

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 18/08/2021

CONTACT

TEL.

E-MAIL

Aux Directeurs généraux, Médecins-chefs, Directeurs du Département infirmier et Coordinateurs des Plans d'Urgence 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 : Evolution épidémiologique et plan de répartition.

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. Nous constatons à nouveau une augmentation lente, mais assez constante, du nombre d'admissions de patients COVID. Le Comité doit, par analogie avec les derniers mois, prendre les mesures nécessaires pour réguler l'évolution épidémiologique et la charge sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique

Le 17 août 2021, les hôpitaux belges comptaient 567 patients COVID, 162 patients COVID-USI et 15 patients COVID en lits CHOC. Le taux global d'occupation des lits USI par des patients COVID pour l'ensemble du pays est de 8%.

La moyenne sur 7 jours des nouvelles admissions COVID est passée à 57 au cours de la semaine dernière, celle des nouvelles admissions en COVID-USI à 16. La tendance à la hausse lente s'est accélérée la semaine dernière, mais n'est pas encore exponentielle. Les modèles de prévision prévoient une poursuite de cette tendance dans les 2 à 3 prochaines semaines.

Cependant, la situation épidémiologique n'est pas répartie de manière homogène dans le paysage hospitalier. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'hôpitaux et la phase du plan *surge capacity* dans laquelle se trouvent les hôpitaux.

| | « 0 » | « 1a » | « 1b » |
|-------------------|-----------|-----------|----------|
| Antwerpen | 12 | 2 | |
| Brabant Wallon | 2 | | |
| Brussel-Bruxelles | 5 | 1 | 5 |
| Hainaut | 12 | 1 | 1 |
| Liège | 10 | 2 | |
| Limburg | 6 | | 1 |
| Luxembourg | 2 | 1 | |
| Namur | 5 | 1 | |
| Oost-Vlaanderen | 13 | 1 | |
| Vlaams-Brabant | 5 | 1 | |
| West-Vlaanderen | 9 | 1 | 1 |
| | 82 | 11 | 8 |

2. Enregistrement des données Sciensano et ICMS

Un suivi minutieux 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 d'ICMS.

Nous avons pu réduire la charge d'enregistrement en reportant l'enregistrement des données chiffrées (enquête *surge capacity* et ICMS) **les week-ends et les jours fériés** au lundi ou au lendemain du jour férié. Ainsi, l'enregistrement en temps réel n'est plus nécessaire les week-ends et les jours fériés. Le lundi ou le lendemain du jour férié, nous demandons que tant les chiffres du week-end ou du jour férié que ceux du jour où l'enregistrement est réalisé soient soumis à temps à Sciensano et à ICMS (dans des enregistrements séparés).

Compte tenu de la période des vacances et du fait qu'une partie du personnel hospitalier profite également de vacances plus que méritées, nous demandons instamment, en toute transparence, qu'**ICMS ne reflète que la capacité réelle des lits disponibles**. Nous demandons également que les fermetures exceptionnelles de lits, par exemple en raison de rénovations, soient explicitement communiquées à l'administration de l'entité fédérée compétente. En particulier dans le cadre de cette tendance à la hausse, il est de la plus haute importance que le Comité ait accès à des chiffres de capacité réels et effectifs et non à des chiffres de capacité virtuels.

3. Passage de la « phase 0 » à la « phase 1A »

Nous constatons qu'à ce jour, la majorité des hôpitaux sont en "phase 0", avec 15 % de lits agréés de soins intensifs en "capacité de veille" et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs réservées au traitement des patients COVID-19.

Si un hôpital atteint presque ou complètement sa capacité de pointe des 15% ICU de la "phase 0", il lui incombe de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1A" dans les 48 heures. Dans le cadre de la "phase 1A", l'hôpital réservera 25 % des lits agréés de soins intensifs et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs réservées au traitement des patients COVID-19.

4. Répartition des patients dans les hôpitaux, réseaux et provinces

Le plan de répartition est un élément essentiel pour garantir la qualité des soins aux patients COVID et non COVID, mais aussi pour répartir la charge de travail et réduire la pression sur le personnel et les institutions. La solidarité dans la distribution des patients COVID, au sein de chaque phase du plan *surge capacity*, est donc extrêmement importante.

Actuellement, les patients COVID ne sont pas hospitalisés de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Par conséquent, par solidarité avec les hôpitaux les plus sévèrement touchés et afin de veiller à ce que les patients non-COVID puissent également recevoir des soins dans ces hôpitaux, les patients doivent déjà être répartis activement dans cette phase. Et ce, tant au sein du réseau ou de la province auquel appartient l'hôpital, qu'au niveau supra-réseau et supra-provincial le cas échéant.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter soins.hospitaliers@aviq.be.

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.

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