

# Comité Hospital & Transport Surge Capacity

En vertu de l'article 13 de la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19

DATE 11/05/2021  
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**

**Pour information aux Hôpitaux psychiatriques et Hôpitaux de revalidation**

**Pour information aux Fédérations hospitalières**

**Pour information aux Gouverneurs**

OBJET Covid-19 – Communication : Plan *Surge Capacity*.

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, vous remercie, ainsi que vos collaborateurs, pour les prestations surhumaines qui ont permis de sauvegarder depuis plus d'un an notre système de soins.

## **1. Evolution épidémiologique**

Les chiffres épidémiologiques et hospitaliers se sont légèrement améliorés au cours des dernières semaines, mais les taux d'occupation des hôpitaux, en particulier dans les unités de soins intensifs, restent élevés.

Le 11 mai 2021, nous avons 686 patients COVID-ICU et 66 patients COVID-HFNO-MIDCARE dans les hôpitaux belges. Même si le taux d'occupation des unités de soins intensifs COVID est tombé en dessous de 50 % dans la majorité des hôpitaux et des provinces, le taux d'occupation des unités de soins intensifs en général, COVID et non-COVID, reste de 90%.

## **2. Réduction de la capacité de pointe**

Le Comité confirme que les critères de réduction de la capacité de pointe tels qu'ils sont définis dans le courrier du 17 décembre 2020 continuent de s'appliquer.

Phase 2A -> 1B : Réduction du nombre total de patients COVID-ICU en dessous de 50% du nombre de lits ICU agréés.

Les provinces dans lesquelles **tous les hôpitaux** se situent en dessous d'un taux d'occupation de 50 % du nombre de lits de soins intensifs agréés par des patients COVID peuvent, moyennant l'accord de l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène, passer à la phase 1B, tout en maintenant un ratio ICU/non ICU de 1/4. Toutefois, en cas de réduction de la capacité, la capacité réduite doit rester réactivable pendant 2 semaines dans un délai de 48 heures. Lorsque des accords ont été conclus au sein d'un réseau concernant la redistribution des lits COVID au sein du réseau, il est toujours possible d'effectuer le passage au niveau provincial si le réseau et au moins la moitié des hôpitaux du réseau tombent en dessous des 50% d'occupation COVID du nombre de lits de soins intensifs agréés.

Le Comité continuera à suivre de près l'évolution des chiffres épidémiologiques.

### **3. Reprise des soins réguliers non urgents**

La persistance d'un taux d'occupation élevé des unités de soins intensifs, et la charge de travail très importante qui en découle pour le personnel, sont une préoccupation très importante pour le Comité.

Le redémarrage des activités non urgentes utilisant les soins intensifs peut donc être envisagé dans les hôpitaux qui ont pu passer à la phase 1B. Mais ce redémarrage **ne peut avoir lieu qu'au plus tôt 2 semaines après le passage à la phase 1B**, lorsque la réactivation dans un délai de 48 heures de la capacité réduite est également annulée. Et seulement lorsque le médecin-chef, avec les spécialistes, **en concertation avec le département des soins infirmiers**, a déterminé une planification optimale, un déploiement du personnel et des ressources, respectant explicitement le but de normaliser la charge de travail dans les services de soins intensifs.

### **4. Cadre général des visites et de l'accompagnement**

Les restrictions imposées aux visites et à l'accompagnement sont nécessaires et ne peuvent être moins strictes que celles imposées à la population générale. Malheureusement, ces restrictions sont aussi souvent une source d'irritation et de frustration. Trouver le juste équilibre entre sécurité et humanité, dans une situation épidémiologique évolutive, reste un exercice très difficile et dépend de nombreux facteurs : architecture, infrastructure, cadre, type d'institution, .....

Dans les lettres du 20 mai 2020, du 8 juin 2020 et du 13 août 2020, un certain nombre de directives ont été données concernant le cadre général des visites et de l'accompagnement. Chaque fois, il a été mentionné que les hôpitaux pouvaient eux-mêmes décider des règles imposées aux visites et accompagnements, ceci en garantissant la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs. Cette décision reste valable. Cependant, nous aimerions demander aux hôpitaux, au sein de leur réseau et en accord avec les hôpitaux environnants, d'encadrer autant que possible les processus relatifs aux visites et à l'accompagnement dans un règlement général, afin que les différences dans les processus ne soient pas une cause de frustration supplémentaire.

Nous tenons donc à remercier une fois de plus les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel hospitalier pour leurs efforts constants.

Dans les semaines à venir, nous poursuivrons également nos efforts pour soutenir le secteur hospitalier.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter [soins.hospitaliers@avig.be](mailto:soins.hospitaliers@avig.be) .

Dr. Paul Pardon  
Chief Medical Officer  
Belgique

Marcel Van der Auwera  
Président du Comité  
Hospital & Transport  
Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe  
Expert scientifique du  
Comité

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