

Merci à tous les professionnels de la santé !

1000 mercis aux professionnels de la santé pour tous leurs efforts, surtout durant cette période compliquée !

Depuis plus d'un an, nous vivons une situation qui a radicalement changé notre mode de vie. La crise COVID-19 est une crise sanitaire inédite, exceptionnelle de par sa durée et son ampleur. Elle influence de manière radicale l'activité des infirmier(e)s et des soignant(e)s.

Depuis le début de la pandémie, les infirmier(e)s et les soignant(e)s sont sur le pont et se donnent sans relâche. Ils répondent «présents» pour prendre en charge les patients. Au quotidien, les infirmier(e)s essaient également malgré la lourde charge de travail qui est la leur, d'apporter de la chaleur humaine aux patients. Que ce soit au domicile, dans les hôpitaux, les maisons de repos, ils apportent à nos parents, amis, proches, aux patients malades ou en perte d'autonomie une présence reconfortante tout en garantissant une prise en charge de qualité.

Exercer les soins en temps de pandémie, derrière un plexiglas ou avec un masque et sous des vêtements de protection, représente un défi. Tous les professionnels de la santé redoublent donc d'empathie dans la prise en charge des patients.

Nous avons tous un rôle à jouer pour les protéger à notre tour et faire diminuer la pression sur les hôpitaux. Pour endiguer la pandémie, gardons à l'esprit que nous devons continuer à bien respecter les gestes de protection de base (hygiène des mains, port du masque, respect des règles de distanciation, ...) car nos hôpitaux sont restés longtemps au bord de la saturation. La prudence reste donc de mise dans les mois à venir!

Tenez bon ! Prenez soin de vous! Il en va de notre santé à tous !

Annick Poncé

Directeur général ad interim

Une “performance surhumaine” Interview avec Marcel Van der Auwera



Marcel Van der Auwera est le chef du service Aide urgente, responsable de l'aide individuelle et collective, médicale et psychosociale, planifiée et curative, depuis l'appel au 112 jusqu'aux portes du service d'urgence.

Vous avez pu le voir à l'œuvre lors de la [conférence de presse 'coronavirus'](#) du 23 avril 2021 qui fait le point sur la pandémie en Belgique. C'est l'un de nos collègues. Marcel Van der Auwera suit la situation des hôpitaux en permanence. Ce jour-là, il a dépeint la situation précaire à l'aide de nombreux graphiques. Les services de soins intensifs étaient à nouveau sous pression depuis mars.

"Actuellement, certains hôpitaux n'ont plus de lits disponibles en soins intensifs. Nous manquons de personnel pour augmenter la capacité. Ces 6 derniers mois, le personnel des unités de soins intensifs a travaillé à 110% de sa capacité. Depuis plus d'un mois, le personnel preste même à 130%. Combien de temps encore pouvons-nous demander cela à nos professionnels de la santé ?". Une performance qu'il a qualifiée de "surhumaine". Heureusement, depuis, le vent a tourné et l'épidémie a reculé. Sur notre invitation et un peu moins accablé par la pression, il a pris le temps de répondre à quelques questions.

Quelle a été pour vous la plus grande difficulté rencontrée depuis le début de la crise du coronavirus ? Quelle a été votre approche pour apporter une solution ?

La recherche constante d'un équilibre idéal entre les soins Covid et non Covid, en tenant compte de la pression et de la charge de travail que cela représente pour le personnel de nos hôpitaux et dans le cadre des soins préhospitaliers. Maintenir le dialogue avec les différents partenaires a été le moyen le plus pertinent de trouver une solution.

Quel est votre rôle au sein du comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC)?

Le [HTSC](#) est le fruit d'une collaboration entre Erika Vlieghe, Pedro Facon et moi-même. Depuis que Pedro Facon est devenu commissaire, j'ai repris la présidence du HTSC.

Quel est la mission du comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) ?

Le HTSC est chargé de surveiller le nombre et la nature des patients Covid-19 dans les hôpitaux généraux et universitaires. À cette fin, il est absolument nécessaire que tous les hôpitaux généraux et universitaires saisissent leurs données chaque jour avant 11h via Sciensano et sur la plateforme ICMS.

De plus, le HTSC discute de questions relatives à la capacité et aux flux de patients qui entrent, transitent et sortent, auxquels sont confrontés les hôpitaux. Les coupoles hospitalières sont les single point of contacts permettant de recueillir ces questions auprès de leurs hôpitaux affiliés et de les aborder lors du comité de tous les jours.

Enfin, il incombe au comité de proposer des décisions pour assurer l'exécution de l'Hospital and transport surge capacity-plan.

Au sein de ce comité, nombre de [principes et actions ont été détaillés](#) en ce qui concerne le transport médical, qui est une condition préalable essentielle au bon fonctionnement du plan Surge Capacity pour le secteur hospitalier.

Pendant la 3^e vague, y a-t-il eu des transferts entre hôpitaux et comment se sont-ils déroulés ?

Pendant la 3^e vague, du 1^{er} mars au 15 mai inclus, il y a eu 1112 transferts.

Compte tenu de la très forte pression sur les hôpitaux, il n'a pas toujours été facile de trouver des places disponibles appropriées.

Quelle est la plus grande leçon apprise de la crise du coronavirus ?

Que la collaboration est toujours possible au-delà des frontières :

- collaboration entre coupoles hospitalières ;
- collaboration entre fédéral et entités fédérées ;
- collaboration entre services publics fédéraux ;
- coopération internationale.

Avant la crise du coronavirus, le budget de l'aide médicale urgente (AMU) est passé de 25 à 72 millions d'euros par an. Aujourd'hui, au regard de la crise actuelle, ces moyens sont-ils suffisants ?

À l'heure actuelle, notre enveloppe budgétaire s'élève à un peu moins de 77 millions d'euros.

Nous savons qu'un peu moins de 700 000 interventions sont effectuées chaque année : ceci peut donc générer environ 42 millions d'euros de recettes de facturation.

Cela représente donc un budget de fonctionnement total d'environ 119 millions d'euros.

Il y a quelques années, le Conseil national des secours médicaux d'urgence a calculé que le budget de fonctionnement minimal pour l'AMU serait de 145 millions d'euros.

Sans tenir compte de l'augmentation des coûts, également liés au coronavirus, nous pouvons donc affirmer qu'il y a encore un sous-financement structurel d'au moins 26 millions d'euros par an.

Un autre défi attend les hôpitaux, il s'agit de la formation des réseaux hospitaliers. Y aura-t-il des répercussions sur l'organisation de l'AMU ?

Aujourd'hui, presque tous les hôpitaux ayant un service d'urgence disposent de toutes les spécialités possibles. Le choix prioritaire pour l'AMU est donc de trouver l'hôpital le plus proche. Dans le cadre de la création des réseaux hospitaliers, il nous faudra assurément prendre davantage en considération l'aspect « soins adéquats » et le contrebalancer avec celui de la « proximité ».

Pour en savoir plus:

- [Comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc](#)
- [Consultez les procès-verbaux de la CIM](#)

Merci à Marcel pour cette interview.

Les transferts hospitaliers

Quelques chiffres

7461, c'est le nombre maximum de patients hospitalisés le 3/11/2020.
1474, c'est le nombre maximum de patients hospitalisés aux soins intensifs le 9/11/2020.
De 1 à 2 tiers des patients hospitalisés en soins intensifs ont été ventilés et intubés.
680, c'est le nombre de transferts hospitaliers pendant la première vague.
1862, c'est le nombre de transferts hospitaliers pendant la deuxième vague.
1474, c'est le nombre de transferts hospitaliers pendant la troisième vague.

Interview avec Divina Claes et Pascal Rosière, tous 2 Inspecteur d'hygiène fédéral



Divina a 30 ans et depuis le 1^{er} septembre 2020, elle a commencé comme Inspecteur fédéral d'hygiène cluster Anvers, Limbourg et Brabant flamand. Elle est psychologue de formation. En septembre 2020, elle nous confiait « En tant qu'inspecteur d'hygiène fédéral, un nouveau monde s'ouvre à moi. J'ai hâte de rencontrer tout le monde sur le terrain et de relever les différents défis ». Et arrive la 2^e vague du coronavirus... Compte tenu de la très forte pression sur les hôpitaux, trouver des places disponibles convenables n'était pas toujours une tâche facile...



Pascal Rosière travaille depuis de nombreuses années dans le secteur de la santé. Il est Inspecteur d'hygiène de Bruxelles depuis le début de la crise du coronavirus.

Conversation croisée.

En quoi consiste la fonction d'inspecteur d'hygiène ?

Pascal Rosière : L'Inspecteur d'hygiène fédéral agit sur le niveau local en tant que représentant de l'autorité fédérale de la Santé publique en matière d'aide médicale urgente. Il est l'interlocuteur du Gouverneur, des Bourgmestres, des professionnels de la santé et des citoyens.

Pascal, quel rôle avez-vous eu pendant la crise ?

Pascal Rosière : Dans le cadre de cette crise, j'ai été associé au sein du comité HTSC avec deux homologues (l'un pour la Flandre, l'autre pour la Wallonie) afin d'informer les différents partenaires des départements fédéraux et régionaux de la situation bruxelloise. Nous avons dû, notamment, créer, avec les services centraux, régionaux et les acteurs compétents, le concept des centres de tri, leur implémentation, l'organisation du flux des transports hospitaliers, l'organisation de la montée en puissance des hôpitaux, la gestion des transferts inter-hospitaliers, la montée en puissance des capacités d'aide médicale urgente tout en assurant la chaîne de désinfections des véhicules, l'assistance des autorités locales et régionales dans la mise en œuvre de mesures sanitaires spécifiques, l'évaluation des demandes d'assistance comme les maisons de repos ou autres organismes qui demandaient une assistance fédérale, la gestion des capacités mortuaires, l'explication des mesures sanitaires auprès des autorités communales, ... mais également de continuer à gérer les situations d'exception quotidiennes comme les incendies que nous avons connus, par exemple.

Divina, quel a été votre rôle dans les transferts hospitaliers ?

Divina Claes : Pendant la deuxième vague, je commençais tout juste mon métier. En raison de la forte demande de transferts, cette activité est devenue une occupation à plein temps et, à un moment donné, même plus qu'à plein temps. COVID ne s'arrête pas après les heures de travail ou pendant le week-end. Lorsqu'il n'y avait pas assez de place dans un hôpital, j'étais contactée pour demander un transfert. Au sein de mon cluster (Anvers, Brabant flamand, Limbourg), j'ai recherché un hôpital approprié pour le patient, en tenant compte de la situation de l'hôpital concerné, du réseau et de la province, et bien sûr de l'état du patient et des possibilités de transport (par ambulance ou hélicoptère). Il était alors crucial que les médecins concernés de l'hôpital d'origine et de l'hôpital d'accueil soient en contact pour assurer un transfert sans heurts.

Etions-nous préparé à gérer autant de transferts ? Y a-t-il eu des précédents dans l'histoire avec autant de transferts ?

Divina Claes : Je ne peux pas dire s'il y a eu des précédents. J'ai commencé ce travail au début du mois de septembre, juste avant la 2^e vague du COVID dans notre pays. Cependant, des procédures avaient déjà été élaborées avec les pays voisins pour rendre les transferts possibles, bien qu'à une échelle plus réduite. Le fait qu'une telle coopération était déjà en place aura sans doute contribué aux transferts à l'étranger. Chez nous, il existe également des procédures qui permettent le transfert des patients vers d'autres hôpitaux. Il s'agit souvent d'hôpitaux plus spécialisés pour certaines pathologies (les brûlures par exemple) ou au sein du réseau hospitalier. Après la première vague, des leçons ont été tirées. L'une d'entre elles était la stratégie de transport pour assurer une meilleure assistance. Cela a clairement eu un effet.

Pascal Rosière : Les transferts inter-hospitaliers existent depuis longtemps. Cette crise a cependant poussé ceux-ci à un niveau sans précédent, nécessitant une coordination à l'échelon fédéral afin d'hospitaliser le patient dans une unité de soins intensive la plus adéquate pour la prise en charge. Un exercice de telle ampleur a nécessité l'assistance du PECC (Patient Evacuation Coordination Centre) de la défense qui organise ce type de

transferts dans les zones de conflits, ce d'autant plus que certains transferts ont dépassé nos frontières. Des hélicoptères ont également été utilisés dans certaines situations.

A quel moment la décision de transférer un patient vers un autre hôpital est-elle prise? Qui est transféré à quel moment ?

Divina Claes : Cela dépend beaucoup de l'hôpital concerné. Certains hôpitaux disposent d'un grand nombre de lits de soins intensifs, d'autres en ont beaucoup moins. Lorsqu'un certain pourcentage des lits était occupé, un transfert était recommandé. En clair, quand il n'y a plus de place. Mais ce n'est pas toujours possible. Le patient doit encore être suffisamment stable pour être transféré. En outre, il a été conseillé aux hôpitaux (ou aux réseaux d'hôpitaux à un stade ultérieur) de garder un lit de soins intensifs libre pour la nuit, lorsque l'état d'un patient pourrait se détériorer et qu'il devrait soudainement passer d'une unité COVID ordinaire à une unité de soins intensifs. Ce n'était pas toujours possible non plus. À un moment donné, le Gasthuisberg UZ Leuven a fourni un lit de rechange la nuit pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Certains patients ont également besoin de plus de soins que ceux qui peuvent être fournis dans l'hôpital d'origine. Les patients nécessitant une dialyse qui étaient positifs au COVID, par exemple. La première vague a également montré que le démarrage plus rapide du traitement par ECMO (Extra corporel Membran Oxygenation ou circulation extra-corporelle.) avait ses avantages. De nombreux patients ont été transférés pour une ECMO lors des deuxième et troisième vagues.

Pascal Rosière : Pour Bruxelles, les transferts ont permis aux hôpitaux de continuer à soigner les patients qui étaient nouvellement admis. Sans ceux-ci, nous aurions dû disposer de plus de deux fois la capacité de lits de soins intensifs au plus fort de la crise.

Les transferts sont-ils organisés entre les hôpitaux qui font partie d'un réseau hospitalier ?

Les hôpitaux appartiennent à un réseau pour se soutenir mutuellement en cas de besoin. Par conséquent, de nombreux transferts ont eu lieu au sein de ces réseaux hospitaliers. Comme une coopération avait déjà été établie au sein d'un réseau, ces contacts étaient connus et les transferts étaient organisés entre eux sans intervention de l'Inspection des soins de santé. Sauf quand un certain hôpital a été confronté à une épidémie, nous sommes intervenus pour faire face à la situation de la meilleure façon possible.

Qui décide de l'hôpital de destination en cas de transfert vers un autre hôpital ? Êtes-vous en mesure de prendre en compte la distance que la famille devra parcourir pour rendre visite au patient ?

Au départ, cela a certainement été pris en compte. Tout comme la langue maternelle du patient et de sa famille. Malheureusement, cela est devenu de moins en moins possible à mesure que l'on avançait vers le pic de la vague : tous les hôpitaux ont été confrontés à un afflux de patients. À ce moment-là, c'est à moi, en tant qu'inspecteur d'hygiène, de prendre la décision. J'ai une vue d'ensemble de tous les hôpitaux de mon groupe et, sur la base de la capacité que les hôpitaux doivent soumettre quotidiennement, j'ai choisi où un patient serait emmené. Bien sûr, les chiffres ne disent pas tout. Il pourrait aussi y avoir une épidémie

soudaine dans l'hôpital à ce moment-là. C'est pourquoi il y a toujours eu une consultation avec le médecin-chef avant que le transfert ne soit initié.

Pendant la deuxième vague et certainement pendant la troisième vague, nous étions soutenus par le PECC (Défense). Les inspecteurs d'hygiène des différents clusters n'ont qu'une vue d'ensemble de leur propre cluster. Nous avons établi une liste de priorités pour notre propre groupe et le PECC avait une vision plus générale afin de déterminer quel groupe prendrait en charge les patients en premier.

Dans la mesure du possible, nous avons essayé de ramener les patients en voie de guérison auprès de leur famille le plus rapidement possible. Mais aux moments de pointe d'une vague COVID, ce n'est certainement pas facile.

Existe-t-il un fonds spécial pour les transferts? Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet?

Divina Claes : Un arrangement spécial a été fait concernant les transferts. Comme ces transferts inter-hospitaliers se font souvent sur de longues distances (à travers plusieurs provinces et parfois même par hélicoptère), les coûts peuvent rapidement s'accumuler. Cela n'a pas été facile non plus pour les hôpitaux. Pour certains transports, une équipe médicale est nécessaire, ce qui signifie que cette équipe ne peut pas être présente à l'hôpital pendant une période plus longue pour aider d'autres patients. Des ressources supplémentaires ont également été déployées. La Croix-Rouge et la Défense, entre autres, ont déployé du personnel et des ressources supplémentaires pour répondre à la forte demande de transferts. Parce que les leçons tirées de la première vague étaient qu'une stratégie de transport devait être mise en place, il y avait également un coût associé.

Pascal Rosière : Le coût des transferts inter-hospitaliers dans le cadre du COVID-19 a été pris en charge par notre SPF.

Divina, comment avez-vous géré émotionnellement les plaintes que les familles ont pu exprimer ?

En tant qu'inspecteur d'hygiène, j'étais un peu plus éloigné de la famille. Je pense que ce sont surtout les médecins et les infirmier(e)s des hôpitaux qui ont été confrontés à cette situation. Même si je suis bien consciente qu'il n'est pas facile pour les familles d'autoriser un transfert. Il y a sans doute beaucoup d'émotions en jeu. Néanmoins, j'ai toujours essayé de garder à l'esprit qu'un transfert était nécessaire et augmenterait les chances de survie.

Pascal, que trouvez-vous de fascinant dans votre fonction même en temps de crise ?

Pascal Rosière : Il s'agit d'une fonction variée qui allie tant des aspects stratégiques que purement opérationnels. Les journées sont diversifiées, les agendas remaniés régulièrement.

Divina, vous avez commencé en septembre 2020, juste avant la deuxième vague. Comment avez-vous géré ça ? Quelles ressources vous ont aidé à faire face à la situation de crise ?

En effet, je n'avais que trois semaines d'ancienneté avant que la deuxième vague du COVID ne commence. J'étais novice pour beaucoup, mais au bout de deux ou trois semaines, je connaissais la plupart des partenaires... et ils me connaissaient ! Comment je m'y suis prise ? Difficile à dire, je l'ai fait ! Quand je commence quelque chose, j'aime le faire bien ! J'ai sauté dans le grand bain et j'ai essayé de rester au sommet. Ce n'est pas toujours facile, mais l'avantage que j'avais, c'était que je venais de commencer et que je ne savais pas forcément à quoi m'attendre. Alors je l'ai fait.

Honnêtement, l'année a été assez difficile pour moi. Pour moi, COVID a deux facettes. D'une part, cela a fait en sorte que je n'ai reçu que très peu de conseils dans mon nouvel emploi et que j'ai donc dû trouver ma propre voie. Je ne veux pas pointer du doigt mes collègues. À ce moment-là, ils avaient déjà travaillé sans relâche pendant plus de six mois. Je les admire et j'ai déjà beaucoup appris d'eux ! D'un autre côté, il y a aussi un côté positif pour moi. En un mois, j'ai appris à connaître de nombreux partenaires ce qui, autrement, m'aurait pris plusieurs années. Des partenaires auxquels je tiens également à rendre hommage, car tout le monde a vraiment travaillé dur au cours des 16 derniers mois et j'ai toujours eu au téléphone des personnes sympathiques qui avaient toutes le même objectif : fournir les meilleurs soins possibles aux patients et à leurs familles.

Je dois admettre que cette deuxième vague a été comme un flou pour moi. Le jour et la nuit sont devenus flous, et je ne pouvais plus distinguer les week-ends des jours de la semaine. Cela a été assez difficile par moment, mais je peux honnêtement dire que je suis fière de faire partie de ce maillon.

Quelles leçons pouvons-nous tirer de la crise ?

Pascal Rosière : Lorsque l'on reste constructif et orienté vers le bien du citoyen, il est toujours possible de trouver des solutions satisfaisantes, même si parfois, nous devons y consacrer beaucoup d'énergie. J'ai découvert de belles personnalités au sein de mon équipe, volontaires et qui répondent toujours présents lorsque cela s'impose.

Comment s'est passée la collaboration avec la Défense ?

Pascal Rosière : Le service médical de la Défense a fourni un travail extraordinaire depuis le début de la crise. C'était un plaisir de pouvoir compter sur leur collaboration. Ils ont fourni, à notre demande, de l'aide dans des maisons de repos, des collectivités, des hôpitaux ainsi que des transferts médicalisés (lors de la première vague). Lors d'un pic dans les hôpitaux, ils nous ont prêté une dizaine de respirateurs. Ils ont réalisés des testings dans les maisons de repos. Ils ont mis en œuvre un centre de vaccination et ont appuyé nos ambulances AMU.

La protection civile, quant à elle, a réalisé des désinfections, réaliser du cohortage dans les maisons de repos.

Qu'ils en soient tous remerciés.

Merci à Divina et Pascal pour cette interview.