

# REPENSER LES SOINS DE SANTÉ POST-COVID-19

VANDENBOSCH K (1), LASRI S (2), GILLET P (2), COUCKE PA (3)

**RÉSUMÉ :** La crise sanitaire liée à la pandémie du coronavirus (COVID-19) a obligé la société, et les hôpitaux en particulier, à s'adapter et se réformer. Le travail en équipe entre hôpitaux, même au-delà des réseaux, a permis de faire face à la crise. Le corps médical et infirmier a dû apprendre à travailler différemment et faire la distinction entre les soins urgents et non urgents. Mais le patient aussi a dû changer ses comportements. L'accès aux hôpitaux s'est vu diviser entre un trajet COVID et non-COVID, bien distincts, afin d'éviter des contaminations. La télémédecine est devenue un moyen quotidien de communiquer entre le monde médical et les patients. Des consultations téléphoniques ont été instaurées avec, à la clef, un remboursement par l'INAMI. Cependant, ces actions et innovations ne devraient pas se terminer avec la crise liée à la COVID-19, mais, au contraire, être un levier pour repenser le rôle des hôpitaux, et notre système de soins de santé plus globalement.

**MOTS-CLÉS :** Soins de santé - Post-COVID-19 - Télémédecine

## THINKING DIFFERENTLY ABOUT HEALTH CARE AFTER COVID-19

**SUMMARY :** The health crisis linked to the coronavirus pandemic (COVID-19) has forced society and hospitals in particular to adapt and reform. Teamwork between hospitals, even beyond the networks, helped them to deal with the crisis. The medical and nursing staff had to learn to work differently and differentiate urgent from non-urgent care. But the patient also had to change his/her behaviour. Access to hospitals has been divided between a separate COVID and non-COVID route in order to avoid contamination. Telemedicine has become a daily way of communicating between doctors and patients. Telephone consultations have been set up with reimbursement by social security. However, these actions and innovations should not end with the crisis but, on the contrary, be a lever to rethink the role of hospitals, and our health care system more generally.

**KEYWORDS :** Healthcare - Post-COVID-19 - Telemedicine

## INTRODUCTION

Le début de l'année 2020 aura été marqué par une pandémie, due à un nouveau coronavirus dénommé SARS-CoV-2 (COVID-19). À la fin de février 2020, plusieurs pays, dont la Belgique, connaissent une crise sanitaire comme jamais vécue : symptômes, gravité et mortalité sont au-dessus de ce qu'on avait connu auparavant. La crise a obligé la société à agir différemment pendant un certain temps. Les soins de santé, et en particulier les soins hospitaliers, ont dû s'adapter, se réformer. Les hôpitaux s'entraident. L'accès à la télémédecine a fait un bond en avant. Les «maillons faibles» dans notre système de soins de santé sont clairement mis en évidence : l'absence d'un protocole national pour chacun des acteurs des soins de santé en cas d'une éventuelle pandémie, le manque de moyens et de personnel, le financement insuffisant. Des collaborations inédites et des solutions innovantes ont été trouvées afin d'avancer pendant cette crise. Mais ces actions et innovations organisationnelles ne devraient pas se terminer avec la crise liée à la COVID-19, mais au contraire, être un levier afin de repenser notre système de santé.

## L'ENTRAIDE ENTRE HÔPITAUX, MÊME AU-DELÀ DES RÉSEAUX

Le 28 avril 2015, Maggie De Block annonce son plan de réforme du financement des hôpitaux. Dans son communiqué (1), elle cite :

*«Dans le futur, les hôpitaux collaboreront entre eux et avec d'autres partenaires de soins d'une manière beaucoup plus systématique, ceci sous la forme de réseaux care & cure de différents types. Les hôpitaux constitueront l'un des maillons de l'ensemble de la chaîne de soins (transmuraux) centrée sur les besoins du patient. Cette collaboration se traduira par une amélioration de la qualité des soins. L'innovation sera encouragée et les soins justifiés seront financés d'une manière correcte».*

L'existence des réseaux hospitaliers a donc aidé à la communication et l'entraide entre hôpitaux. Lors de la crise COVID-19, tous les hôpitaux d'un même réseau ont travaillé ensemble et se sont aidés mutuellement face au nombre de patients suspects ou atteints par le virus à admettre. Des solutions face à des problèmes de terrain ont souvent été trouvées ensemble, que ce soit pour transférer des patients en soins intensifs d'un hôpital à l'autre, mais aussi pour organiser la distribution des équipements de protection individuels : des masques ou gels hydroalcooliques, par exemple.

Initialement, cette entraide était organisée entre les hôpitaux du même réseau, pour finalement même dépasser la «limite» des réseaux. Effectivement, le réseau public autour du CHU

(1) Service d'Hématologie biologique et Direction médicale, CHU Liège, Belgique.  
(2) Direction médicale, CHU Liège, Belgique.  
(3) Service de Radiothérapie, CHU Liège, Belgique.

de Liège et le réseau chrétien autour du CHC ont travaillé ensemble face au même ennemi : la COVID-19. Les hôpitaux ont tous été confrontés à des limites structurelles, des distances à respecter et un nombre de lits maximal. Lorsque > 75 % des lits de soins intensifs étaient occupés dans un hôpital, les autres hôpitaux en furent informés et des patients référés à un autre hôpital, soit du même réseau, soit d'un autre réseau, géographiquement plus proche. Ce qui, avant la crise, semblait impensable est devenu une évidence. Des concertations, quasi journalières, entre médecins chefs des différents hôpitaux furent organisées.

Cette aide a été plus loin, au-delà des seuls acteurs des hôpitaux. Pour la première fois, une vraie collaboration entre la première ligne (les médecins généralistes) et la seconde ligne (les médecins hospitaliers) a été notée. Les cercles de médecins généralistes se sont investis afin d'aider les hôpitaux sur le terrain : dans les «villages COVID», par exemple. Des médecins traitants se sont portés volontaires pour aider les hôpitaux dans cette crise inédite. D'autres ont apporté leur aide dans des centres de revalidation. Les dirigeants d'hôpitaux et les responsables des cercles de généralistes se sont concertés à intervalles réguliers et ces réunions virtuelles ont permis d'avancer la main dans la main.

D'autres problèmes survenus au cours de la crise, comme le manque de certains anesthésiants, dont le curare, ont été solutionnés par une gestion plus globale du stock pharmaceutique interhospitalier. Les pharmacies hospitalières étaient soutenues par l'AFMPS (Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé) et l'ABPH (Association Belge des Pharmaciens Hospitaliers). Deux fois par semaine, un inventaire des médicaments utilisés leur était communiqué, ce qui a permis de répartir les stocks contrôlés au niveau des distributeurs belges, mais aussi d'anticiper et d'acquérir au niveau international des médicaments pour éviter les pénuries.

La crise de la COVID-19 a permis de clairement démontrer que des soins de santé de qualité doivent se faire dans un contexte pluri- et multidisciplinaire, en mettant le patient au centre, mais que ceci nécessite une collaboration de TOUS les acteurs des soins de santé. Une implication à tous les niveaux est nécessaire. A côté des médecins et du staff nursing, les autres professionnels de la santé sont indispensables. Et bien sûr, la population, le patient, a aussi un rôle à jouer. La crise sanitaire liée à la COVID-19 a bien démontré la faisabilité de cette stratégie sur le plan pratique.

Ce virage constitue de grands défis pour les hôpitaux, notamment en termes d'organisation et de ressources et de temps alloué. De nouveaux partenariats seront indispensables, de nouveaux acteurs de soins vont devoir s'investir plus. Les rôles et les responsabilités vont devoir être clairement redistribués, sans altérer la qualité des soins et la sécurité des patients, en maintenant une bonne disponibilité des professionnels de la santé auprès des malades.

En 2014-2015, lors d'une étude sur les Collèges des Médecins (2), effectuée à la demande de la Ministre de la Santé de l'époque pour le SPF-Santé Publique, nous avons démontré que les Collèges, responsables pour l'évaluation de la qualité des soins dans les institutions hospitalières, ne peuvent fonctionner correctement pour différentes raisons. Une des raisons principales est la non-représentation de toutes les (sous)disciplines médicales.

Prenons l'exemple des troubles de la coagulation lors d'une infection au virus SARS-CoV-2. A la demande de Sciensano, et rassemblés via la BSTH («Belgian Society of Thrombosis and Haemostasis»), nous nous sommes réunis : hématologues, biologistes, gynécologues, chercheurs et techniciens de laboratoire, provenant des hôpitaux universitaires et de quelques hôpitaux périphériques afin de proposer un algorithme pour le traitement par anticoagulation chez des patients COVID-19 positifs (3). La matière tombe en-dehors des champs d'action des Collèges de Médecins actuellement existants. Une restructuration comme proposée dans le passé (Figure 1) est plus que jamais nécessaire. Peut-être que la crise de la COVID-19 permettra à nos décideurs politiques d'enfin avancer sur la question ?

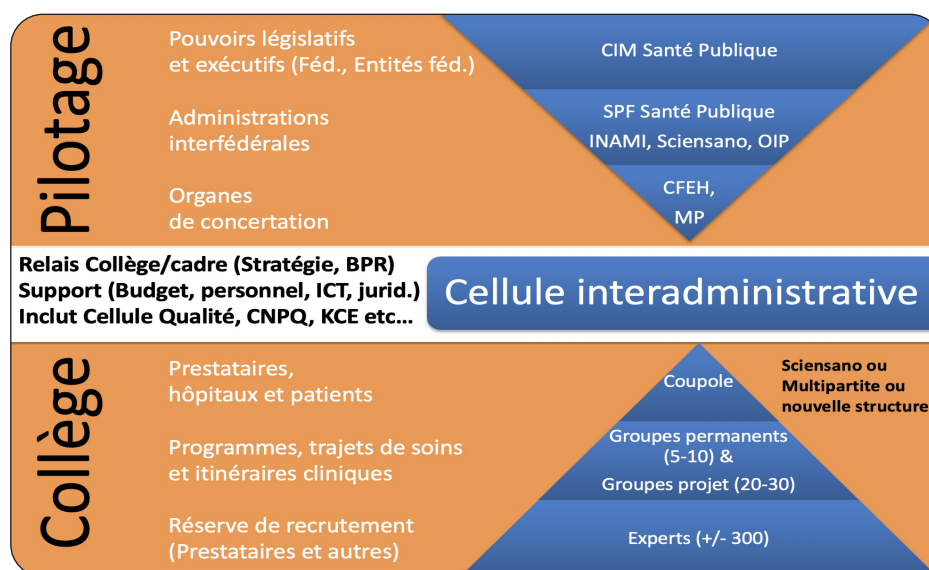
## REPENSER LE RÔLE DES HÔPITAUX

La première question qu'on se pose est la suivante : est-ce que les hôpitaux doivent être le premier endroit de recours en cas de maladie ?

Comparé à d'autres systèmes de soins, le système belge a encore une très grande marge de progression en termes de durées moyennes de séjour, de pathologies traitées en ambulatoire ou en hôpitaux de jour.

Pendant la crise de la COVID-19, nous avons vu que la population a changé ses habitudes. L'accès à l'hôpital a, quasi immédiatement et spontanément, été limité aux patients nécessitant des soins plus importants. Les consultations de routine, sans nécessité d'hospitalisation se faisaient soit par télé-médecine, soit ont été

**Figure 1. Modèle suggéré pour une réforme des Collèges des Médecins : une Cellule Interadministrative qui dirige un seul Collège en trois niveaux, avec un pilotage également en trois niveaux.**



reportées. Les patients âgés dans des MR ou MRS ont été soignés sur place tant qu'une hospitalisation n'était pas strictement nécessaire. Cependant, cela a également permis de mettre en évidence le manque cruel de personnel de soins et de financement dans ces structures.

Comme le disait Steve Jobs, le cofondateur d'Apple, il faut apprendre à penser différemment : «Think different». L'hôpital doit rester l'endroit des soins aigus. Des centres d'excellence pour certaines pathologies plus rares sont nécessaires. Cependant, les patients nécessitant une revalidation, que ce soit après une infection au coronavirus, ou après un infarctus ou un accident vasculaire cérébral, par exemple, tout comme les personnes âgées ne nécessitant pas de soins aigus, n'ont plus leur place entre les murs de l'hôpital. Les centres de revalidation doivent être promus et augmentés en nombre, tout comme les MR et MRS. Cependant, une revalorisation et un refinancement de ces centres sont absolument nécessaires afin de pouvoir garantir des soins de qualité, tout comme une augmentation de l'encadrement du personnel de santé y travaillant.

Dès le début de la crise, nous avons vu apparaître des trajets de soins géographiquement séparés pour des patients COVID-19 et ceux qui n'étaient pas suspects de la maladie : des entrées différentes pour les patients se présentant aux urgences après un tri sur base des symptômes qu'ils présentent. Mais également au sein de l'hôpital, des services entiers furent attribués aux patients COVID-positifs.

On constate que des médecins de toutes spécialisations confondues ont travaillé, la main dans la main, pour soigner les patients. On ne parlait plus de service de Pneumologie, de Cardiologie ou d'Infectiologie mais bien d'un service «COVID» ou «non-COVID». Un changement de mentalité a (temporairement) eu lieu. Sommes-nous enfin prêts à réorganiser l'hôpital selon des trajets de soins des patients et leur pathologie, plutôt que selon «l'organe atteint» ?

Et qu'en est-il des consultations dans les hôpitaux ? Ont-elles vraiment besoin de se faire entre les murs de l'hôpital ? Aujourd'hui, le financement des hôpitaux est basé, en grande partie, sur les honoraires des consultations médicales, celles-ci sont vitales pour la santé financière de l'hôpital. La crise sanitaire a malmené les finances des hôpitaux, pas uniquement à cause des dépenses liées à la COVID-19, mais le report des consultations non urgentes pendant la crise a été un manque financier énorme. La médecine à l'acte, comme nous la connaissons aujourd'hui, n'est plus viable. Pas de consultations, donc pas d'argent. Une réforme du financement des soins de santé s'impose. Parce que la crise sanitaire nous apprend que l'évolution naturelle de la médecine ambulatoire sera une médecine en-dehors des murs de l'hôpital, là où le patient se trouve.

La télémédecine est donc considérée comme un levier important pour affronter les différents défis auxquels est confrontée l'offre de soins actuellement, à savoir le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'inégalité à l'accès aux soins spécialisés.

## L'EXPANSION DE LA TÉLÉMÉDECINE

La crise de la COVID-19 a rendu possible ce qui a été impensable et freiné pendant des années : le remboursement par l'INAMI des consultations par téléphone. Le confinement et la distanciation sociale, d'une part, et la nécessité d'avoir un avis médical sans encombrer les urgences des hôpitaux, submergés par des patients COVID-19, d'autre part, ont fait que deux numéros de nomenclature ont été adoptés : le 101.990 pour avis en vue de triage COVID-19 (1x/patient) et le 101.135 pour avis en vue de la continuité des soins (1x/patient/prestataire/7 jours). Le premier pas est fait pour l'évolution d'une médecine classique qui sortira petit à petit des murs de l'hôpital pour se diriger, de plus en plus, vers une médecine connectée avec le patient, là où il se trouve. Et, contrairement à plusieurs idées trop vite reçues, la digitalisation ne substituera pas le médecin. Elle ne sera pas associée à une réduction de l'aspect «humain» dans les soins, au contraire. Loin de supprimer les contacts médecin-patient, le praticien pourra plutôt se libérer des aspects techniques et prendre le temps pour l'accompagnement, par exemple en donnant au patient davantage d'explications. L'objectif unique est d'apporter le meilleur traitement possible au patient (4).

La e-santé est en pleine expansion. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est définie comme «les services du numérique au service du bien-être de la personne», mais également «l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion, de partage d'informations numérisées au bénéfice de pratiques tant médicales que médico-sociales» (5). Pour les maladies plus complexes, l'intelligence artificielle (IA) peut être une aide très précieuse. En termes de diagnostic, par exemple dans le domaine de l'imagerie médicale, l'IA se montre supérieure à l'approche humaine classique, comme cela a été amplement commenté dans un article récent (6).

Pendant la crise du coronavirus, en-dehors des professionnels de santé, le service informatique a également été mis à rude épreuve. Des centaines de vidéoconférences par jour devaient être rendues possibles. Mais aussi le télétravail avec l'accès aux dossiers informatisés (DI) des patients depuis l'ordinateur à domicile. L'informatique a dû assurer une bonne communication entre les différents services et intervenants dans les soins des patients. Le DI du patient a subi des changements : possibilité de voir apparaître des alertes dès que la PCR COVID-19 du

patient sortait positive, adaptation du canevas des consultations pour des consultations par téléphone, etc. Les changements ont dû se faire rapidement et cette capacité d'adaptation est très rassurante pour l'avenir. Il s'agit d'un premier pas vers une médecine plus digitalisée.

Il est clair, dans le monde de la santé, comme partout ailleurs, que la technologie va changer profondément les pratiques. Selon l'OMS (5), nombre d'obstacles à l'adoption de la santé numérique sont directement liés à un manque systémique d'investissements des pays dans la réforme des systèmes de santé, des systèmes d'information sur la santé et des soins de santé primaires. Il s'agit notamment du manque de financement et de gouvernance de la santé numérique, d'une réglementation insuffisante ou inadéquate, de modèles de remboursement dépassés. L'adaptation du cadre légal semble donc être indispensable pour intégrer au mieux ces innovations dans le secteur de la santé. Sans oublier la nécessité d'un changement de mentalités (7).

## LES BUDGETS POUR LES SOINS DE SANTÉ

Afin de faire face à la crise du coronavirus, la stratégie fédérale était, d'une part, le confinement pour ainsi augmenter «la sécurité» et éviter la propagation du virus, d'autre part, afin d'augmenter «la qualité», une augmentation du nombre de tests de dépistage par PCR jusque 10.000/jour. Cette association de sécurité et qualité doit être la base pour le financement des soins de santé dans le futur.

Depuis quelques années, un (petit) budget est versé aux hôpitaux pour les récompenser lorsque des soins de qualité sont fournis (Programme P4P – Pay for Performance). Des indicateurs de processus ainsi que des indicateurs de résultats sont utilisés et remis en question, voir substitués par un autre indicateur, d'année en année. Il est clair que ce financement est insuffisant pour tous les efforts livrés par les hôpitaux. Parfois, l'investissement s'avère plus grand que la récompense.

Mais le budget global des soins de santé doit également évoluer. Dans le passé, nous avons une norme de croissance autour de 2-2,5 %, voire même 4,5 % lors du gouvernement Verhofstadt en 2003. Cette norme, considérée en-dehors de l'inflation naturelle, est censée répondre à des besoins toujours croissants, liés notamment au vieillissement de la population et aux surcoûts technologiques. Mais, depuis le gouvernement

Michel, cette norme a été diminuée à maximum 1,5 %, avec, en 2017, une «utilisation» historiquement basse, à peine 0,5 %. Ces économies ont partiellement été répercutées sur le budget des hôpitaux, comme par exemple une augmentation des salaires du personnel soignant liée à l'indexation non prise en charge par le fédéral.

La crise du coronavirus a clairement démontré que le personnel hospitalier est dévoué à sa tâche au risque de sa propre santé mais qu'aujourd'hui, il est sous-valorisé et sous-payé. La diminution des durées de séjours, une des raisons de la grogne du personnel infirmier, car elle rend les soins des patients hospitalisés beaucoup plus intensifs et lourds, constitue, cependant, une augmentation de qualité et, donc, un point positif pour le patient. Il est impensable et impossible de faire marche arrière. Une augmentation du budget des soins de santé est devenue une évidence et une nécessité absolue, avec une vision nécessaire à moyen et long termes. Dans ce contexte, mettre autour de la table les fédérations hospitalières, l'INAMI et les organismes assureurs pour s'accorder sur une vision future commune de la politique de la santé et réformer le système hospitalier, devient une urgence en cette période post-COVID-19.

## CONCLUSION

La pandémie COVID-19, qui frappe le monde en 2020, laissera des traces. Mais ne nous limitons pas à pleurer sur le sort des milliers de personnes tuées par le virus. Au contraire, essayons d'en sortir plus forts et d'apprendre de cette période difficile. Une restructuration profonde de notre système de soins de santé est nécessaire. La mise en place de réseaux hospitaliers n'était qu'une mise en bouche. Nous devons repenser le rôle des hôpitaux, tout en se servant de la télémédecine, qui aidera les médecins à donner les meilleurs soins aux patients, sans nuire à la relation interhumaine. Mais tout ceci a un coût, et le budget des soins de santé doit être revu, avec, au préalable, une vision future commune, un «business plan», entre les hôpitaux, l'INAMI et les organismes assureurs.

Dans toutes ces démarches, le patient doit, non seulement «rester le centre» des préoccupations, mais être aussi un partenaire dans les équipes de soins. Or, il va falloir parler du patient et de la manière d'adapter la prise en charge globale à son lieu de résidence. Actuellement, le système fonctionne avec des secteurs cloisonnés. Le renforcement de la première ligne de soins, la place de la prédiction et de la prévention, l'organisation autour des sorties d'hôpitaux, la prise en charge de la dépendance, le soutien aux aidants proches, sont autant de thèmes transversaux qui nécessitent de mettre tous les partenaires autour de la table afin d'aboutir à une approche d'amélioration.

## BIBLIOGRAPHIE

1. De Block M. Maggie De Block lance la réforme du financement des hôpitaux -Communiqué de presse avril 2015. Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique.
2. Vandenbosch K, Cerckel PH, Gillet P. Etude sur le fonctionnement des Collèges des médecins. Congrès GISEH, Juillet 2014, Liège, BE.
3. Définition de cas, indications de demande d'un test et déclaration obligatoire de cas COVID-19. En ligne : [https://covid19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID19\\_Anticoagulation\\_Management.pdf](https://covid19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID19_Anticoagulation_Management.pdf). Dernière consultation le 10 août 2020.
4. Coucke P. La médecine du futur : ces technologies qui nous sauvent déjà. Ixelles:Editions Mardaga, collection Santé;2020.
5. Organisation mondiale de la Santé. En ligne : <https://www.who.int/fr>. Dernière consultation le 10 août 2020.
6. Coucke PA, Deleuse P. La médecine du futur. Professionnels de l'imagerie médicale et spécialités annexées : une remise en question s'impose. *Rev Med Liege* 2020;75:249-55.
7. Coucke PA, Coucke-Gilson L. Nécessité d'un nouvel écosystème en santé... Tous les éléments sont déjà disponibles. *Rev Med Liege* 2018;73:454-61.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr K. Vandenbosch, Direction Médicale, CHU Liège, Belgique.  
Email : [kvandenbosch@chuliege.be](mailto:kvandenbosch@chuliege.be)