

« Où est la cavalerie ? »

La capacité d'accueil réelle en « lits de soins intensifs » en Belgique est sur le point d'être atteinte endéans 48 heures

- ❖ **Arnaud Bruyneel**, Vice-président de la SIZ-Nursing (association francophone des Infirmiers(e) de Soins Intensifs), doctorant en sciences de la santé publique, Ecole de santé publique, ULB, infirmier spécialisé en soins intensifs et soins d'urgence
- ❖ **Jérôme Tack**, Président de la SIZ-Nursing (association francophone des Infirmiers(e) de Soins Intensifs), infirmier spécialisé en soins intensifs et soins d'urgence
- ❖ **Alda Dalla Valle**, Présidente de la FNIB (fédération nationale des infirmier(e) de Belgique), Infirmière en chef service des Urgences, Epicura, infirmière spécialisée en soins intensifs et soins d'urgence
- ❖ **Fabien De Neef**, Maître assistant Haute École Libre de Bruxelles, infirmier spécialisé en soins intensifs et soins d'urgence
- ❖ **Jacques Créteur**, Professeur, Chef de service des Soins Intensifs à l'Hôpital Erasme, Faculté de médecine ULB, chef de clinique
- ❖ **Dan Lecocq**, Maître de conférences et collaborateur scientifique, doctorant en sciences de la santé publique, École de santé publique, ULB, infirmier spécialisé en soins intensifs et soins d'urgence

Actuellement, les autorités raisonnent en termes de pourcentage de lits de soins intensifs occupés dans les hôpitaux par les patients victimes de la COVID-19, en référence à une échelle de gravité à 5 niveaux : 0, 1A, 1B, 2A et 2B selon le plan d'urgence hospitalier « *Covid-19 – Hospital & transport surge capacity* »¹.

Cette échelle prévoit de mettre à disposition :

- En phase 0, correspondant à une « capacité de veille », 15% des lits de soins intensifs (lits USI) existants sont mobilisables pour accueillir les patients atteints de la COVID-19.
- En phase 1A, la capacité d'action » des hôpitaux est activée : 25% des lits de soins intensifs existants sont réservés
- En phase 1B, 50% : notons qu'à ce niveau les hôpitaux sont censés maintenir la majeure partie de leur activité non urgente.
- En phase 2A, 60% des lits sont occupés et 15% de nouveaux lits sont dès lors réservés, faisant appel à la « capacité réflexe » des hôpitaux.
- En phase 2B, 75% des lits USI sont occupés par des patients victimes de la COVID-19 ; 25% des lits supplémentaires s'ajoutent encore, toujours par « capacité réflexe ». L'ouverture de ces lits supplémentaires suppose, à ce stade selon les autorités, une réorientation des ressources (personnel, équipement), ce qui aurait pour conséquence de « mettre les activités régulières de l'hôpital sous forte pression ou de les paralyser complètement » avec toutes les conséquences néfastes qu'on a vu lors de la première vague.

La capacité théorique totale de lits de soins intensifs est, selon les autorités, de 1993 places. Suivant les instructions du groupe « *Covid-19 – Hospital & transport surge capacity* », on peut donc subdiviser ces 1993 lits « mobilisables » en deux groupes :

¹ <https://www.aviq.be/fichiers-coronavirus/Circulaire%20HTSC-PUH-capacité-de-veille-et-capacité-maintenir-disponible.pdf>

- les lits de « capacité d'action » (phases 1A et 1B) soit 60% des 1993 lits c'est-à-dire 1196 lits ;
- les lits additionnels de « capacité réflexe » (phases 2A et 2B) soit 40% des 1993 lits, c'est-à-dire 804 lits.

Ce soir, tous les hôpitaux passent en phase 2A et ont donc pour instruction d'avoir 60% de leurs lits de soins intensifs prêts à accueillir (ou accueillant déjà des malades de la COVID-19, dépendant des situations locales) et la 1^{ère} tranche de la « capacité réflexe » (15%) est activée.

Comptant sur 1993 lits théoriques, avec 525 lits de soins intensifs occupés **le 22 octobre, nous serions donc à 26,3%** de lits de la capacité théorique totale occupés par des patients de la COVID-19.

Or, dans une étude récente menée dans 3 hôpitaux wallons, des chercheurs ont montré que les « patients COVID-19 » demandent 25% de temps supplémentaire en infirmier par rapport à des « patients non COVID-19 » aux soins intensifs. On constate également un taux d'absentéisme de 15 à 20% dans les hôpitaux, élément non présent lors de la première vague, qui peut s'expliquer par des cas positifs de COVID-19 mais surtout un épuisement professionnel important. En effet, une étude réalisée en mai 2020 chez 4500 infirmières francophones montre une prévalence du risque de Burnout de 70%². Cet épuisement professionnel latent, conjugué aux contaminations et à la mise en quarantaine des professionnels infirmiers pour cause de COVID-19 se traduit aujourd'hui par un absentéisme estimé à 15%.

Prenons en compte le personnel réellement disponible vu :

- a. le taux d'absentéisme estimé à 15% qui devrait réduire le nombre de lits disponibles d'autant : 1993 lits, moins 15%, soit 1694 lits mobilisables avec le personnel adapté ;
- b. la charge de travail augmentée de 25% par les soins spécifiques aux patients victimes de la COVID-19³ : un malade de la COVID-19 vaut 1,25 malade de soins intensifs « habituel », donc 525 malades hospitalisés pour la COVID-16 en représentent en fait 656 patients de soins intensifs « ordinaires » ;

Nous obtenons déjà un taux d'occupation corrigé en fonction de la charge de travail de 38,7 %⁴ à la date du 22 octobre.

Mais ce n'est pas tout.

Cette estimation ne tient pas compte d'une autre réalité : une étude publiée en juin 2019 dans 16 hôpitaux belges a démontré que les infirmiers de soins intensifs ont déjà une charge de travail **deux fois plus élevée** que celle sur laquelle la norme en personnel, qui date de 1998, a été calculée qui prévoit un infirmier pour 3 patients : il faudrait un infirmier pour 1,5 patient

² <https://www.auvb.be/fr/blog/centraal/coronavirus-plus-de-7-infirmiers-sur-10-risquent-l-epuisement-professionnel-296/>

³ Bruyneel A, Gallani MC, Tack, D'Hondt A, Canipel S, Franck S, Reper P, Magali Pirson M (2020). *Impact of COVID19 on nursing time in intensive care units in Belgium*. Intensive and Critical Care Nursing, article in press.

⁴ correspondant à $[656/(1993-15\%)]$

hospitalisé en soins intensifs⁵. Et la littérature scientifique a démontré qu'une charge de travail élevée diminue la qualité des soins et augmente la mortalité des patients⁶. Les hôpitaux se sont adaptés et vont au-delà de la norme, ce qui allège un peu la surcharge structurelle, en prévoyant un infirmier pour 2,5 patients. La surcharge de travail structurelle est donc de 40%, ce qui devrait réduire d'autant le nombre de lits humainement soutenables. A cela vient encore s'ajouter le manque d'infirmiers spécialisés, en l'occurrence compétents en soins critiques, qui est non quantifiée mais bien réelle⁷.

Résumons. Compte tenu de l'absentéisme, de la charge de travail augmentée qui est associée à chaque patient victime de la COVID-19 et de la dotation en personnel structurellement insuffisante, le taux d'occupation corrigé est de 64,6%. Les soins intensifs belges sont, sans renforts immédiats, capables d'accueillir 288 patients victimes de la COVID-19 de façon optimale. Au rythme actuel, nos unités de soins intensifs seront donc en difficulté après-demain ou samedi au plus tard (Tableau 1).

Tableau 1 - Capacité d'accueil en soins intensifs restante au 22 octobre 2020

Capacité théorique maximale	Réduction de capacité sur base de l'absentéisme (-15%)	Capacité réduite sur base de la charge de travail spécifique COVID-19 (80%)	Capacité réduite sur base de la surcharge structurelle (-40%)	Nombre de patients COVID-19 hospitalisés le 22 octobre 2020	Nombre de patients COVID-19 pouvant encore être accueillis de façon optimale
1993	1694	1355	813	525	288

Nous pouvons en conclure qu'atteindre 60% d'occupation des lits de soins intensifs prévus pour passer de la phase 1B à la phase 2A, consiste en fait à mobiliser 100% des ressources infirmières en soins intensifs actuellement disponibles.

Ce qui aurait normalement de facto pour effet de mettre à l'arrêt le reste de l'hôpital qui reçoit pourtant l'injonction paradoxale de maintenir son activité malgré tout et ne peut se porter en renfort. C'est notamment ce qui contribue à l'épuisement moral du personnel qui ne peut pas compter sur l'entraide et la solidarité des équipes du bloc opératoire, du secteur médicotechnique, des consultations... infirmiers, infirmières et autres professionnels qualifiés, venues en renfort pour prendre soins des patients victimes de la COVID-19 : leur soutien était un des facteurs importants qui ont permis de faire face lors de la première vague⁸.

Il faut avoir le courage de dire et d'assumer que la phase 1B est déjà la phase du PUH qui signifie l'arrêt des activités habituelles de l'hôpital. C'est un aveu d'échec. C'est une catastrophe sanitaire. Mais c'est la réalité. Et que penser alors des capacités « réflexes » ? Elles sont probablement largement surévaluées : il sera extrêmement compliqué d'augmenter

⁵ Bruyneel A, Tack J, Droguet M, Maes J, Wittebole X, Miranda DR, & Di Pierdomenico L (2019). *Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium*. Journal of critical care, 54, 205-211.

⁶ Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse, R, ... & McHugh MD (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. The lancet, 383(9931), 1824-1830.

⁸ Lecocq, Dan, Dumont, J., Delmas, P., Bellier, T., & Van Cutsem, C. (2020). *Vécu des infirmières au chevet des personnes hospitalisées en raison de la covid-19. Recherche qualitative consensuelle menée au sein d'un hôpital académique belge*. [Rapport préliminaire]. École de santé publique, Université libre de Bruxelles.

le nombre de « lits disponibles ». La « capacité réflexe » sera en tout cas inférieure à celle mise en œuvre lors de la « première vague ».

Au pic de la première vague, le 8 avril dernier, 1285 lits étaient occupés et les hôpitaux étaient complètement à l'arrêt et les capacités du système étaient atteintes. Des choix douloureux ont dû être faits en termes d'admission aux soins intensifs alors que la disponibilité des ressources étaient plus importantes... et demain ?

Aujourd'hui, les infirmières et infirmiers se surpassent et bénéficient de toute l'aide possible que peuvent leur fournir les institutions de soins compte tenu des circonstances pour aller au-delà de ces « capacités corrigées »... combien de temps tiendront-ils ? **Des mesures urgentes positives et des renforts logistiques doivent arriver à très court terme pour renforcer et remotiver les équipes soignantes. Il est également vital d'activer un plan de répartition nationale des patients victimes de la COVID-19.**

Et à long terme, il sera question d'investir dans la profession comme le suggère le KCE⁹ et l'OMS¹⁰ qui le réclament depuis longtemps. Ici aussi, la pandémie agit comme un révélateur d'une situation qui préexiste, est dénoncée de longue date et qui est un véritable enjeu de santé publique.

⁹ Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 325. D/2019/10.273/75.

¹⁰ <https://www.who.int/fr/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>