

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 26/10/2021

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 : passage à la Phase 1A du Plan *Surge Capacity*.

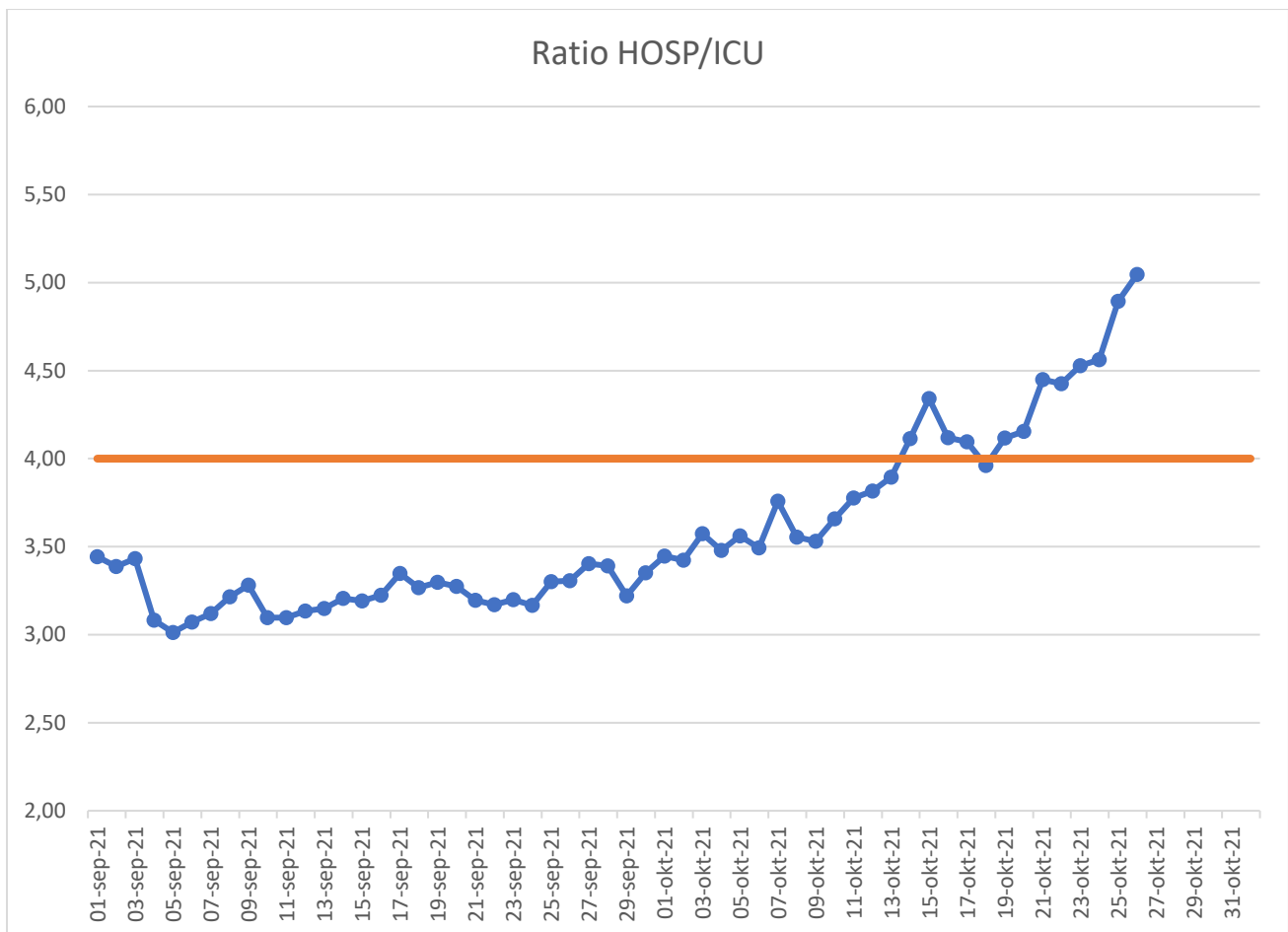
Madame, Monsieur le Directeur général,
Madame, Monsieur le Médecin-chef,
Madame, Monsieur le Directeur du Département infirmier,
Madame, Monsieur le Coordinateur du PUH,

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. Le Comité doit, par analogie avec les derniers mois, prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique

Les données épidémiologiques et d'hospitalisation présentent à nouveau ces derniers jours une tendance à la hausse rapide.

Ce 26 octobre 2021, les hôpitaux belges comptent 1.312 patients COVID et 260 patients COVID-USI. Le taux global d'occupation des lits USI par des patients COVID au sein de 10 hôpitaux a de nouveau dépassé 25%. Les modèles de prévision laissent entendre que nous allons poursuivre cette tendance à la hausse au cours des 4 prochaines semaines, et qu'au début de la semaine prochaine, nous aurons dépassé les 300 patients Covid aux USI et donc pleinement utilisé la capacité de la phase "0". En outre, nous constatons que le nombre de patients COVID HOSP augmente encore plus vite que celui des soins intensifs - le ratio de 1 lit de soins intensifs pour 4 lits HOSP a déjà été dépassé aujourd'hui.



2. Passage à la « phase 1A » du Plan Surge Capacity

En raison du nombre croissant de patients au sein des hôpitaux et des réseaux, les hôpitaux vont être contraints, s'ils ne l'ont pas fait spontanément ces derniers jours, de passer à une phase supérieure du Plan *Surge Capacity* dans les prochains jours.

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires **de passer progressivement, d'ici 2 semaines, à la phase 1A**, 25% de la capacité USI agréée devant être réservée aux patients COVID-19, **avec un ratio de 6 pour le nombre de lits hors USI**, à réaliser progressivement ici aussi (voir tableau en annexe).

Le comité HTSC ne veut pas laisser de lits libres inutilement. Les hôpitaux sont tenus de passer progressivement à une réservation de 25 % de lits à caractère intensif. Nous demandons que tous les hôpitaux d'un même réseau organisent le passage en phase 1A de manière simultanée et en informe l'inspection d'hygiène fédérale et l'entité fédérée compétente. Dans le cadre de cette évolution, ils doivent toujours libérer suffisamment de lits pour gérer leur propre nouvel afflux de patients ainsi que les lits nécessaires, par solidarité, dans le cadre du plan de répartition, afin d'aider les hôpitaux qui ont déjà dépassé les 25 %. Si les hôpitaux passent des accords entre eux, au sein du réseau ou non, pour cohorter les lits COVID, cette décision doit être communiquée à l'administration de l'entité fédérée compétente. Cette dernière informera le comité HTSC afin que l'outil de calcul puisse prendre en compte ces accords lors de l'établissement de la liste des destinations prioritaires pour les transferts.

Le passage des hôpitaux à la phase 1A du Plan *Surge Capacity* implique également que le plan d'urgence hospitalier, si ce n'était pas déjà le cas, repasse en phase d'action. 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) est activée. La CCH, qui comprend au moins le directeur général, le médecin-chef, le directeur des soins infirmiers et le coordinateur du plan d'urgence, se chargera également de la coordination et de prendre les autres décisions stratégiques, dans le cadre de la pandémie COVID-19, pour l'hôpital.

Compte tenu de la situation spécifique de Bruxelles, où il n'a jamais été possible de descendre en dessous de la phase 1B dû à la situation épidémiologique, l'Inspection fédérale continuera à suivre de près la situation et à donner les directives appropriées aux hôpitaux.

3. Passage à la phase 1A+ du Plan *Surge Capacity*

Une augmentation rapide de 25% (1/4) à 50% (1/2) de réservation des lits USI agréés est une étape logique dans le cas d'une augmentation exponentielle. Cependant, comme en mars 2021, nous constatons aujourd'hui que l'augmentation est rapide mais pas encore exponentielle, ce qui rend cette étape trop lourde. Le Comité ajoute donc aujourd'hui, comme il l'avait fait en mars 2021, une étape intermédiaire entre la phase 1A et la phase 1B, la phase 1A+, avec une valeur cible de 33,3% (1/3) de la capacité agréée des USI à réserver (le tableau détaillé par hôpital se trouve en annexe).

Si un hôpital atteint presque ou complètement une occupation des 25% de lits USI réservés pour la "phase 1A", il est de la responsabilité de l'hôpital de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1A+" endéans les 48 heures. Dans le cadre de la "phase 1A+", l'hôpital réservera 33% des lits USI agréés et 6 fois ce nombre de lits agréés dans les services de soins non USI à la prise en charge des patients COVID-19. Le passage à la phase 1A+ est communiqué à l'entité fédérée compétente et l'inspecteur d'hygiène fédéral.

Toutefois, l'objectif doit être d'éviter le passage à des phases supérieures. Il faut donc faire le maximum pour répartir les patients.

4. Soins réguliers non-urgents

Malgré l'augmentation du taux d'occupation des unités de soins intensifs, le Comité est d'avis qu'outre la réservation obligatoire d'une capacité USI-COVID, les activités non urgentes qui ont recours aux soins intensifs doivent également pouvoir se poursuivre dans la mesure du possible. Nous demandons donc au médecin-chef, en collaboration avec les spécialistes et la direction des soins infirmiers, de déterminer la planification et le déploiement adéquats du personnel et des ressources, mais aussi de consulter ses collègues à l'intérieur et à l'extérieur du réseau en ce qui concerne la répartition optimale et en temps voulu des patients COVID. **Seule une répartition optimale, solidaire, dans tous les hôpitaux, peut garantir les soins réguliers des patients non-COVID.**

5. 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.

Grâce à l'analyse des données de transfert des vagues précédentes, nous savons qu'un transfert à longue distance a un impact potentiellement négatif sur le pronostic du patient. Par conséquent, en règle générale, la préférence sera donnée aux transferts sur des distances plus courtes. Toutefois, comme nous souhaitons également répondre à la demande d'utilisation la plus large possible de la capacité nationale disponible, nous recommandons, dans la mesure du possible, de prendre la décision de transférer les patients dont l'état de santé risque de se détériorer à un stade précoce afin de limiter autant que possible l'impact potentiellement négatif d'un long transfert sur leur pronostic.

Compte tenu de l'impact potentiellement négatif d'un transfert sur le pronostic du patient, chaque transfert doit se dérouler dans les meilleures conditions possibles. **Il est de la responsabilité de l'hôpital d'origine** de stabiliser le patient avant son transfert et de le préparer au transport. Nous déconseillons donc fortement les transferts en fin de soirée et/ou de nuit.

Les hôpitaux répartissent en premier leurs patients au sein de leur réseau hospitalier ou de leur province. Dans certaines provinces, ils peuvent également s'appuyer sur les procédures et les mécanismes mis en place à cet effet. Si les hôpitaux ne parviennent plus à identifier des solutions de répartition des patients au sein de leur propre réseau ou de la province, ils peuvent faire appel à l'Inspection Fédérale d'Hygiène pour obtenir un soutien. Le comité HTSC a fourni aux Inspecteurs d'Hygiène Fédéraux un outil de soutien dans ce cadre, dont les détails ont été décrits dans notre courrier du 31/08/2021.

La priorité en matière de transfert sera donnée aux hôpitaux ayant le taux d'occupation le plus élevé, vers ceux ayant le taux le plus bas. Si plusieurs hôpitaux ont des accords de cohortage, le taux d'occupation sera déterminé sur la base des données agrégées. **La priorité sera donnée aux transferts en provenance des hôpitaux dont le taux d'occupation est supérieur à 25 % (des lits USI agréés) vers les hôpitaux dont le taux d'occupation est inférieur à 15 %.**

Les hôpitaux peuvent être informés par les inspecteurs d'hygiène fédéraux sur l'ordre identifié sur la liste de priorité, afin par exemple de préparer les hôpitaux en interne à la réception potentielle d'un transfert COVID.

Lorsqu'un hôpital est contacté concernant l'accueil potentiel d'un patient transféré, cela se fait sur la base des données disponibles concernant la capacité d'admission : capacité réservée obligatoire - capacité utilisée par les patients COVID. Conformément à l'article 12 de la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19, cette action est considérée comme une **réquisition par le système d'appel unifié**. En cas de refus d'un transfert par un hôpital ou en cas de non-respect de la réserve obligatoire de capacité à la suite de laquelle un transfert ne peut avoir lieu, celui-ci peut être poursuivi conformément à la loi du 8 juillet 1964 sur l'aide médicale urgente.

6. Reprise de l'enregistrement des données Sciensano et ICMS pendant le week-end

Compte tenu de l'évolution épidémiologique et de la perspective de voir à nouveau plus de 300 patients USI-COVID admis dans nos hôpitaux, nous devons demander aux hôpitaux de reprendre l'enregistrement des données "Sciensano-SURGE" et "ICMS" pendant le week-end, à partir du week-end des 6 et 7 novembre 2021.

Nous rappelons que l'enregistrement des patients dans la *Clinical Hospital Survey* à l'admission et à la sortie constitue une ressource inestimable. Toutefois, cet enregistrement doit être effectué en temps utile afin d'aider les autorités sanitaires et le Comité HTSC à déterminer leurs politiques de santé publique. Nous remercions tous ceux qui contribuent à cet effort et leur demandons de le poursuivre.

7. Enregistrement des lits USI et non-USI fermés

Étant donné que le comité HTSC et les inspecteurs fédéraux d'hygiène n'ont pas une vision claire du nombre de lits qui sont fermés ou non, en raison par exemple du manque de personnel, les pourcentages et le plan de répartition sont actuellement toujours basés sur le nombre de lits USI agréés.

Afin de pouvoir répondre aux interpellations des hôpitaux concernant l'utilisation des lits opérationnellement disponibles, nous devons demander aux hôpitaux d'enregistrer le nombre de lits fermés en USI et en HOSP dans ICMS.

La procédure de changement de l'outil ICMS a été lancée ; dès que le comité HTSC recevra les données exactes concernant ce nouveau numéro à enregistrer, nous vous en informerons.

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.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter sante-gezondheid@ccc.brussels.

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