

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 16/03/2021
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 la phase 1B 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 16 mars 2021, les hôpitaux belges comptaient 2086 patients COVID, 523 patients COVID-ICU et 60 patients COVID-HFNO. Le taux d'occupation mathématique global des unités de soins intensifs COVID du pays est de 26%, 63 hôpitaux se retrouvent minimum en phase 1B du Plan *Surge Capacity*.

La moyenne hebdomadaire des nouvelles admissions COVID a augmenté pour se situer à 168 au cours de la semaine dernière. La croissance a accéléré. Les modèles de prévision prévoient que cette tendance plus rapide continue les 2 à 3 prochaines semaines.

2. Passage à la phase 1B du plan Surge Capacity

En raison de l'évolution épidémiologique, les hôpitaux seront obligés de passer à une phase supérieure du plan *Surge Capacity* dans les jours à venir.

Nous souhaitons anticiper de manière proactive cette nécessité inévitable et, par cette lettre, nous demandons à **tous les hôpitaux généraux et universitaires de passer graduellement à la phase 1B du plan *Surge Capacity* COVID-19 pour lundi 22 mars 2021**, ceci en fonction des besoins provinciaux, des besoins au sein du réseau et du besoin de distribution des patients.

Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres épidémiologiques dans les prochains jours.

3. Soins réguliers non urgents

Le Comité se rend compte que l'évolution épidémiologique et le passage graduel à des phases plus élevées du Plan *Surge Capacity* auront inévitablement un impact sur les activités électives. Des soins électifs et planifiés faisant appel aux services de soins intensifs devront inévitablement être reportés à nouveau.

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. Soins urgents et nécessaires

Il doit être très clair que toutes les consultations, examens et interventions urgentes et nécessaires doivent se poursuivre. Toutes les thérapies nécessaires (à la vie) en cours (chimiothérapie, dialyse,...) ou la réadaptation nécessaire seront également poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID seront clairement séparés des soins réguliers.

Nous nous rendons compte que la situation des hôpitaux ayant une fonction tertiaire pour certains programmes de soins uniques (tels que la transplantation) est très complexe sur le plan organisationnel. Les problèmes de capacité imminents pour ces programmes de soins doivent de préférence être signalés aux inspecteurs d'hygiène fédéraux.

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

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 d'hygiène fédéraux lui apporteront à nouveau leur soutien à ce stade.

6. Enregistrements Sciensano et ICMS

Un suivi de près et une évaluation des données enregistrées par le Comité présupposent que les données soient enregistrées quotidiennement et à temps, avant 11 heures, auprès de Sciensano et de l'ICMS.

Toutefois, le Comité est conscient que cet enregistrement quotidien représente également une lourde charge pour les hôpitaux, charge qui vient s'ajouter à celle des soins dispensés aux patients COVID.

En concertation, il a donc été décidé que l'enregistrement des données (Surge Capacity Survey) du **samedi** pourra être reporté au dimanche. Le samedi n'est donc plus à enregistrer en temps réel. Le dimanche, les données du samedi et celles du dimanche (en deux enregistrements distincts) doivent être enregistrées auprès de Sciensano.

Cependant, nous vous demandons, plus explicitement, de signaler tous les clusters intra-hospitaliers survenant dans les hôpitaux. Ces données sont très importantes pour la gestion de la situation épidémiologique.

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@aviq.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.lanepe.2020.100019>