant sur des indicateurs (hospitalisations quotidiennes, décès, etc.). Il est composé de cinq scientifiques (virologues, épidémiologistes, biostatisticiens), trois économistes (dont le gouverneur de la Banque nationale de Belgique), un juriste, et la secrétaire générale de la Fédération des services sociaux. Le 11 mai, un groupe consultatif est créé pour conseiller le GEES sur les mesures nécessaires à prendre en ce qui concerne la santé mentale de la population.

Le 24 avril, un comité interfédéral centré sur le testing et le « contact tracing » était lancé. Il est composé d'un groupe d'experts et de représentants des Ministres de la santé des entités fédérées concernées. Ce groupe est responsable de la dotation en personnel du centre d'appel et de sa formation, en contact étroit avec d'autres experts et groupes de consultation, notamment la Conférence interministérielle sur la santé publique.

La Gouvernance vécue par le terrain

Si la description factuelle de la gouvernance de la crise sanitaire en Belgique fait déjà apparaître un certain niveau de complexité, la réalité vécue par nos membres tout au long de la crise en donne une image bien plus problématique. Nous avons repris ci-dessous les principaux points d'attention qui ont été portés à notre connaissance tout au long de ces derniers mois.

- Complexité institutionnelle : nous observons parfois une méconnaissance des compétences respectives des différents niveaux de pouvoirs (ex : gestion des plans d'urgence entre le fédéral en pouvoirs spéciaux et les gouverneurs de province), couplé à un manque de hiérarchie décisionnelle entre les différents niveaux de pouvoir ainsi qu'un rejet des responsabilités entre les groupes d'experts et le gouvernement fédéral. Le défaut de coordination a été souligné à maintes reprises entre le fédéral et les entités fédérées. Nous avons pu avoir l'impression à certains moments d'une sorte de course à l'échalotte, à qui arriverait le premier, ou encore à celui qui communiquerait au mieux et au plus tôt, ... et malheureusement différemment.
- Manque de préparation et absence complète d'anticipation des autorités : alors qu'un « plan d'urgence pour une pandémie de grippe » avait bien été élaboré pour notre pays en 2006, il semblerait que les autorités n'aient pas suivi les recommandations qui s'y trouvaient, notamment en termes de disponibilité des masques (chirurgicaux pour la population et FFP2 pour les soignants) et des respirateurs. En effet, aucun stock stratégique n'était disponible début 2020. Nous apprendrons par la suite qu'un stock de masques périmés avait été détruit en 2017 et non renouvelé.

Plus particulièrement, il existe, depuis 2009, un document reprenant des recommandations concernant l'« organisation des hôpitaux aigus dans une situation de pandémie grippale », issu d'un projet coordonné par le SPF Santé Publique. Mais celui-ci ne semble pas non plus avoir servi dans la crise actuelle.

Le plan d'urgence hospitalier, enclenché le 14 mars, ne comporte pas de chapitre spécifique à la gestion d'une pandémie ou de risques biologiques. Celui-ci est prévu initialement pour faire face à des accidents majeurs tels que, par exemple, une panne d'électricité (cause interne à l'hôpital) ou un attentat (cause externe). L'ensemble des causes listées ont toujours une durée limitée dans le temps.

Nous avons constaté aussi une minimisation à l'excès de ce qui se profilait (cf. les différentes interventions de Maggie De Block, que ce soit à la radio ("on est prêt" début mars), sur twitter ("nog een dramaqueen" 28.02.2020) malgré les signes alarmants de l'étranger et les indications de l'OMS (23.01.2020 "chaque pays devrait mettre en place des mesures pour détecter le coronavirus, y compris dans les structures sanitaires"). Cette situation trouve peut-être son origine, ou du moins une partie, dans le souvenir de la crise H1N1 qui avait suscité diverses moqueries et autres réactions selon lesquelles le gouvernement paniquait et avait « surréagi » par rapport aux événements.

- Gestion chaotique : Un nombre invraisemblable de structures ont été mises en place sans que les liens et les hiérarchies entre elles soient très claires : Comité de concertation (OCC), Conférence interministérielle santé publique (CIM Santé), Cellule d'évaluation (Celevel), Comité fédéral de coordination (Cofeco), Cellule d'information (Celinfo), Conseil national de sécurité (CNS), Risk Assessment Group (RAG), Risk Management Group (RMG), Groupe d'experts en charge de l'exit strategy (GEES), etc.

Nous notons aussi la mise en place très tardive (aux alentours du 23 mars) des différentes « Taskforces », et le manque criant de coordination entre ces « Taskforces », les administrations fédérales et les autres groupes décisionnels. L'intervention non coordonnée des multiples acteurs aura notamment mené à une fourniture d'informations parfois contradictoires et à une réactivité trop lente face aux besoins du terrain.

- Manque de transparence dans les organes de gestion : Les fédérations n'ont jamais eu accès au RMG. Nous n'avions dès lors aucune vision sur les discussions, ni aucune possibilité d'influer sur des décisions qui ont souvent eu un impact considérable sur les différents secteurs (difficultés supplémentaires pour les hôpitaux, négligence vis-à-vis du secteur des soins psychiatriques, catastrophe dans les maisons de repos). Il a fallu attendre des jours, voire des semaines, pour obtenir une certaine transparence sur la gestion de la crise par les « Taskforces », notamment en termes de clé de distribution des médicaments, de PPE, de testing, etc. Et nous avons fini par être admis à la « Taskforce on shortages » (TF transversale qui faisait le lien entre les cinq TF) et à la « Taskforce « dispositifs médicaux » ». Il en résulte une opacité de base (qui s'est un peu dissipée après avoir été admis à la TF transversale) sur les commandes du fédéral en cours pour les PPE, sur l'avancement des tests auxquels ceux-ci ont été soumis, sur les quantités distribuées à chaque institution (difficulté d'obtenir la clé de distribution et son calcul sans cesse fluctuant).
- Organisation discutable du testing : les capacités de testing PCR (Polymerase Chain Reaction) étaient très limitées en début de crise avec un seul laboratoire de référence. Ensuite, l'organisation pratique du testing a été confiée à un consultant extérieur qui aurait recommandé la mise sur pied de la plate-forme fédérale reposant sur les laboratoires des firmes pharmaceutiques. Sa nécessité a été justifiée par le fait que les labos « classiques » n'auraient pas été capables de supporter le choc, mais les raisons guidant ce choix restent pour l'heure obscures. Cette plate-forme exerçait par ailleurs une espèce de monopole sur les canaux d'approvisionnement, via le fédéral, en matériel nécessaire, résultant en une pénurie dans les autres laboratoires ou les centres de prélèvement travaillant avec eux (écouvillons par exemple). Le dossier des tests sérologiques est un autre exemple d'organisation discutable et d'opacité de la part des autorités. Contrairement aux autres tests, le terrain n'a pas été contacté pour évaluer leur coût, fixé unilatéralement par l'INAMI (Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité). Par ailleurs, alors qu'une nouvelle prestation était déjà prévue dans la circulaire du 3 avril, il a fallu attendre le 3 juin pour que les tests sérologiques soient enfin facturables et remboursables seulement dans des conditions strictes. Par ailleurs, les tests sérologiques rapides se sont retrouvés exclus du remboursement alors que certains d'entre eux étaient renseignés depuis des semaines sur le site de Sciensano comme « marqués CE, évalués et recommandés ». Le peu d'intérêt accordé finalement aux tests sérologiques dans la stratégie de dépistage en a étonné plus d'un. Dans l'ensemble, cette organisation chaotique pendant plusieurs semaines s'est malheureusement trop longtemps traduite en une capacité amoindrie d'effectuer des tests, notamment parce que les critères de remboursement ont mis du temps à être définis et parce que certains hôpitaux ont manqué d'écouvillons et/ou de réactifs. Une des conséquences les plus graves a été que les premiers tests dans les maisons de repos n'ont pu être effectués qu'à partir de la mi-avril avec le résultat que l'on sait.

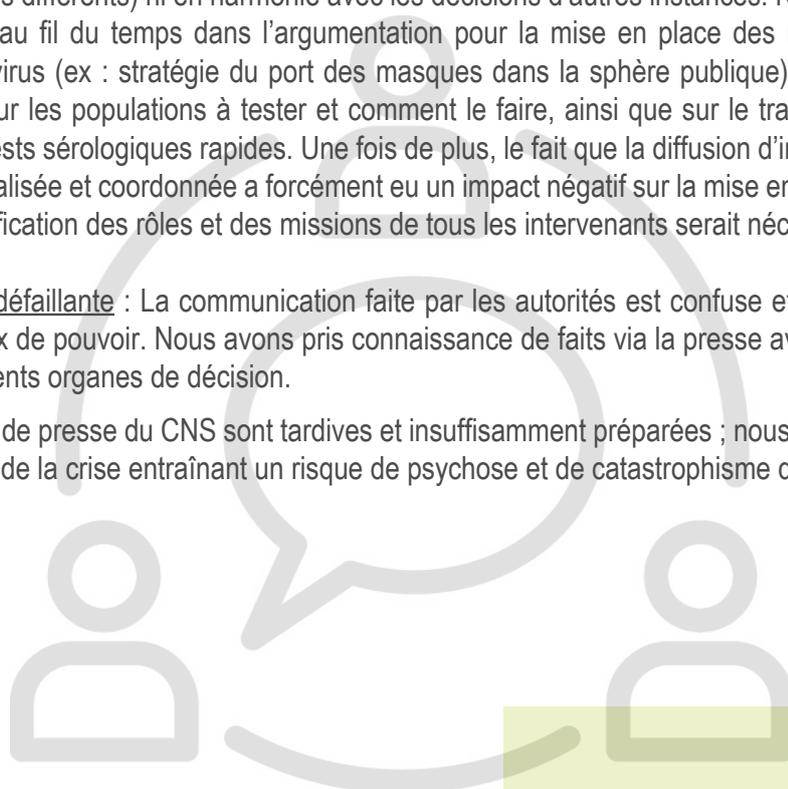
- Pertinence des décisions : Il est malaisé de décider dans un contexte sanitaire complexe, incertain et dangereux mais nous nous serions attendus à une logique décisionnelle plus rigoureuse. Le principe de précaution a été utilisé à la carte, en fonction des volontés politiques, ce qui entretient le doute sur les décisions prises. Des objectifs surprenants ont été mis en avant et nous avons observé une mauvaise gestion de certaines priorités dans la stratégie de crise mise en place (ex : mise sur pied des structures intermédiaires).
- Déconnexion du terrain/Considérations limitées de la part des autorités : Nous pouvons regretter une concertation insuffisante avec les acteurs de terrain, rendant parfois difficile voire conflictuelle l'application des ordonnances gouvernementales. Les experts semblent parfois se complaire dans une vision « stratosphérique » et peu pragmatique. Le lien avec le terrain s'est avéré particulièrement insuffisant dans le secteur des maisons de repos, peut-être aussi en raison d'un manque d'indicateurs pertinents.

Les institutions de soins ont été, par ailleurs, énormément sollicitées pour remplir des fichiers de données et compléter des questionnaires, dans des délais souvent très courts et sans que l'intérêt soit toujours explicite. Dans la même veine, les voies de communication mises en place par le fédéral à l'attention des acteurs de terrain afin qu'ils communiquent leurs besoins et leurs urgences ont été modifiées à répétition, créant une confusion de taille, ce qui est malheureux quand il est question d'urgence.

Les décideurs ne sont pas sur le terrain pour se rendre compte des difficultés vécues et de la charge de travail physique, psychologique et émotionnelle et ils n'ont pas toujours montré beaucoup d'empathie ou de compréhension à l'égard des soignants (cf. la sortie des deux arrêtés royaux concernant la réquisition du personnel soignant et l'extension de la délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de la santé sans concertation préalable avec le secteur). Plusieurs membres ont relevé le manque de soutien psychologique aux équipes soignantes, mais aussi aux résidents des maisons de repos et à leur famille. Il semblerait que les lignes téléphoniques mises en place gratuitement ne soient pas efficaces.

- Nous avons par ailleurs constaté des influences fortes de certains groupes de pression (experts extérieurs, lobbys pharmaceutiques et industriels, syndicats et unions professionnelles, universités, etc.) induisant des réserves quant au bien-fondé de certaines décisions prises (ex : recours aux laboratoires pharmaceutiques pour le testing PCR).
- Flou dans les recommandations et les directives : Les directives émises par Sciensano sous l'autorité du RMG évoluent au cours du temps mais ne sont pas toujours claires, facilement applicables (concernent parfois plusieurs secteurs différents) ni en harmonie avec les décisions d'autres instances. Nous relèverons notamment un changement au fil du temps dans l'argumentation pour la mise en place des mesures de lutte contre la propagation du virus (ex : stratégie du port des masques dans la sphère publique), une adaptation constante des consignes sur les populations à tester et comment le faire, ainsi que sur le tracing et des zones d'ombre concernant les tests sérologiques rapides. Une fois de plus, le fait que la diffusion d'informations et de directives ne soit pas centralisée et coordonnée a forcément eu un impact négatif sur la mise en pratique de celles-ci sur le terrain. Une clarification des rôles et des missions de tous les intervenants serait nécessaire.
- Communication défailante : La communication faite par les autorités est confuse et mal coordonnée entre les différents niveaux de pouvoir. Nous avons pris connaissance de faits via la presse avant d'avoir l'information de la part des différents organes de décision.

Les conférences de presse du CNS sont tardives et insuffisamment préparées ; nous constatons également une surmédiation de la crise entraînant un risque de psychose et de catastrophisme dans la population.



- Le suivi des capacités hospitalières : plusieurs de nos membres ont salué les mesures de confinement prises ainsi que le suivi des statistiques journalières qui ont permis d'éviter la saturation totale de nos hôpitaux. De la même manière, la définition et la gestion des quotas de capacité réservées à la COVID-19 semblent faire partie des aspects globalement bien gérés par les autorités.

L'organisation du transport en ambulance des patients Covid-19 a également été un enjeu important de cette crise. Malgré le bon fonctionnement du service 112 et le rôle important joué par les inspecteurs fédéraux d'hygiène, on peut se poser la question de la pertinence des choix posés en termes de régulation du flux de patients. En effet, certains hôpitaux ont atteint, du moins en USI, leur capacité maximale d'accueil de patients et se sont retrouvés saturés tandis que d'autres n'ont pas connu un taux de remplissage de plus de 50%.

Au vu de la croissance actuelle du nombre d'hospitalisations, le Comité Hospital & Transport Surge Capacity vient d'ailleurs de communiquer de nouvelles instructions allant dans le sens d'une meilleure répartition des patients entre hôpitaux afin de préserver les activités électives et d'essayer de maintenir les hôpitaux en phase 1A (25 % des lits USI réservés au COVID-19). Lors de la phase aiguë de la crise, la directive transmise aux hôpitaux n'allait clairement pas dans ce sens puisqu'elle demandait de monter dans les niveaux de phase avant d'envisager le transfert des patients.

b) Dans les autres pays européens

En Allemagne, les autorités fédérales et régionales sont conseillées durant la crise par l'Institut scientifique fédéral de recherche, de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses (RKI), tel que prescrit par la loi sur la protection contre les infections entrée en vigueur en 2001. En 2005, le RKI a publié un plan de préparation à une pandémie. Régulièrement mis à jour et complété début mars pour faire face à la COVID-19, il a été utilisé pour élaborer les plans d'actions régionaux et communautaires. Un cabinet Corona dirigé par la Chancelière, et composé des ministres de la défense, des finances, de l'intérieur, des affaires étrangères et de la santé fait office d'organe exécutif durant la crise. Les bureaux de santé des Landers sont chargés de mettre en œuvre les mesures de prévention et de contrôle de l'épidémie.

En Autriche, la lutte contre la COVID-19 se base sur un plan conçu en 2006 pour faire face à une pandémie de grippe. Largement adaptable à d'autres maladies, il détaille la collaboration à mettre en place entre tous les organes compétents, les structures à activer au niveau régional et fédéral et les procédures à appliquer. Une Taskforce Corona a été mise en service en vue de gérer la crise et de mettre en correspondance le niveau fédéral et régional. Le ministre de la santé dirige la Taskforce. Il est aidé dans ses fonctions par un membre de la Croix-Rouge, son cabinet et un groupe d'experts sanitaires. La Taskforce pilote la stratégie de réponse à la COVID-19 au niveau national avec le Chancelier fédéral et le ministre des affaires intérieures.

En France, la réponse à la COVID-19 a été organisée par le gouvernement avec l'appui d'un comité scientifique de 12 experts médicaux, sociologues et anthropologues mis en place le 12 mars par une législation d'urgence. Le 24 mars, ce groupe a été complété par un second, composé de 12 médecins et chercheurs, centré sur les options thérapeutiques et le testing. Les autorités ont élaboré un plan d'action mais des différences marquées sont apparues entre les différentes régions, certaines étant à la traîne. À la mi-mai, plus de 100 plaintes avaient été enregistrées par des citoyens contre le gouvernement pour dénoncer sa gestion de la crise. Bien que les premiers cas aient pu être détectés en janvier et les premières recommandations au public formulées dès la mi-février, on lui reproche un manque de transparence, une mauvaise gestion des EPI et un positionnement sur les masques et les tests qui a varié au fil du temps, en fonction de leur disponibilité sur le marché mondial. Face à ce constat négatif, le Ministère de la Santé a lancé le 25 mai une consultation nationale de tous les soignants en vue d'améliorer l'organisation des soins.

En Norvège, le territoire est divisé en quatre régions sanitaires au sein desquelles les différents niveaux de soins de santé sont coordonnés. Chaque région organise des réunions hebdomadaires avec des experts et des responsables de terrain en vue de déterminer la politique régionale sur base des directives nationales émises par la Direction de la Santé et l'Institut de Santé Publique Norvégien, tous deux responsables de la gestion globale de la crise. Le second centralise les publications scientifiques sur la COVID-19 en vue d'en faciliter l'accès et d'identifier les lacunes en matière de recherches. Le pays disposait avant l'émergence de la COVID-19 d'un plan de préparation sanitaire en cas de crise ou de guerre et d'un second plan à appliquer en cas de pandémie. Ce dernier définit clairement les lignes directrices et les responsabilités des différentes entités publiques et privées.

Aux Pays-Bas, les autorités disposaient d'un plan national à appliquer en cas de pandémie avant la COVID-19. Il décrit de façon détaillée les mesures à prendre en trois phases, et comment déterminer la phase en cours. Il détaille également comment l'organisation du système de santé publique devrait être modifiée pour faire face à la crise. L'association nationale des médecins intensivistes possédait de leur côté également un plan d'action spécifique en cas de pandémie. Dans ce contexte, aucune loi d'urgence relative au système de santé n'a dû être publiée. La crise a tout d'abord été gérée au niveau régional par les communautés en suivant le plan national pandémique. Lorsque l'épidémie s'est aggravée, le plan a été étendu au niveau national sous la supervision de l'Institut National pour la Santé Publique et l'Environnement. Celui-ci a mis en place une équipe d'experts composée de médecins, de virologues, de microbiologistes et de représentants des laboratoires de référence. Cette cellule de gestion de crise conseille le Premier ministre et son cabinet sur les mesures à prendre

En Suède, le pays disposait de plans d'urgence au niveau national, régional et local en cas d'épidémie de grippe. Ces outils ont été conçus pour pouvoir être appliqués à d'autres maladies contagieuses. L'Agence de Santé Publique suédoise a également publié trois rapports adaptables dans le but de soutenir la planification des actions en cas de pandémie de grippe (préparation, communication au public, accès et usage des produits pharmaceutiques). Cet organisme coordonne la planification au niveau national et apporte un soutien aux niveaux régionaux et locaux. Chaque région dispose d'un médecin chargé de la protection contre les infections. La fonction comprend le développement d'un plan local personnalisé et la mise en place d'une coordination entre les services d'urgences.

En Suisse, un plan spécial visant à lutter contre une épidémie de grippe existait avant la crise de la COVID-19, ceci à la suite de la publication d'un « Epidemics Act » en janvier 2016. Ce plan décrit la manière dont le niveau fédéral et le niveau cantonal doivent collaborer lors d'un tel événement, ainsi que les responsabilités claires que chacun doit assumer pour agir au niveau cantonal, régional et local. La gestion de la première vague a été prise en charge par le Conseil fédéral, soutenu par une unité de crise Coronavirus et conseillé par une Taskforce scientifique, via un plan en quatre phases laissant une certaine liberté d'action aux cantons. En cas de deuxième vague, la gestion de l'épidémie sera transférée majoritairement au niveau cantonal.

Au Royaume-Uni, la réponse nationale à la COVID-19 a été coordonnée par l'agence « Public Health England », tout en laissant aux quatre nations du pays une très grande marge de manœuvre pour mettre en place leurs actions individuelles. Le Royaume-Uni disposait d'un plan d'intervention en cas de pandémie avant l'apparition de la COVID-19, bien que celui-ci était spécifique à la grippe. Ce plan traite entre autres des mesures de testing à appliquer, de la gestion des stocks d'EPI et du rôle de la santé publique, des services de soins de santé primaires et secondaires ainsi que de celui des services d'ambulance. Il apporte également des conseils aux décideurs locaux et aux entreprises. Des défaillances multiples sont cependant apparues en pratique et la stratégie du gouvernement a été très largement critiquée. Le taux élevé de mortalité constaté a généré de nombreux appels à l'organisation d'une enquête publique urgente sur la capacité de réponse proportionnée et cohérente du Royaume-Uni en cas de deuxième vague hivernale.

3. Gestion des pénuries

a) En Belgique

La Belgique a connu des pénuries de matériel très importantes, en particulier concernant les équipements de protection. Sont en cause la non-disponibilité de stocks stratégiques en début de crise, la non-production de ces équipements à l'intérieur de nos frontières, la longueur du trajet pour les fournitures venant de Chine, la qualité parfois médiocre du matériel fourni par les autorités ou encore la gestion peu professionnelle des marchés publics pour les produits en pénurie.

Nous pouvons également citer la dispersion des responsabilités par le gouvernement fédéral dans la gestion des produits en pénurie (masques, blouses, écouvillons, médicaments, etc.). En effet, en désignant plusieurs ministres et différentes taskforces en charge de celle-ci, cela a nuit gravement à la cohérence et à l'efficacité.

Nous avons constaté par ailleurs des problèmes au niveau de la gestion de la distribution du matériel de protection et des médicaments aux hôpitaux, notamment parce que les clés de distributions étaient inadaptées (exemple : clé basée sur le nombre de lits COVID et pas sur le nombre de patients) mais aussi à cause du cafouillage dans l'organisation des plates-formes destinées à recueillir les besoins des hôpitaux et l'état de leurs stocks (Planio, Appsu, etc.).

Comme évoqué plus haut, il a aussi manqué de tests, notamment parce que les critères de remboursement ont mis du temps à être définis et parce que certains hôpitaux ont manqué d'écouvillons et/ou de réactifs. Nous avons également déjà souligné l'effet néfaste que cela a eu sur les tests à effectuer dans les MR/MRS.

Au niveau des médicaments, les institutions ont aussi connu une période très difficile en termes d'approvisionnement. Face à la pénurie de certains médicaments sur le marché belge, l'AFMPS a eu recours à des solutions exceptionnelles comme l'utilisation de médicaments provenant d'autres pays européens d'ordinaire non agréés par la Belgique ou l'utilisation de médicaments à usage normalement vétérinaire. Des problèmes se sont aussi posés au niveau de la distribution étant donné que celle-ci n'a pas toujours été orientée en fonction des besoins : certains hôpitaux recevaient parfois des médicaments non demandés alors que d'autres en manquaient. Si un hôpital nécessitait en urgence de certains médicaments, il devait prouver auprès de l'AFMPS que son stock était critique (ne permettait que de tenir X jours maximum). Le cas échéant, l'autorité attribuait un stock de seulement 3 jours à l'hôpital pour le médicament en question. Certaines institutions se sont donc retrouvées dans des situations « à flux tendu » pendant plusieurs semaines.

En plus des médicaments, il y a eu des problèmes de fourniture d'oxygène aux résidents de maisons de repos en particulier.

Parmi les points positifs concernant le matériel, nous pouvons citer :

- Les plateformes ou les entreprises bienveillantes qui ont travaillé à la production de produits en pénurie (solutions «outside-the-box»);
- Les recherches concernant les différentes méthodes de retraitement des masques;
- Le bon fonctionnement de la Taskforce qui s'est occupée des dispositifs médicaux et qui a réellement permis d'éviter de devoir faire face à des catastrophes. Il faut également souligner l'écoute réelle et l'implication du personnel de l'AFMPS qui était en charge de cette TF. De plus, la meilleure implication des fédérations hospitalières et des gens de terrain (pharmaciens, achats) dans ce groupe a plus que probablement joué un rôle ;
- La logistique de distribution du matériel, mais avec un bémol concernant la transparence dans les règles et le timing de distribution;
- La création d'ateliers de confection d'EPI propres aux institutions;
- La mise en place de procédures d'homologation accélérées par l'AFMPS : la procédure normale d'évaluation et d'approbation des nouveaux essais cliniques (de 28 jours) a été réduite à 4 jours pour les essais sur la COVID-19 et les frais ont été supprimés ;

- La quantité énorme de dons provenant des particuliers et d'autres acteurs de la société. Certaines entreprises ont même fourni du matériel logistique lourd (camions, tentes, containers, etc.) tandis que certaines provinces ont acheté des respirateurs afin de les mettre à disposition des hôpitaux.

b) Tour d'horizon des pays européens

En Allemagne, les cabinets médicaux et de médecins généralistes ainsi que les maisons de retraite et les hôpitaux ont été particulièrement touchés par le manque d'équipement de protection individuelle et de désinfectant. L'insuffisance d'approvisionnement en EPI a suscité de graves inquiétudes chez les professionnels de santé qui ont adressé plusieurs lettres urgentes aux politiciens. Début mars, le ministère de la santé devient compétent dans l'achat, la répartition et la distribution du matériel médical mais celle-ci reste un défi majeur et un nombre important de masques restent stockés sans être distribués pour cause de problèmes logistiques. De plus, selon le ministère de la santé, 20% des masques ne répondent pas aux exigences de qualité. Entre temps, les établissements de santé ont pu bénéficier de dons d'entreprises.

Début avril, l'Association allemande de l'industrie chimique (VCI) lance une plateforme numérique pour coordonner la demande en désinfectants des établissements de santé et l'offre des entreprises.

À l'avenir, une réserve nationale d'urgence d'EPI sera constituée avec une durée d'approvisionnement de six mois.

L'Allemagne a mis en place un mécanisme visant à sécuriser ses stocks de matériel médical. Il consiste à surveiller l'origine des investisseurs dans les sociétés dont la production est critique pour le système de soins de santé. L'objectif est d'éviter des exportations massives de produits médicaux en dehors de l'Union Européenne en temps de crise.

Selon l'Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux (BfArM), aucune pénurie de produits pharmaceutiques n'a été à déplorer, même dans les régions les plus touchées.

Concernant les tests, plusieurs laboratoires allemands ont fait état de difficultés d'approvisionnement en réactifs, en kits d'extraction et en écouvillons mais la capacité de testing des laboratoires augmente néanmoins au fil des semaines.

Début mai, le ministre fédéral de la santé commande à la société pharmaceutique suisse Roche 3 millions de tests sérologiques qui devraient être fournis aux hôpitaux dans le courant du mois de mai et 5 millions qui devraient arriver dans les mois suivants

En Autriche, le pays dispose d'un plan de crise dans le cadre duquel chaque région informe le fédéral sur leur situation en termes de matériel et de capacités hospitalières. Une enquête régulière sur la disponibilité du matériel médical a été mise en place par le fédéral afin de pouvoir évaluer la demande des établissements de santé au niveau national. Assez rapidement (début mars), le ministère de la santé a commencé à acheter des équipements essentiels sur le marché national et international et les a distribués dans le pays.

Entrée en vigueur le 1er avril, l'Autriche dispose d'une nouvelle législation permettant de lutter de façon générale contre les pénuries de médicaments. Les organismes qui délivrent les médicaments doivent signaler les pénuries de produits délivrés sur ordonnance à l'Agence des médicaments. Celle-ci peut prononcer une interdiction d'exportation des produits concernés.

En France, dès les premiers jours de la crise, les établissements de santé ont subi une forte pénurie de masques, de solutions hydroalcooliques et de tests. Concernant l'achat de réactifs, le pays a développé une dépendance vis-à-vis des fournisseurs internationaux, en particulier la Chine et les Etats-Unis, ce qui a donc limité l'autonomie nationale.

On a pu observer une réaction inverse à celle de la crise H1N1 de 2009 où le gouvernement avait fait un stock incommensurable de masques et de vaccins. Depuis 2011, le gouvernement réduit la réserve nationale de masques et confie la responsabilité aux établissements de santé individuellement. Beaucoup d'annonces ont été faites dans les médias concernant l'approvisionnement en masques des hôpitaux, des services d'urgence et des services d'aides à domicile par le gouvernement mais de nombreux autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, dentistes) n'ont jamais été pris en compte. Début avril, une plateforme nationale dédiée à la gestion des stocks de masques disponi-

bles dans les pharmacies est mise en ligne.

Un nouveau décret a été adopté pour permettre aux pharmacies (hospitalières et de ville) de préparer des solutions hydroalcooliques à usage humain. De plus, la TVA sur les solutions hydroalcooliques et les masques a été réduite de 20% à 5,5% afin d'accroître leur accessibilité financière.

Une pression a persisté sur les médicaments de réanimation avec des risques permanents de pénurie. Des dispositions spécifiques visant à faciliter la livraison en maisons de repos de médicaments utilisés dans le traitement de la douleur et des soins de fin de vie ont été prises pour limiter les pénuries, mais le détail de celles-ci n'a pu être identifié.

Beaucoup de reproches ont été faits au ministre en charge de la santé et des affaires sociales de 2012 à 2017 pour sa responsabilité dans la gestion des stocks d'EPI.

La Norvège a elle aussi subi des pénuries d'équipements de protection individuelle dans de nombreuses municipalités. Dès le début de la crise sanitaire, des appels nationaux ont été adressés aux vétérinaires, aux dentistes et autres industriels afin de récolter des EPI à la suite desquels un système national de « reporting », d'attribution et de distribution a été mis en place. Tous les EPI importés doivent être soumis à des tests de qualité par l'Etablissement de Recherche de Défense Nationale (FFI) avant d'être distribués aux services de santé. Les pays de l'Espace Economique Européen, dont la Norvège, ont adhéré à l'accord volontaire de l'UE sur les marchés publics, qui permet l'achat conjoint d'équipements et de fournitures médicales. Certaines restrictions à l'importation ont été levées pour assurer la continuité de l'approvisionnement en EPI ainsi que pour éviter d'autres pénuries potentielles d'équipements de soins. Fin avril, les EPI continuaient d'être rationnés au niveau national par précaution.

Le défi de stocks d'EPI était déjà à l'agenda du ministère en tant que direction norvégienne de la protection civile (DSB). Dès la mi-février, le ministère de la santé a demandé un aperçu national sur les équipements de protection, mais peu de détails sont disponibles pour le public. A l'avenir, une réserve nationale d'EPI sera constituée.

L'Agence norvégienne des médicaments (NOMA) a reporté des pénuries de produits pharmaceutiques utilisés dans les traitements de patients en soins intensifs. En mars, la NOMA a imposé le rationnement de plusieurs produits pharmaceutiques (oxazépam, azithromycine, prednisolone, hydroxychloroquine ainsi que d'autres médicaments en vente libre). Elle a également signé des accords avec les trois plus grands grossistes pharmaceutiques pour qu'ils augmentent leurs stocks de médicaments essentiels pour les services de santé publique et leur a accordé des dérogations afin de vendre des produits pharmaceutiques non directement destinés au marché norvégien (sans étiquette ou notice en norvégien). Les autorités sanitaires ont également augmenté les prix de tous les médicaments génériques couverts par l'HELFO (Administration norvégienne de l'économie de la santé) de 15% du 15 mai au 15 août afin de garantir l'approvisionnement nécessaire des établissements de santé.

Concernant le testing, la DOH (Association norvégienne des Directions de santé) impose des stratégies pour tester la population par ordre de priorité, ces stratégies ont évolué au fil du temps en prenant en compte la capacité de tests du pays.

Aux Pays-Bas, le pays a été frappé par une pénurie d'EPI. Des directives ont imposé l'usage des masques FFP2 uniquement lors de procédures génératrices d'aérosols. Il est conseillé aux hôpitaux de conserver les masques usagés le temps qu'une méthode de stérilisation soit développée. Le contrôle de la qualité des masques distribués aux hôpitaux est effectué après distribution, ce qui a parfois mené à des rappels des équipements déjà distribués. Le secteur des soins à domicile a été particulièrement touché par les pénuries d'équipements. Selon les directives de l'Institut national de santé publique et de l'Environnement, les vêtements de protection devaient être réservés pour les visites des personnes testées positives. Cette recommandation a engendré de nombreux débats et reproches de la part des aides à domicile pour lesquelles l'absentéisme ne faisait qu'augmenter, ainsi que du grand public car les personnes recevant des soins à domicile font partie des groupes les plus vulnérables.

Un système de gestion centralisé du matériel a été mis en place. Les ressources disponibles sont distribuées en fonction des besoins et des stocks par un consortium national. Ce système a privilégié les hôpitaux dans un premier temps et ce n'est qu'à partir de la mi-avril que les autres professionnels de la santé ont été intégrés à la stratégie de distribution.

Il y a également eu une pénurie de matériel de ventilation, les hôpitaux privés et l'armée en ont fourni aux hôpitaux publics.

Les stocks de matériel de test, que ce soient les écouvillons, les tubes de transports ou les réactifs, sont restés à flux tendu.

En Suède, plusieurs régions ont signalé des pénuries ou des risques de pénuries d'EPI et de matériel de testing. Le Conseil national de la Santé et du Bien-être a été désigné comme responsable de l'acquisition de matériel médical, presque 100 millions d'euros ont été alloués à l'achat de respirateurs, EPI et désinfectants. L'Agence des « imprévus » civils (MSB) a été désignée comme responsable du soutien aux régions pour le transport et la logistique des EPI et autres équipements, la distribution a été effectuée en continu en fonction des besoins et après des contrôles qualité poussés. Certaines entreprises privées ont réorienté leur production pour fabriquer des EPI, sous le contrôle du gouvernement, l'armée a également soutenu les hôpitaux dans la fourniture de matériel médical. Mi-mars, l'Agence suédoise du travail a émis une exception temporaire à la règle selon laquelle les EPI utilisés dans les soins de santé doivent porter un label CE, exception encore valable jusqu'à la fin 2020.

Des rapports ont fait constat d'une diminution des volumes d'anesthésiques. Une limite d'achats a été imposée dans les pharmacies pour éviter toute pénurie. Le conseil de l'agriculture et l'Agence des produits médicaux ont exhorté les vétérinaires à conserver les produits médicaux en vue d'une utilisation humaine.

En Suisse, les cantons sont obligés de faire état de leurs stocks de matériel médical. Un budget d'un peu moins de 350 millions d'euros a été débloqué pour l'achat de matériel médical en urgence (EPI, tests, médicaments, ventilateurs, etc). Tout autre montant nécessaire à l'achat de fournitures médicales est avancé par le fédéral. Des masques ont été fournis massivement aux détaillants en vue de soutenir la demande des soignants, des entreprises ainsi que des ménages. L'armée a également joué un rôle important dans l'acquisition et la distribution de matériel médical. Toutes les aides dans l'acquisition de matériel médical sont réglementées. Les droits de douanes sur le matériel médical ont été suspendus pour faciliter l'approvisionnement.

Le Royaume-Uni, a lui aussi subi tout au long de l'épidémie et subit encore actuellement des pénuries de matériel médical (EPI, respirateurs, médicaments).

Le gouvernement a mobilisé le stock national constitué pour la grippe pandémique et a recruté l'armée pour le distribuer aux prestataires de soins et d'aide sociale. Les réglementations applicables aux entreprises souhaitant produire et distribuer des désinfectants et des EPI ont été assouplies afin de faciliter et d'accélérer l'approvisionnement. Le National Health Service (NHS) a annoncé qu'il allait mettre en place un service automatisé de répartition des EPI basé sur la quantité d'EPI nécessaire dans chaque établissement. Une ligne d'assistance téléphonique et une adresse électronique ont été mises en place pour les approvisionnements d'urgence en EPI. Enfin, des contrôles ont été imposés pour empêcher les exportations hors UE.

Malgré cela, la fourniture en temps utile d'EPI adéquats et suffisants à tous les prestataires de soins s'est heurtée à des difficultés majeures.

Le pays a subi une pénurie d'équipements hospitaliers, notamment de ventilateurs et d'équipements d'oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO). Des appels ont été lancés à l'industrie et les procédures d'approbation des dispositifs médicaux non marqués CE, ont été simplifiées pour la durée de l'épidémie.

De plus, le pays a subi une pénurie de fournitures pharmaceutiques, notamment d'oxygène, d'antiviraux et de médicaments inotropes. Des équipes au sein du NHS England ont été déployées pour assurer la viabilité de la chaîne d'approvisionnement.

Enfin, concernant la stratégie de testing, il y a eu énormément de recommandations contradictoires.

4. Financement : le cas de la Belgique au regard des autres pays européens

La marge financière des hôpitaux en Belgique est initialement très faible, voire inexistante pour certains. La survenance de cette crise aura accentué ce phénomène et pourrait mener plus d'un hôpital à la faillite. En effet, la mise en place du plan d'urgence hospitalier impliquait l'arrêt immédiat de toutes les interventions non essentielles et non urgentes. Les hôpitaux ont, par conséquent, subi une perte de revenus importante, combinée à un accroissement des dépenses en matière d'équipements de protection, de transferts interhospitaliers et de rémunérations pour les heures et le personnel supplémentaires. Les autorités fédérales et régionales ont très vite réagi par rapport à ce point, en proposant un soutien financier aux différentes structures de soins.

Une avance de trésorerie d'un milliard d'euros a été versée aux hôpitaux généraux du pays dès le mois d'avril. Un deuxième milliard d'avance est prévu pour tous les hôpitaux du pays (y compris les psychiatriques et les spécialisés). Les maisons de repos et les organismes qui s'occupent des personnes fragilisées ou en situation de handicap ont, quant à elles, reçu un budget de la part des régions. Celles-ci ont également versé une indemnité aux hôpitaux, puisqu'elles sont compétentes pour le financement de l'infrastructure. Ce financement provenant des autorités régionales ne semble pas devoir faire l'objet d'une justification systématique de la part des institutions de soins, contrairement aux versements fédéraux. Plusieurs hôpitaux sondés reprochent, dès lors, l'incertitude financière dans laquelle ils sont aujourd'hui, sachant qu'ils devront peut-être rembourser une partie de l'avance reçue lorsque tous les principes de régularisation seront établis et que les calculs pourront être faits.

En plus de ces budgets prévus pour les institutions de soins, beaucoup de nouvelles prestations ont été créées temporairement afin de pouvoir rémunérer des actions telles que le triage, le testing, les consultations par téléphone, la surveillance d'un patient COVID, la rééducation post-COVID, etc.

Par ailleurs, le gouvernement a pris la décision de réduire temporairement le taux de TVA de 21 à 6 % sur les masques buccaux et les gels hydroalcooliques, du 4 mai au 31 décembre 2020.

Parallèlement à ce qui a été fait en Belgique, l'objectif de cette section consiste à fournir un aperçu des mesures financières qui ont été prises dans quelques pays européens.

En Allemagne, au niveau hospitalier, il est prévu une compensation financière pour chaque lit non occupé (comparaison du nombre de patients avec l'année précédente), pour les lits de soins intensifs supplémentaires avec ventilation ainsi que pour chaque patient hospitalisé entre le 1er avril et le 30 juin 2020. Celles-ci permettent de couvrir d'une part, la perte due aux interventions et traitements reportés et d'autre part, les frais supplémentaires en termes de matériel (lits ou protection individuelle). Par ailleurs, la rémunération des infirmières en hôpital est augmentée depuis le 1er avril.

Au niveau des soins ambulatoires, les médecins et les psychothérapeutes accrédités SHI (SHI = assurance maladie obligatoire, non privée) travaillant dans des cabinets peuvent s'attendre à recevoir des indemnités compensatoires s'ils subissent un manque à gagner en raison de la pandémie COVID-19. Plus tard, cette mesure sera étendue aux dentistes, aux physiothérapeutes, aux orthophonistes, aux ergothérapeutes, etc.

Les établissements résidentiels de réadaptation et de prévention recevront également une indemnité pour chaque lit de réadaptation médicale non occupé entre mars et septembre.

En Autriche, une loi « COVID-19 » a permis de créer un fond de gestion de crise de 4 milliards d'euros, réévalué à 28 milliards le 3 avril. Ce fond permet d'allouer rapidement des ressources pour combattre la COVID-19, notamment en achetant des dispositifs médicaux et du matériel de protection. Une deuxième loi « COVID-19 » prévoit que les établissements de soins de longue durée puissent demander des fonds de réserve en cas de coûts financiers extraordinaires liés à la COVID-19.

En France, 2 milliards d'euros sont consacrés à la lutte sanitaire contre l'épidémie, en particulier au financement des congés pour maladie (en incluant les congés des parents qui ont dû s'occuper de leurs enfants ou des aidants-proches qui s'occupent de personnes atteintes d'une maladie chronique), la production de masques de protection et les heures de travail supplémentaires des prestataires de la santé.

En Norvège, une aide de 541 millions d'euros a été annoncée pour alléger le fardeau de la pandémie et couvrir certaines dépenses supplémentaires liées à l'épidémie. Une grande partie de cet argent (350 millions) a été versée aux « municipalités » pour compenser la hausse des dépenses de santé en particulier. Une autre somme d'argent conséquente (90 millions d'euros), versée aux « municipalités », est prévue pour la compensation de la perte de revenus des jardins d'enfants et l'organisation d'activités extrascolaires.

Pendant la crise (du 27/03 au 27/05), il était interdit aux citoyens norvégiens de choisir leur hôpital. Apparemment, cette mesure aurait aussi permis de contrôler les finances.

Aux Pays-Bas, certaines mesures ont été décidées mais la manière de les mettre en place n'est pas encore claire. Il a par exemple été convenu qu'aucune institution de soins ne pourrait faire faillite durant la crise. Il a aussi été acté que tout le personnel de la santé recevrait un bonus. Pour couvrir leurs frais fixes, les prestataires de soins, type dentistes et kinés, non impliqués dans les soins liés à la COVID-19 recevront une compensation financière (celle-ci sera revue à la baisse s'ils arrivent à rattraper une partie de l'activité « perdue »). Aussi, il est prévu que les médecins généralistes reçoivent une compensation supplémentaire pour les soins liés à la COVID-19. Ils recevront 10 euros pour chaque patient inscrit dans leur cabinet (patient COVID-19 ou non) et 15 euros/heure pour les services de soins supplémentaires COVID-19 en dehors de leur cabinet.

En Suède, dès le 11 mars, le gouvernement a annoncé que tous les coûts supplémentaires de soins de santé et sociaux associés à la COVID-19 seront couverts par le budget de l'État. Environ 400 millions d'euros sont prévus pour couvrir ces coûts supplémentaires dont 100 millions pour les coûts de testing. L'État a également alloué des fonds supplémentaires (environ 900 millions) pour indemniser les travailleurs malades dès le premier jour de maladie, pour supprimer l'exigence de certificats médicaux, pour compenser les revenus des travailleurs qui doivent rester chez eux car suspectés d'avoir la COVID-19 et pour rembourser temporairement les coûts de maladie supportés par l'employeur/les indépendants. Le gouvernement a aussi investi massivement dans la création de matériel de sensibilisation du public et dans la recherche contre la COVID-19 et d'éventuelles futures pandémies.

Par ailleurs, les dotations de l'Etat aux régions et municipalités sont augmentées de manière permanente pour contribuer à maintenir l'accessibilité à des soins, une éducation et des transports publics de haute qualité.

Enfin, le gouvernement a décidé d'autoriser temporairement les soignants au tarif national à recevoir une compensation pour leurs contacts numériques.

En Suisse, le premier budget approuvé au niveau national était dédié à l'achat en urgence de matériel médical (environ 325 millions d'euros). En avril, un nouveau budget de 2 milliards d'euros a été décidé pour l'achat de matériel de protection, de tests et de médicaments. La recherche vaccinale a fait l'objet d'un troisième budget distinct d'environ 9,3 millions d'euros. En dehors de ces mesures, aucune autre somme d'argent n'a formellement été injectée dans le budget des soins de santé. Le gouvernement fédéral a publié plusieurs règlements et communications pour clarifier les règles applicables durant la pandémie. En particulier, ils ont créé de nouveaux codes ICD10 (et DRG ?) pour permettre le remboursement des soins aux patients COVID-19, adapté les règles en vigueur pour les consultations téléphoniques et les consultations des sages-femmes à domicile durant la crise et prévu que les hôpitaux et les médecins qui subissaient une perte de revenu bénéficient des mêmes avantages que dans les autres secteurs (chômage partiel, crédits-ponts et report du paiement des cotisations de sécurité sociale).

Au Royaume-Uni, un fond d'intervention d'urgence, initialement fixé à 5,5 milliards d'euros environ, a été annoncé pour aider le NHS, les services sociaux et plus largement les services publics dans leur réponse à la pandémie. Peu de détails existent actuellement sur l'utilisation précise de cette somme d'argent, si ce n'est qu'elle servira notamment à rémunérer les heures supplémentaires.

En mars, le gouvernement a dégagé un budget de 3,2 milliards d'euros pour venir en aide aux personnes les plus vulnérables de la société. Une partie de ce budget aura servi à soutenir le programme de sortie rapide de l'hôpital en finançant des « packages de soins temporaires » qui permettent une sortie précoce.

Le gouvernement a également accepté de payer les indemnités légales de maladie dès le premier jour de maladie pour le personnel des maisons de soins qui était isolé.

Le 12 mai, il a été décidé d'injecter plus de 600 millions d'euros dans le secteur des maisons de repos et de soins pour permettre d'endiguer la croissance du nombre de décès dans ce secteur.



5. Interactions entre structures et lignes de soins

La crise sanitaire qui a frappé la Belgique, comme la majorité des autres pays, a mis en lumière les faiblesses de nos systèmes de soins. Parmi celles-ci, le fonctionnement en silo des différentes structures et lignes de soins s'est avéré être, au minimum, un frein à une gestion efficace de cette crise, et ce presque partout. En outre, la question de la territorialité s'est posée à de nombreuses reprises : comment organiser au mieux la prise en charge des patients au sein d'un territoire donné, comment différencier la gestion de la crise en fonction des territoires impactés de manière variable, en intensité et dans le temps, comment intégrer cette vision territoriale avec la répartition actuelle des compétences. Toutes ces questions, et bien d'autres, doivent faire l'objet d'une réflexion afin de permettre à notre système de santé d'évoluer et d'être mieux préparé en cas de nouvelle crise.

En ce qui concerne les interactions entre les hôpitaux, la mise en place des réseaux constituait une opportunité dans le cadre de la crise. Plusieurs retours indiquent, en effet, que les réseaux naissants ont permis de mieux coordonner la réponse à la COVID-19, avec notamment des échanges réguliers sur la gestion de la crise, l'échange de données, le partage de bonnes pratiques, la mise en place de procédures et d'instances communes, l'organisation du transfert de patients (notamment dans le but de créer un site « COVID-free »), la mise à disposition de personnel, ou encore les approvisionnements mutuels et les échanges de matériel/EPI. Si ces différents exemples sont des signaux positifs, cela ne s'est pas forcément passé partout de la même manière, d'autres personnes soulignant une nécessité de plus de collaboration au sein du réseau (hygiène, partage de procédure, de matériel, regroupement d'achats, etc.), ou encore la difficulté de se mettre d'accord au niveau du réseau sur la gestion de la crise.

Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, la situation a été très complexe, en tout cas pour un certain nombre d'entre elles. Outre le manque de matériel (protection et médical) et le flou qui régnait autour de certaines informations et/ou décisions (en grande partie dû à la complexité institutionnelle de notre pays), les MR(S) ont été forcées d'affronter la crise avec un manque cruel de ressources humaines et de compétences, et notamment un déficit de présence médicale dans certaines structures, un personnel d'encadrement insuffisant, et peu (voire pas) de compétences internes pour la prévention et le contrôle des infections. Dans certains cas, une relation existante (renforcée) ou nouvellement créée avec un ou plusieurs hôpitaux a permis de pallier cette situation, grâce à des collaborations en hygiène hospitalière, à un appui médical et/ou infirmier, à un soutien logistique, à un soutien psychologique, à des prêts/dons de matériel, et à un soutien pour le testing. La liaison gériatrique et médicale a parfois été renforcée. Néanmoins, comme pour les hôpitaux entre eux, la situation n'a pas été la même dans tous les cas et s'est avérée parfois très tendue comme certains retours nous l'ont indiqué, notamment en termes de transfert et de la prise en charge de patients, de communication et de soutien. Il y a notamment lieu de préciser que les modalités d'hospitalisation à partir des MR(S) n'ont pas toujours été bien comprises de même que les critères d'admission dans les unités de soins intensifs en particulier des personnes âgées présentant des comorbidités. Des recommandations ont pourtant été éditées par les sociétés savantes ainsi que par l'Ordre des Médecins.

Toujours pour les MR(S), les relations avec la première ligne se sont également révélées être parfois complexes, par exemple pour la continuité de la prise en charge des résidents par leur médecin traitant, et la nécessité dès lors pour le médecin coordinateur et conseiller (MCC) de prendre le relais, avec comme conséquence une surcharge de travail. À contrario, la première ligne a, au moins en certains endroits, joué un rôle clé dans la mise en place des dispositifs de désengorgement des urgences, la mise en place de centres de testing/centres de tri. Dans certains cas, on a même vu apparaître une "Plateforme Première Ligne" regroupant une association locale des généralistes, des pharmaciens, des soins à domicile et des collectivités.

Les provinces ont, dans la mesure du possible, tentés de mettre en place le « liant » manquant dans les relations entre les différentes lignes de soins et les structures de prise en charge. Là aussi, les résultats sont variables d'un endroit à l'autre.

D'autres secteurs se sont sentis complètement abandonnés. C'est le cas, notamment, des structures de santé mentale ambulatoire voire résidentielle dans lesquelles la continuité de la prise en charge n'a pas pu être assurée, ce qui a causé des dégâts qui mettront du temps à être réparés.

Enfin, il y a lieu de souligner que certaines structures se sont fait aider par une organisation tierce, comme par exemple MSF (Médecins sans Frontières), la Croix-Rouge ou encore l'armée pour la mise en place de procédures, la gestion des flux des patients, l'organisation du tri, l'apport d'oxygène ou encore les soins. Des organisations ont également proposé un soutien psychologique pour les équipes.

Il ressort des paragraphes précédents qu'il est erroné de dire qu'aucune interaction entre structures et lignes de soins n'a eu lieu. De nouvelles collaborations se sont développées, et des collaborations existantes ont été renforcées. Ces collaborations ont eu lieu soit entre les différents secteurs/lignes de soins, soit entre les hôpitaux d'un réseau, soit avec des organisations tierces. Cependant, il semble que la concrétisation de telles collaborations soit avant tout « situation et personne dépendantes ». Les retours (très) positifs de collaborations réussies pendant la crise plaident clairement pour une réflexion en profondeur sur l'organisation de notre système de soins et sur son évolution afin de faciliter les collaborations et la transversalité. La vision systémique va devoir se renforcer pour améliorer l'intégration des différents secteurs de la santé et pouvoir ainsi approcher la santé d'un point de vue global et transversal.

6. Conclusions

a) Les messages essentiels

Quatre axes principaux ont été analysés dans ce rapport. Ceux-ci sont issus de l'enquête menée auprès de nos membres à la sortie de la phase aigüe de la crise, ainsi que des réflexions menées en interne et de l'analyse de la situation à l'étranger.

Si des critiques peuvent évidemment être formulées envers nos autorités concernant l'**impact financier** de la COVID-19 sur nos institutions de soins et sur l'incertitude qui existe quant à la couverture de celui-ci, la comparaison internationale indique que la réaction des ministres compétents se place dans la ligne de nombreux autres pays, même si la comparaison n'est pas aisée en la matière, étant donné la diversité des systèmes de santé concernés et des mécanismes de financement de ceux-ci.

Le **manque de matériel de protection** a eu impact important sur les professionnels de santé, sur les institutions de soins, et donc sur la prise en charge des patients. C'est indéniable. Il est clair que nous manquons de préparation par rapport à cette situation et que l'absence d'un stock stratégique fédéral et/ou régional a rendu les choses très compliquées. Il est tout aussi clair que la gestion des pénuries, essentiellement au niveau fédéral, a été complètement chaotique et non-transparente. Les « inputs » du terrain ont été presque systématiquement niés (ou minimisés) et les choix opérés étaient, la plupart du temps, difficilement compréhensibles. Il y a, c'est évident, un gros travail à faire sur ce point, surtout au niveau de la gouvernance. Il faut cependant reconnaître que ces pénuries sont apparues dans tous les pays, à des degrés certes divers mais toujours significatifs et indépendamment du niveau de préparation du pays concerné.

La **gouvernance de la crise est**, certainement, **l'aspect le plus problématique**, et ce en ligne avec certains éléments pointés au paragraphe précédent. La Belgique n'a pas mis en œuvre un plan « pandémie » existant, alors que de nombreux autres pays ont déclenché un tel plan très rapidement en début de crise. Cela ne signifie pas que ces pays ont beaucoup mieux résisté que nous, la comparaison internationale des chiffres étant toujours soumise à précaution. Mais cela leur a certainement fait gagner du temps et éviter la cacophonie à laquelle nous avons assisté. Parmi les points mis en évidence dans le rapport, rappelons la complexité institutionnelle, un manque de préparation et une absence complète d'anticipation des autorités, une gestion chaotique, un manque de transparence dans les organes de gestion, une pertinence interrogeable des décisions, une déconnexion du terrain dans le chef de l'autorité, des influences fortes de certains groupes de pression, un flou dans les recommandations et les directives, une communication défailante.

Un dernier point traité dans le rapport concerne **l'interaction entre les structures et les lignes de soins**. La crise sanitaire a mis en lumière les faiblesses de nos systèmes de soins. Parmi celles-ci, le fonctionnement en silo des différentes structures et lignes de soins s'est avéré être, au minimum, un frein à une gestion efficace de cette crise, et ce presque partout. Les interactions entre les hôpitaux semblent s'être relativement bien passées, notamment dans le cadre des réseaux. Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, la situation a été très complexe, en tout cas pour un certain nombre d'entre elles. Outre le manque de matériel (protection et médical) et le flou qui régnait autour de certaines informations et/ou décisions (en grande partie dû à la complexité institutionnelle de notre pays), les MR(S) ont été forcées d'affronter la crise avec un manque cruel de ressources humaines et de compétences. On peut relever notamment un déficit de présence médicale dans certaines structures, un personnel d'encadrement insuffisant, et peu (voire pas) de compétences internes pour la prévention et le contrôle des infections. Dans certains cas, une relation avec les hôpitaux a permis de soulager les structures concernées mais cela n'a manifestement pas été possible partout. Par ailleurs, les relations entre les MR(S) et la première ligne se sont parfois également révélées complexes. À contrario, la première ligne a, au moins en certains endroits, joué un rôle clé dans la mise en place de dispositifs de désengorgement des urgences et de centres de testing/centres de tri. Les provinces ont, dans la mesure du possible, tentés de mettre en place le "liant" manquant dans les relations entre les différentes lignes de soins et les structures de prise en charge. Là aussi, les résultats sont variables d'un endroit à l'autre.

b) Dispositif de gestion de crises pandémiques

La crise COVID-19 que nous venons de vivre a démontré la nécessité de repenser notre façon de se préparer à des crises sanitaires. Ainsi, à la lumière de ce rapport et en particulier du constat que de nombreux pays proches de nous disposaient d'un plan pandémie opérationnelle et dont la mise en œuvre a permis, au minimum, de gagner un temps précieux dans la lutte contre la COVID-19, il nous semble opportun d'avancer sur ce point. Pour ce faire, nous proposons ci-dessous quelques pistes susceptibles de nourrir la réflexion.

1) Création de Plans Hospitaliers de Gestion de Pandémie

Depuis de nombreuses années, les hôpitaux disposent de Plans d'Urgence hospitaliers. Ce sont d'ailleurs ceux-ci qui ont été activés dans le cadre de la crise Covid-19. Toutefois ces PUH ont, par nature, été conçus pour répondre à une catastrophe ponctuelle (explosions, attentats, ...) d'une durée limitée. Ils gardent toute leur pertinence dans ces situations. La crise que nous venons de vivre a mis en évidence qu'à côté de ces PUH, il convient de mettre en place des Plans Hospitaliers de Gestion de Pandémie. Ces PHGP sont eux destinés à gérer des situations de crises amenées à durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Ils doivent en tous les cas prévoir :

- la montée en puissance instantanée des unités spécifiques ;
- la coordination au niveau de chaque hôpital et au niveau de chaque réseau locorégional des opérations de crise ;
- la capacité de procéder aux travaux nécessaires à la gestion de la crise en matière de flux, d'accueil, de tri et d'isolement de patients ;
- la réquisition du personnel médical et soignant nécessaire pour faire face à la crise ;
- la création au niveau de chaque réseau d'une cellule de veille des alertes sanitaires en vue de préparer les institutions à préparer d'éventuelles crises, notamment en prévision de pénuries d'approvisionnement ;
- la constitution de stocks stratégiques au niveau de chaque réseau ;
- ...

2) Modification des règles d'adressage des patients et de régulation des hospitalisations

En cas de pandémie grave comme nous venons de connaître, les règles usuelles 112 ne sont pas appropriées pour réguler efficacement les flux d'hospitalisation. Il ne sert à rien d'amener, selon les règles normales d'adressage, des patients dans un hôpital jusqu'à le saturer alors que d'autres hôpitaux n'ont que peu de patients qui leur sont envoyés. La régulation doit envisager un workload raisonnablement réparti entre hôpitaux afin d'éviter que l'un soit plein à 95 % et l'autre à 20%, et ce en dépit des disparités sous-régionales de l'épidémie.

3) Création d'unités d'hospitalisation spécifiques

Il faut créer un programme de soins « maladie infectieuse émergentes » au sein des hôpitaux (par exemple en confiant un tel programme par réseau locorégional) qui permettrait de prévoir des secteurs totalement séparés des autres services hospitaliers (et donc permettant un meilleur confinement des malades contaminés).

Ces secteurs isolés devraient comprendre, une unité standard de médecine (par exemple 20 lits), une unité de réadaptation (par exemple 10 lits) dont on perçoit bien l'utilité dans la crise présente ainsi qu'une unité (par exemple 6 lits) convertible en unité soins intensifs permettant la prise en charge de malades ventilés.

Ce type de structure serait directement opérationnelle et pourrait répondre à une crise sanitaire débutante. Cette même structure pourrait également être parfaitement adaptée au scénario de sortie d'une crise de plus grande ampleur comme celle que l'on connaît actuellement.

Ce programme de soins pourrait être basé sur un indice spécifique (L ?) et bénéficier d'un financement particulier (cf. grands brûlés, soins palliatifs...) qui pourrait n'être activé qu'en fonction de critères définis (en dehors bien sûr du financement de l'infrastructure).

Ce secteur pourrait être utilisé, en période non épidémique, comme unité de réadaptation cardio-respiratoire par exemple.

Ce type de structure isolée évoque l'ancienne structure pavillonnaire de nos hôpitaux quand ils étaient confrontés aux grandes épidémies, ou encore la création des sanatoriums.

Cela permettrait aux hôpitaux gérant ces structures de prévoir des stocks adéquats d'EPI, à côté de stocks stratégiques fédéraux substantiels.

4) *Création de structures hospitalières de réserve*

A l'image de ce que l'on a vu en France ou aux USA, la Belgique devrait se constituer une capacité d'hôpitaux de campagne à pouvoir déployer sur le territoire national en appui des structures hospitalières classiques en cas de débordement de celles-ci.

La Défense devrait jouer un rôle majeur dans ce type de réflexion pour l'organisation et le déploiement de ce type de structures et en prévoyant aussi de pouvoir mettre à disposition une partie de l'hôpital militaire qui devrait être reconditionné en conséquence afin d'isoler des secteurs qui pourraient ainsi accueillir des malades particulièrement contagieux. Cela impliquerait aussi de pouvoir disposer d'équipes soignantes spécialisées en cas de déclenchement d'un « plan d'urgence pandémie » fédéral. La mise en œuvre de tels moyens apparaît tout à fait compatible avec les objectifs d'une Armée sur pied de paix.

Dans cette hypothèse, il faut bien sûr accepter le concept d'une centralisation des malades mais comme les visites de leurs proches sont quand même interdites, une telle centralisation paraît tout à fait acceptable. Par contre cela poserait, de façon plus aiguë, la problématique des transports en ambulance.

5) *Création et gestion de stocks stratégiques*

La crise l'a démontré, l'absence de stocks et de réserves stratégiques d'EPI et de médicaments a joué un rôle dramatique dans la gestion de celle-ci, menant sans doute à une perte de chance pour certains patients.

L'État fédéral doit mettre en place une stratégie de constitution de stock et de gestion de ceux-ci, en collaboration avec les acteurs, pour éviter de répéter les erreurs du passé. Ces stocks doivent permettre la protection de la population et des acteurs de santé.

En outre, chaque hôpital devrait disposer de son propre stock stratégique d'EPI, sous contrôle de l'inspecteur d'hygiène.

6) *Préparation des systèmes informatiques à la gestion de crise et à la communication entre les acteurs*

Les systèmes informatiques hospitaliers doivent prévoir le recueil et la gestion des données spécifiques à la crise et doivent être interopérés avec les systèmes informatiques des autorités afin de fournir à celles-ci, en temps réel, les informations nécessaires au pilotage au niveau macro de la crise.

De même, les SIH de chaque réseau doivent être interopérés avec les SI des autres acteurs locaux (première ligne, MR/MRS, soins à domicile, ...). En particulier, les demandes et transmissions de résultats de biologie clinique doivent être automatiques et rapides.

7) *Création d'une structure de commandement adaptée*

Au niveau hôpital

Chaque hôpital doit disposer d'une cellule de crise PUP. Cette cellule doit être inspirée de celle du PUH, en considérant qu'elle est amenée à fonctionner dans la durée.

Au niveau locorégional + première ligne

Au niveau de chaque réseau, une coordination de crise PUP doit être établie. En outre, au sein de chaque réseau, une cellule de veille doit être opérationnelle en tout temps.

Une coordination doit aussi être instituée avec la première ligne afin d'organiser une bonne articulation, dans le respect du rôle de chacun, et afin d'assurer à celle-ci un soutien dans l'approvisionnement en besoins matériels (EPI, ...) et dans la capacité de testing, en lien avec les laboratoires de biologie clinique des hôpitaux du réseau.

Enfin, les réseaux hospitaliers doivent pouvoir servir d'appui aux autres structures résidentielles si nécessaire.

Au niveau provincial

Au niveau de chaque Province, le Gouverneur doit avoir à ses côtés un responsable de la coordination de la crise, en relation, d'une part, avec les réseaux hospitaliers situés sur son territoire et, d'autre part, avec les autorités régionales et fédérales. A ce niveau, le rôle des inspecteurs d'hygiène fédéraux affectés aux provinces est également essentiel.

Au niveau fédéral

La crise a démontré que l'on avait besoin, au niveau des autorités fédérales, d'un gestionnaire de crise, ayant toute latitude pour implémenter les mesures nécessaires prises sous l'autorité du Premier Ministre, entouré des ministres impliqués et après avis d'un collège d'experts (RAG,) pour gérer cette crise au niveau sanitaire. Dès le démarrage des plans de crises, un Commissaire Royal devrait être nommé ayant toute autorité sur les administrations et organes concernés par la crise : SPF Santé Publique, INAMI, AFMPS, Sciensano, RMG, RAG, Service de santé de la Défense, ..., se substituant au(x) Ministre(s) normalement en charge de ces départements, tout en s'appuyant sur une cellule propre de gestion de crise, sur le RMG et sur la Chancellerie du Premier Ministre.

Au niveau des entités fédérées

Une coordination entre celles-ci et avec le Fédéral doit être prévue avec une hiérarchisation décisionnelle, malgré la fédéralisation du pays, dans le cas particulier d'une crise sanitaire pandémique.

8) *Création d'un fonds spécial «Pandémie»*

Compte tenu de la désorganisation économique du pays et des dépenses considérables induites par une crise sanitaire pandémique, il s'avère intéressant de créer un fonds spécial pandémie au niveau fédéral, qui serait alimenté annuellement dans le cadre du budget fédéral et qui pourrait être utilisé selon des modalités bien définies afin soulager quelque peu les dépenses à engager dans l'exercice propre. Ce fonds pourrait aussi intervenir par exemple dans la constitution de stocks stratégiques.

9) *Création d'un plan d'urgence pandémie fédéral*

Les bouleversements induits par une crise sanitaire pandémique sont tels qu'un plan d'action spécifique doit être élaboré au niveau fédéral et ce en collaboration avec les autres niveaux de pouvoirs et les structures sanitaires impliquées (hôpitaux, première ligne, collectivités) afin de coordonner la réponse la plus adéquate tant sur le plan sanitaire que sur le plan sociétal. Un tel plan doit profiter des expériences rencontrées tant dans notre pays qu'à l'étranger, être régulièrement actualisé pour tenir compte des avancées scientifiques et contenir un volet d'information voire de formation de la population (à l'image du plan d'urgence nucléaire) pour que cette dernière puisse s'approprier les recommandations les plus importantes et les mettre en application dès que l'activation du plan est décidée par le Gouvernement fédéral.

10) *Respects de principes généraux*

Durant les périodes de crise, un certain nombre de principes généraux doivent servir de fil conducteur :

- confiance : tout le monde essaye de faire du mieux qu'il peut. Personne sur le terrain n'est à blâmer pour des manquements ponctuels ;
- équité : on tient compte de la disponibilité et des activités réalisées par les dispensateurs de soins ;
- solidarité : on tient compte des situations de chacun et l'entraide entre acteurs et avec les autorités doit être la règle ;
- transparence : tous les aspects de la crise doivent pouvoir être communiqués avec transparence : détail des hospitalisations par hôpital, clés de répartitions de matériel et de médicaments utilisées, états des stocks, ...

c) Vers une évolution de notre système de soins

De nombreux travaux sont actuellement en cours pour étudier comment la crise s'est déroulée et se déroule encore à travers le monde, et quels sont les points d'attention pour le futur. À côté des traditionnels points relatifs aux infections, à la gestion du personnel (notamment dans ses aspects psychosociaux) et aux soins centrés sur les personnes, la littérature internationale met l'accent sur la gouvernance des systèmes de santé et l'intégration de ses composantes.

Dans un rapport⁹ de mai 2020, la Fondation Internationale pour les Soins Intégrés (IFIC) indiquait qu'une plus grande intégration du système de santé doit permettre une meilleure résistance aux crises telles que celle de la COVID-19, mais aussi fournir un meilleur accès à des soins plus équitables, grâce notamment à un système partageant une vision et des valeurs communes, une adéquation entre l'offre de soins et le contexte local de la population, une plus grande implication des patients et des familles comme partenaires des soins, une gouvernance et un « leadership » à l'échelle du système ou encore une gestion des ressources pour l'ensemble de celui-ci. L'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) relevait les mêmes éléments dans un rapport¹⁰ de juin 2020, qui pointe, notamment dans le secteur des maisons de repos, la nécessité de réinvestir dans ce secteur, d'assurer un encadrement suffisant et d'améliorer significativement la sécurité des bénéficiaires. L'organisation regrette que seulement un tiers des pays membres dispose de politiques visant à promouvoir l'intégration des soins au niveau des différents secteurs de la santé et des services sociaux. Elle souligne aussi une mauvaise coordination et une absence de communication structurée entre les différents secteurs pouvant être particulièrement nocives en termes de résultats de santé. La crise a par ailleurs démontré la nécessité de pouvoir se reposer sur une intégration de l'offre de soins sur un territoire donné pour disposer des ressources et des compétences nécessaires en temps opportun. C'est, notamment, ce que mettent en avant des rapports publiés au Canada¹¹ ou en Irlande du Nord¹².

De nombreuses études et analyses produites en Belgique à la sortie de la crise dressent des constats et des recommandations similaires. Bien entendu, chez nous, une réflexion sur ce sujet se confrontera à la complexité institutionnelle de notre pays. Néanmoins, différents projets-pilotes et dispositifs innovants adoptant une dynamique telle que promue dans les différents rapports cités ont vu le jour ces dernières années. Citons notamment les projets 107, les projets-pilotes soins intégrés (INTREGEO) et leur évaluation (FAITH), la mise en place des réseaux hospitaliers ou encore les réflexions relatives au renforcement de la première ligne (be.Hive). Il est possible, voire probable, que des initiatives en la matière se multiplient dans les semaines et les mois à venir.

Au niveau de santhea, il est certainement utile de lancer une réflexion sur le sujet afin de pouvoir, en tant que fédération d'institutions de soins, développer une vision argumentée sur le futur de nos soins de santé et participer ainsi à l'évolution de l'organisation des soins en Belgique.

9 IFIC, *Realizing the true value of integrated care : Beyond COVID-19*. Canada ; 2020

10 OCDE. *Workforce and Safety in Long-Term Care during the COVID-19 pandemic*. OECD Publishing Paris ; 2020

11 FCASS. *Repenser les soins aux personnes âgées: prochaines étapes de la lutte contre la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite*. Ottawa ; 2020

12 *The rapid learning initiative into the transmission of covid-19 into and within care homes in northern Ireland*. Accessible sur : <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/doh-rli-task-finish-group.pdf>

