

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 30/11/2021

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 : Interruption du programme électif.

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 mois. Nous constatons que l'évolution au sein des hôpitaux et des unités de soins intensifs est très précaire. Le Comité doit, par analogie avec les derniers mois, prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la lourde charge qui pèse sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique et situation dans les hôpitaux

Les données épidémiologiques et d'hospitalisation continuent à présenter une tendance à la hausse rapide.

Ce 30 novembre 2021, les hôpitaux belges comptent 3.750 patients COVID et 780 patients COVID-USI.

Les modèles de prévision suggèrent toujours que cette tendance à la hausse se poursuivra. D'ici le 6 décembre 2021, nous dépasserons probablement la barre des 900 patients COVID-USI et, si la tendance ne s'inverse pas, celle des 1 000 patients COVID-USI d'ici le 10 décembre 2021.

Lors de la première vague, avec une population en lockdown, il a été démontré que l'occupation minimale des soins intensifs pour les soins non-COVID est d'environ 500. Mais même avec une société à l'arrêt, cette situation n'est viable que pendant quelques jours, et rapidement les soins intensifs non-COVID reviennent à un besoin minimal de 750-800 lits afin de garantir tous les soins urgents et nécessaires.

Aujourd'hui, la société n'est pas à l'arrêt, et on ne parle pas de lockdown. Il y a donc un flux entrant de patients victimes d'accidents du travail, d'accidents de la circulation, Il n'est donc pas réaliste de descendre en dessous d'un minimum de 800 lits dans les soins intensifs non-COVID.

En outre, les hôpitaux, comme d'autres secteurs, sont confrontés à une importante pénurie de personnel, ce qui entraîne la fermeture de lits. En raison du manque de personnel, plus de 220 lits USI sont fermés aujourd'hui. Cela signifie que le nombre de lits de soins intensifs théoriquement disponibles aujourd'hui est inférieur à 1800.

Ces constats et prévisions signifient qu'à très court terme, il n'y aura plus de marge de manœuvre dans nos unités de soins intensifs sans intervention. Cela nous oblige à prendre des **mesures avec effet immédiat**.

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

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires de faire tout leur possible à **partir de maintenant** pour mettre à disposition **l'intégralité de la phase 1B**, comme nous l'avons demandé dans notre lettre du 15 novembre.

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires de faire tout leur possible pour rouvrir les lits USI fermés. Si, pour des raisons de ressources humaines, il n'est pas possible d'ouvrir un lit "full-high care-ICU", il faut au moins en faire un lit middle-care dans lequel les patients peuvent être pris en charge pré- ou post-soins intensifs.

Nous rappelons aux hôpitaux que le RMG, ainsi que les lignes directrices sur le site de Sciensano, prévoient une exception à l'isolement pour les soignants asymptomatiques vaccinés. Ces personnes peuvent, à condition que les mesures de protection nécessaires soient prises, travailler dans une unité COVID.

3. Report des soins réguliers non urgents

Toutes les thérapies nécessaires (à la vie) en cours (chimiothérapie, dialyse,) ou la réadaptation nécessaire doivent être poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID seront clairement séparés des soins réguliers.

Le programme électif, tout en préservant les soins urgents et nécessaires, des étapes 1 à 3, **est obligatoirement supprimé avec effet immédiat et pour une période de 2 semaines :**

- 1. Les activités pouvant être reportées et nécessitant des soins intensifs.**
- 2. Les hospitalisations classiques qui ne font pas appel aux soins intensifs**, afin d'amener la capacité de prise en charge de la pathologie aiguë actuelle au moins au niveau de la phase 1B, et avec la perspective d'un passage à la phase 2A.
- 3. Les activités chirurgicales en hôpital de jour qui ne font pas appel aux soins intensifs**, ceci afin de pouvoir déployer le personnel du bloc opératoire et de la salle de réveil dans l'encadrement de la pleine capacité des soins intensifs de la phase 1B.

4. Les activités non chirurgicales en hôpital de jour (par exemple, gériatrie, psychiatrie, oncologie, ...).
5. Les consultations, activités d'hospitalisation à domicile et équipes mobiles.

En prenant cette mesure, le Comité ne demande pas que la priorité soit donnée à telle ou telle pathologie. Cependant, il est certain que l'afflux de patients COVID (USI et non-USI) **va se poursuivre** au cours des prochaines semaines. Nous ne pouvons plus l'empêcher et les nouvelles mesures n'auront qu'un effet tardif.

Le Comité appelle également à une consultation optimale avec les collègues à l'intérieur et à l'extérieur du réseau en ce qui concerne la répartition efficace et en temps voulu des patients COVID. **Seules la solidarité et une répartition optimale entre tous les hôpitaux peuvent garantir un maximum de soins réguliers pour les patients non-COVID.**

4. Mesures alternatives et d'accompagnement

Outre les mesures demandées aux hôpitaux, le Comité examine également des mesures alternatives et d'accompagnement afin de réguler les entrées et sorties de patients, ainsi que de compenser l'impact des mesures.

Nous sommes conscients que les hôpitaux et tout leur personnel traversent des moments très difficiles. Les efforts des directions hospitalières, des prestataires de soins et du personnel hospitalier sont particulièrement importants en faveur de tous les patients. Nous vous en sommes sincèrement très reconnaissants. 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. Cecile van de Konijnenburg
Chief Medical Officer Belgique
a.i.

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

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Expert scientifique du Comité