

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 11/03/2021
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 : passage à des phases supérieures du 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, a suivi très activement la situation du secteur hospitalier au cours des derniers jours. Par analogie avec la première et la deuxième vagues, le comité doit prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique

Le 10 mars 2021, les hôpitaux belges comptaient 1947 patients COVID, 452 patients COVID-ICU et 56 patients COVID-HFNO. Le taux d'occupation mathématique global des unités de soins intensifs COVID du pays est de 23%, pour 54 hôpitaux le taux dépasse les 25% (1/4).

La moyenne hebdomadaire des nouvelles admissions COVID est restée stable autour de 151 au cours de la semaine dernière. Pour la 2eme semaine d'affilée nous n'avons pas vu une augmentation exponentielle mais une croissance lente et continue. Les modèles de prévision prévoient que cette tendance continue les 2 à 3 prochaines semaines.

2. Passage à des phases supérieures du plan *Surge Capacity*

Bien que la période à venir reste une période d'incertitude et de fluctuations, le Comité estime que pour l'instant, passer à 50% (1/2) aurait un impact trop important sur les soins non-COVID.

Vu le taux d'occupation des unités de soins intensifs COVID à 23% aujourd'hui, le fait que la phase 1A du plan *Surge Capacity* prévoit 25% de réservation de lits, et vu la croissance lente et continue, il y a un besoin proactif d'augmentation limitée de la capacité COVID. Le passage de 25% (1/4) vers 50% (1/2) est logique lors d'une augmentation exponentielle. Mais dans cette nouvelle réalité d'une montée lente mais continue, ce saut est trop important. Le comité a donc inséré une étape intermédiaire entre la phase 1A et la phase 1B, appelée phase 1A+, avec un objectif de 33,3 % (1/3) de réservation de la capacité des unités de soins intensifs ; le tableau par hôpital est en annexe de ce courrier.

Le Comité demande à tous les hôpitaux généraux et universitaires d'augmenter progressivement, en concertation au sein du réseau et de la province, la capacité de leurs USI COVID afin qu'il y ait toujours une marge d'action COVID-ICU. Le but devrait toujours être d'éviter la phase 2A. Il convient donc de déployer un maximum d'efforts pour répartir les patients au mieux à partir de la phase 1B (voir section 4 de la lettre).

Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres épidémiologiques dans les prochains jours. En cas d'augmentation de l'occupation globale des unités de soins intensifs COVID au-delà de 525 lits, le passage à la phase 1B pourra être demandé. En fonction du profil de l'augmentation, le Comité anticipera et ajustera, si nécessaire.

Le passage des hôpitaux à une phase au-delà de la phase 1A implique également que le plan d'urgence hospitalier, si ce n'était pas déjà le cas, repasse en phase d'action. Il convient de souligner que lorsqu'un hôpital passe à la phase d'action de son plan d'urgence hospitalier, la cellule de coordination hospitalière (CCH) est activée. 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 stratégiques ultérieures pour l'hôpital dans le cadre de la pandémie COVID-19.

3. Soins réguliers non urgents

Le Comité est bien conscient que même cette augmentation lente, mais continue, surtout en soins intensifs COVID, impacte les activités électives des soins intensifs.

Nous demandons donc au médecin-chef, en collaboration avec les spécialistes et la direction des soins infirmiers, de déterminer de manière réfléchie la planification et le déploiement optimaux du personnel et des ressources, mais aussi de consulter de manière optimale ses collègues au sein et en dehors du réseau en ce qui concerne la distribution opportune et optimale des patients COVID.

4. Répartition des patients au sein des hôpitaux, des réseaux et des provinces

Certains hôpitaux, réseaux hospitaliers ou provinces ont dépassé les seuils de la phase 1A et/ou 1A+ et sont de facto en phase 1B.

Nous rappelons que le plan de répartition est un élément essentiel des actions entreprises pour garantir la qualité des soins aux patients, qu'ils soient ou non COVID, mais aussi pour répartir la charge des soins et la pression sur le personnel et les institutions. Il est donc toujours très important de mettre en œuvre le plan de répartition de manière solidaire. Les patients COVID ne seront pas admis à l'hôpital de manière uniforme dans tout le pays. À l'heure actuelle, et en raison de l'impact négatif démontré du débordement de la capacité USI sur le pronostic des patients¹, il n'est pas conseillé de créer une capacité USI supplémentaire en dehors des lits agréés. Par conséquent, la répartition devrait viser à maintenir tous les hôpitaux en dessous des seuils de la phase 2A, et donc dans la phase 1B.

Dans cette phase également, les hôpitaux doivent répartir autant que possible au sein de leur propre réseau ou de la province ; si cela s'avère impossible, ils répartiront également les patients aux niveaux supra-réseau et supra-provincial.

Si un hôpital ne peut pas trouver de destination pour un patient, les inspecteurs fédéraux d'hygiène lui apporteront à nouveau leur soutien à ce stade.

Nous tenons à remercier une fois de plus les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel hospitalier pour leurs efforts constants. Pour notre part, nous continuerons à travailler dans un esprit de soutien au secteur hospitalier, en maintenant une coopération constructive avec les représentants des autorités, le ministère de la défense, les fédérations hospitalières et les experts au sein du comité.

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 .

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

¹ F.S. Taccone, N. Van Goethem, R. De Pauw et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health – Europe (2021)
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lanep.2020.100019>