



DATE 28/09/2020  
CONTACT Dr. Paul Pardon  
TEL.  
E-MAIL

**Aux Directeurs généraux, Médecins-chefs, Directeurs du Département infirmier et Coordinateurs des Plans d'Urgences des Hôpitaux généraux et universitaires, des Hôpitaux psychiatriques et des Hôpitaux de revalidation**

**Pour information aux Fédérations hospitalières  
Pour information aux Gouverneurs**

OBJET Covid-19 – Communication de rappel : capacité de pointe, activation du plan d'urgence hospitalier et transparence de la situation épidémiologique des hôpitaux pendant la nouvelle vague.

Madame, Monsieur le Directeur général,  
Madame, Monsieur le Médecin-chef,  
Madame, Monsieur le Directeur du Département infirmier,  
Madame, Monsieur le Coordinateur du PUH,

Le Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* composé de représentants de toutes les autorités, du Ministère de la Défense, des Fédérations hospitalières et d'experts, est toujours actif pour suivre la situation du secteur hospitalier. Par analogie avec la première vague, le Comité prendra les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

Ces dernières semaines, la circulation du virus s'est nettement accrue, ce qui se traduit, entre autres, par une augmentation du nombre de cas confirmés sur la base des tests PCR et une augmentation du taux de positivité des tests. En outre, nous constatons que cette situation s'étend également au secteur hospitalier, ce qui se traduit par une forte augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations quotidiennes, ainsi que par un recours accru à la capacité hospitalière COVID-19, même si cette surcharge reste limitée pour l'instant. Au sein du Comité, nous sommes très attentifs à un nouveau pic au sein des hôpitaux et à la pression qui en résulte sur les soins réguliers aux patients non Covid et, bien sûr, sur les professionnels de santé.

Dans le contexte de l'évolution actuelle et des réactions que nous avons reçues du terrain, nous voudrions profiter de ce courrier pour rappeler un certain nombre de points concernant l'organisation de la capacité de pointe dans le secteur hospitalier. C'est pourquoi nous avons regroupé les circulaires précédemment envoyées sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Vous pouvez donc consulter toutes les communications précédentes du Comité via ce [lien \(https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc\)](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/comite-hospital-transport-surge-capacity-htsc).

## 1) Mise en place progressive de la capacité hospitalière COVID

Nous vous renvoyons, en ce qui concerne la capacité à garder disponible (capacité de veille et capacité réflexe supplémentaire) à une communication antérieure du comité<sup>1</sup>. Nous rappelons la représentation schématique de la capacité de pointe prévue (2nd WAVE IN HOSPITAL – V.1.5 – 17.06.2020), qui vous est communiquée en annexe.

L'augmentation du nombre d'hospitalisations, que l'on observe à partir des données Sciensano enregistrées par les hôpitaux, est inégalement répartie sur le territoire belge et, par conséquent, le phasage au sein des hôpitaux de la capacité réflexe au niveau des services de soins intensifs et des unités de soins à caractère non intensif est également réparti diversement. Nous constatons que la majorité des hôpitaux sont à ce jour en "phase 0" ou "phase 1A" de la capacité de pointe, avec respectivement 15% et 25% de lits agréés de soins intensifs en "capacité de veille" et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins à caractère non intensif réservés au traitement des patients COVID-19.

La redistribution de cette capacité réservée par les hôpitaux au sein d'un réseau hospitalier locorégional ou d'une province est autorisée, mais doit être signalée à l'autorité d'agrément. Tout accord au sein d'un réseau ou toute modification de celui-ci doit être immédiatement signalée à l'autorité d'agrément en vue d'une régulation, au départ du Comité, par l'Inspecteur fédéral d'hygiène, mais aussi de la régulation par le centre 112 compétent.

Le nombre d'hospitalisations de patients COVID-19 va continuer à augmenter dans les prochaines semaines. La politique du Comité est de répartir la charge sur les hôpitaux, en maintenant chaque hôpital à un niveau de saturation le plus bas possible afin de minimiser l'impact sur les activités régulières et sur les soins aux patients non Covid. En outre, cette dispersion devrait contribuer à limiter ou au moins à répartir la pression sur les prestataires de soins de santé. Le Comité conseille une répartition maximale du nombre de patients COVID-19 au sein du réseau propre, du réseau voisin ou au sein de la province afin de maintenir le programme électif le plus longtemps possible. L'Inspecteur Fédéral d'Hygiène est à disposition pour apporter son soutien, si nécessaire, à la régulation des transports dans le cadre des transferts, surtout si ceux-ci ont lieu en dehors du réseau hospitalier. Le cas échéant, l'Inspecteur interviendra également activement afin de réaliser cette répartition, conformément aux directives du Comité. Les coûts du transport inter-hospitalier et extra-hospitalier des patients dans le contexte de la crise actuelle COVID-19, dans le but de libérer rapidement des lits pour éviter la surcharge des services d'urgence et de soins intensifs, seront, sous certaines conditions, pris en charge par le BMF des hôpitaux. Nous faisons ici référence au contrat "Transport inter-hospitalier et extra-hospitalier de patients" que vous avez reçu par e-mail le 13 mai 2020 et qui s'inscrit dans le cadre de l'art. [101](#), 2° de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10/07/08 (modifié par l'arrêté royal du 03/07/20).

Si le seuil de 25 % des lits agréés de soins à caractère intensif (phase 1A) est dépassé, les hôpitaux du réseau doivent pouvoir passer à la phase 1B dans les 48 heures. Cela suppose tout d'abord que 50 % des lits de soins

---

<sup>1</sup> Circulaire HTSC du 17/6/2020 : Covid-19 – Hospital & transport surge capacity: Plan d'Urgence Hospitalier, capacité de veille et capacité à maintenir disponible dans le cadre de la préparation à une deuxième vague.

à caractère intensif agréés (=n) et 4 fois (n) de lits agréés dans des unités de soins à caractère non intensif soient maintenus libres. Deuxièmement, au niveau du plan d'urgence hospitalier, il est nécessaire de passer de la phase d'information à la phase d'action.

Les hôpitaux du réseau sont en mesure de passer à la phase 2A dans un délai de 7 jours, soit à l'initiative du réseau après consultation des hôpitaux du réseau, soit après décision du comité, auquel cas :

- au niveau du réseau, 60 % des lits de soins à caractère intensif agréés sont réservés (arrondi mathématique, c'est-à-dire à partir de 0,5 vers le haut, en-deçà de 0,5 vers le bas).
- au niveau du réseau, une capacité de lits de soins à caractère intensif supplémentaire (capacité réflexe) de 15% est créée, calculée sur le nombre total de lits de soins à caractère intensif agréés (arrondi mathématique, mais en prévoyant toujours au moins un lit par hôpital).

Le réseau et les hôpitaux qui en font partie sont en outre en mesure d'augmenter cette capacité réflexe de 25% dans un délai supplémentaire de 7 jours (phase 2B).

Des lits supplémentaires à caractère intensif, en plus des lits agréés, ne seront créés qu'à partir de la phase 2 en plus de la capacité agréée. En effet, l'ouverture de ces lits supplémentaires suppose une réorientation des ressources (personnel, équipement), ce qui a pour conséquence de mettre les activités régulières de l'hôpital sous forte pression ou de les paralyser complètement, avec les conséquences néfastes déjà mentionnées auparavant pour les patients.

## **2) Interruption du programme de soins électifs**

Dans la circulaire du 30/04/2020<sup>2</sup>, nous avons suggéré comment, idéalement, la reprise progressive des activités non liées à la COVID-19 à l'hôpital après la première vague devrait être initiée. Nous avons ensuite demandé l'avis du Bureau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour l'élaboration de ces lignes directrices. Compte tenu de l'évolution actuelle de la pandémie, il pourrait être nécessaire, en raison de la saturation de la capacité hospitalière COVID-19, d'arrêter le programme électif. Lorsque l'hôpital doit **interrompre son programme de soins électifs**, le **mouvement inverse du redémarrage progressif doit être suivi**, dans lequel **tous les soins nécessaires et urgents peuvent continuer à avoir lieu** en priorité comme toujours. Le programme électif est alors interrompu dans l'ordre suivant :

1. Les activités qui font appel aux soins intensifs.
2. Les hospitalisations classiques qui ne font pas appel aux soins intensifs.
3. Les activités chirurgicales en hôpital de jour ne faisant pas appel aux soins intensifs.
4. Les activités non chirurgicales en hôpital de jour (par exemple, gériatrie, psychiatrie).
5. Les consultations, activités d'hospitalisation à domicile et équipes mobiles.

---

<sup>2</sup> Circulaire HTSC du 30/4/2020 : Covid-19 – Hospital & transport surge capacity: Etapes suivantes – « deuxième vague ». Ajouts et précisions concernant le courrier du 24/04/2020.

Cependant, nous continuons à souligner que cette interruption doit être évitée le plus longtemps possible en veillant à ce que la prise en charge des patients Covid soit répartie entre les hôpitaux.

### **3) Plan d'Urgence Hospitalier**

Le passage des hôpitaux du réseau à la phase 1B suppose également que le plan d'urgence hospitalier repasse en phase d'action si cela n'a pas eu lieu plus tôt. Idéalement, les hôpitaux devraient passer à une phase supérieure ensemble par réseau, et donc en coordination mutuelle, dès qu'un hôpital du réseau se trouve dans cette situation.

**Nous tenons à souligner ici que lorsqu'un hôpital passe à la phase d'action de son plan d'urgence hospitalier, la Cellule de Coordination Hospitalière (CCH) entre en action. La CCH, qui comprend au moins le directeur général, le médecin-chef, le directeur du département infirmier et le coordinateur du plan d'urgence, prendra également en charge la coordination et les décisions ultérieures pour l'hôpital dans le contexte de la pandémie COVID-19.**

### **4) Transparence**

Notre comité ne souhaite pas vous alourdir ou vous embrouiller avec de constantes nouvelles directives. Nos lignes directrices et notre approche phasée pour le renforcement des capacités de pointe sont déjà définies et connues depuis plusieurs mois. Ces lignes directrices restent en vigueur. Dans le même temps, nous resterons en contact avec vous et ferons preuve de transparence sur nos travaux.

Nous voulons également apporter un soutien maximal au secteur hospitalier dans la gestion locale de la situation de crise. Nous avons déjà fourni un retour d'information<sup>3</sup> sur les données enregistrées (Sciensano & ICMS). Nous travaillons actuellement à l'élaboration d'une newsletter dans laquelle nous vous donnerons un retour d'informations hebdomadaire concernant, premièrement, la situation épidémiologique actuelle et son impact au niveau du secteur hospitalier ; deuxièmement, les différentes phases dans lesquelles se trouvent les hôpitaux et les réseaux ; et, troisièmement, l'évolution prévue de la charge des hôpitaux au niveau des provinces et, dans une prochaine étape, éventuellement par réseau hospitalier. Nous souhaitons ainsi vous donner un aperçu de la situation actuelle et vous fournir un outil supplémentaire pour gérer cette pandémie au niveau de votre hôpital ou de votre réseau.

---

<sup>3</sup> 27/8/2020 – Retour sur les données enregistrées via Portahealth

**Enfin, le comité tient à remercier les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour leurs efforts constants visant à maintenir le patient au centre des préoccupations pendant cette crise COVID-19. Nous sommes conscients de l'énorme pression que vous avez subie lors de la première vague. Pour notre part, nous continuerons à travailler de manière constructive avec les représentants des autorités, de la Défense, des Fédérations hospitalières et des experts au sein du comité.**

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter l'adresse e-mail suivante : [sante-gezondheid@ccc.brussels](mailto:sante-gezondheid@ccc.brussels).

Dr. Paul Pardon  
Chief Medical Officer  
Belgique, Président du Risk  
Management Group

Pedro Facon  
Pour le Comité  
Hospital & Transport  
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe  
Pour le Comité  
scientifique

Prof. Dr. Geert Meyfroidt  
Président de la Société belge  
de médecine intensive

ANNEXE :

- Schéma "2nd WAVE IN HOSPITAL – V.1.5 – 17.06.2020"