

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 11/01/2022

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 : Omicron.

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 concernant Omicron et le secteur hospitalier au cours des derniers jours.

ÉTAT DES LIEUX DES HÔPITAUX 09/01/2022

La Belgique compte 52 500 lits hospitaliers agréés (arrondis) et 2 000 lits USI reconnus.

Les chiffres COVID des hôpitaux sont en baisse depuis quelques semaines. Mais, en raison du nouveau variant Omicron, les chiffres épidémiologiques augmentent déjà à nouveau et très rapidement, tout comme le nombre de nouvelles hospitalisations COVID par jour.

Le dimanche 09/01/2022, nous avons 1 889 patients COVID et 442 patients COVID ICU au sein des hôpitaux belges. 29 hôpitaux ont toujours une occupation USI de 33% ou plus. 13 de ces hôpitaux ont encore un taux d'occupation des unités de soins intensifs de 50 % ou plus.

192 lits USI et 3 596 lits non USI sont fermés aujourd'hui en raison de pénurie de personnel.

430 lits USI sont libres et disponibles, ainsi que 6 416 lits non USI.

Avec la capacité actuelle des hôpitaux, un pic Omicron de 8000 patients hospitalisés et de 870 patients USI peut être absorbé par le système.

MODÈLES DE PREDICTION

Les modèles de prédiction concernant l'impact du pic Omicron sur le nombre d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs restent très divers. A l'heure actuelle, ils sont même trop imprévisibles pour que les biostatisticiens puissent faire une quelconque modélisation pour les soins intensifs. Les différents scénarios donnent l'image suivante :

	MID JANUARY CASES/day	MID JANUARY NEW HOSP/day	END JANUARY HOSP load
Best case : High vaccine effectiveness and 'November behavior'	55 000 - 70 000	600 – 900	4 500 – 7 500
Medium case : High vaccine effectiveness and 'current behavior'	75 000 - 80 000	700 – 1 200	6 000 – 10 000
Worst case : Low vaccine effectiveness and 'current behavior'	125 000	>1 200	>9 000

SURGE CAPACITY PLAN

Le plan *Surge Capacity* se compose jusqu'à ce jour de 3 phases :

- Phase 0 : la phase de veille - au cours de cette phase, 15 % de la capacité USI reconnue sont réservés à la pathologie COVID et 4 fois ce nombre de lits pour l'hospitalisation non USI.
- Phase 1 (A, A+, B) : passage à des phases plus intenses endéans la capacité existante : dans cette phase, réservation de 25 à 50 % de la capacité en lits USI et 4 à 6 fois ce nombre de lits pour les hospitalisations non USI.
- Phase 2 (A, B) : phase d'expansion : au cours de cette phase, l'hôpital passe à 60 % de la capacité USI reconnue et ouvre des lits supplémentaires pour les soins intensifs, avec 4 fois ce nombre de lits pour l'hospitalisation non USI.

Nous introduisons maintenant les phases suivantes, et le comité HTSC vous fera savoir quand elles entreront en vigueur :

- Phase 3 : arrêt de l'attribution de lits spécifiques pour les patients COVID et suspension des soins non urgents électifs. Dans cette phase, le principe de réservation de lits COVID est abandonné. Compte tenu de l'afflux important de pathologies COVID, la disponibilité de tous les soins critiques (COVID et non-COVID) doit être assurée. En pratique, les priorités (qu'il y ait ou non une pathologie COVID) seront fixées sur la base d'un triage **médical**.
- Étape 4 : triage renforcé.

Compte tenu de la période actuelle (lits fermés en raison de pénurie de personnel) et des prévisions disponibles concernant l'évolution au mois de janvier (évolution exponentielle), la faisabilité du déploiement d'une phase 2 (ouverture de lits USI supplémentaires) est peu réaliste dans un certain nombre d'hôpitaux. Il

est plus réaliste de penser que nous devons passer rapidement de la phase 1B à une phase 3 fédérale. Chaque hôpital pouvant ouvrir des lits supplémentaires, comme le prévoit la phase 2, est bien sûr encouragé à le faire.

Le passage à la phase 3 n'aura lieu que lorsque toutes les mesures d'accompagnement de la phase 1B et de la solidarité (plan de répartition) auront été épuisées. Le passage à la phase 3 doit être reporté aussi longtemps que possible.

'BUSINESS CONTINUITY PLAN' AU SEIN DES HOPITAUX EN CAS D'ABSENCE DU PERSONNEL DUE A OMICRON

Le comité HTSC a envoyé un courrier aux hôpitaux le 7 janvier contenant les modèles détaillés de prédiction SIMID. Il a été demandé à chaque hôpital d'identifier les éventuels goulets d'étranglement en matière de personnel compte tenu des 3 scénarios et d'activer son *Business continuity plan*.

En cas de pénurie de personnel due à des infections par Omicron, tous les cadres de personnel et modèles organisationnels alternatifs existants et utilisés devront être utilisés.

Il s'agit, par exemple :

- de ne plus déployer des équipes de nettoyage dans les bureaux administratifs de l'hôpital, mais de se concentrer sur les unités de soins opérationnelles
- de la mobilité interne (voire externe) du personnel des services (cuisine, etc.)
- d'organiser un système de « compagnonnage » avec une dotation minimale de 1/3 de personnel infirmier
-

Pour les hôpitaux aussi, la réglementation concernant les étudiants jobistes, les volontaires, les employés en crédit temps, (et les plafonds de ces formes d'emploi) sont en révision. Les communautés et régions ont mis en place des initiatives pour attirer des volontaires supplémentaires.

En ce qui concerne les profils pour lesquels des goulets d'étranglement potentiels ont été identifiés, il sera vérifié avec la Défense si ces profils peuvent être déployés pour assurer la continuité des soins. Il s'agit de penser beaucoup plus largement qu'aux seuls profils de soins : le soutien logistique sous toutes ses facettes est une option (personnel de cuisine, personnel logistique, transport interne et externe, sécurité, etc.). Le soutien de la composante médicale de l'armée n'est possible que dans une mesure très limitée en raison du faible nombre de professionnels de la santé disponibles. Nous demandons aux hôpitaux de recenser les profils souhaités par le biais de leur Fédération afin qu'ils puissent être transférés à la Défense dans les meilleurs délais. En cas de besoin concret de renforcement, nous vous demandons de faire votre demande par l'intermédiaire du Gouverneur de Province.

LIGNES DIRECTRICES GENERALES SOINS PERFORMANTS

Intégration de la gestion de crise de la 1^{ère} et 2^{ème} lignes au niveau local

Dans le pire des cas, la 1^{ère} ligne sera également mise à rude épreuve par Omicron. Cependant, une 1^{ère} ligne qui fonctionne bien est la meilleure mesure d'atténuation des afflux hospitaliers. Il est donc très important qu'une gestion de crise intégrée soit appliquée au niveau local, avec une consultation formelle régulière de la 1^{ère} ligne (OST) et de la 2^{ème} ligne. Cette approche intégrée permet aux actions de la 1^{ère} et de la 2^{ème} ligne de se soutenir mutuellement. Les centres de triage et les équipes OST sont des exemples d'actions qui soutiennent la 2^{ème} ligne. Exemples de modèles de soutien déjà existants de la 2^{ème} ligne :

- **MR/MRS** : les médecins généralistes et les médecins coordinateurs joueront à nouveau un rôle important dans la politique d'orientation vers les hôpitaux. Les résidents d'une MRS ayant un

problème médical urgent sont traités comme tous les autres patients. Afin d'éviter une hospitalisation sans valeur ajoutée clinique, les hôpitaux peuvent décider, en concertation avec le médecin coordinateur, d'envoyer certains spécialistes (gériatres, pneumologues, ...) vers certaines MRS. Nous vous renvoyons également vers la Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie [Covid-19 et prises en charge des patients âgés : le rôle capital des équipes gériatriques – SBGG \(geriatrie.be\)](#) ainsi que l'arbre décisionnel qu'elle propose (version NL ici [Beslissing opname bij mogelijk COVIDpos WZC bewoner](#))

- **Télésurveillance** : Une approche intégrée des flux entrants et sortants de l'hôpital peut également être facilitée, par exemple, par des projets de télésurveillance coordonnés entre la 1^{ère} ligne et l'hôpital. Pour plus d'informations à ce sujet, nous vous renvoyons au site Internet de l'INAMI. [Soins à distance : suivi des patients COVID-19 à domicile via le télémonitoring - INAMI \(fgov.be\)](#)

Autre exemple d'approche intégrée:

- **Planification avancée des soins avant l'admission** : les patients pour lesquels une hospitalisation et/ou une admission en soins intensifs serait disproportionnée doivent être identifiés à un stade précoce afin d'éviter qu'ils ne soient envoyés inutilement dans un hôpital surpeuplé. À cet égard, l'équipe de 1^{ère} ligne peut consulter des spécialistes de l'hôpital dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire.

Limiter les flux entrants

Lorsqu'il est demandé aux hôpitaux de passer à la phase 3 et que des mesures strictes visant à limiter l'afflux de patients sont de mise dans le secteur, il convient également d'indiquer que des mesures visant à limiter l'afflux sont également souhaitables en dehors des hôpitaux, par exemple des mesures afin de réduire autant que possible l'afflux en raison d'accidents de la route, d'accidents du travail et autres.

GESTION DE LA DEMANDE DE SOINS LORS D'UN PIC OMICRON – PHASE 3

Compte tenu de la potentielle croissance exponentielle de la demande de soins dans les hôpitaux, il n'est plus justifié, d'un point de vue stratégique, de ne prendre comme objectif que l'absorption de la demande de « soins Omicron ». Le fait de n'absorber que cette demande de soins signifierait que les soins urgents non COVID seraient encore plus évincés des hôpitaux. Le phénomène de soins différés s'accroît à partir de la phase 2. Dans les vagues précédentes, les analyses montrent qu'il s'agit d'une épidémie secondaire. Nous ne pouvons remettre une couche supplémentaire de soins urgents différés. Il s'agit principalement des urgences cardiologiques telles que l'infarctus aigu du myocarde (programme de soins cardiologiques B2/B3), les AVC aigus traitables ("stroke units") et les traitements oncologiques urgents et non reportables. D'autant plus que la 4^{ème} vague est encore très récente.

L'objectif dans le cadre du scénario Omicron sera donc de **garantir au citoyen les soins urgents et nécessaires, Covid et non-Covid.**

Vous trouverez ci-dessous les principales caractéristiques de la phase 3.

- 1) **Arrêt des admissions, arrêt des soins électifs non urgents, régulation médicale et optimisation du déploiement du personnel**

Tout comme lors des vagues précédentes des mesures restrictives ont été imposées concernant l'admission (élective et moins urgente) des patients, en cas de pic Omicron, le comité HTSC peut à nouveau procéder à **un**

arrêt des admissions et à un arrêt complet du programme électif non-urgent au sein des hôpitaux. Seule la pathologie urgente sera encore orientée vers le service d'urgences et vers l'hospitalisation, ceci en appliquant des mesures de triage. Les consultations seront protégées au maximum car elles ont une fonction diagnostique importante pour la pathologie urgente.

Sur base des chiffres de saturation des hôpitaux et des programmes de soins, le patient peut être orienté vers l'environnement de soins le plus adéquat. Il est donc également important, dans le cadre de la régulation médicale, de respecter les priorités en matière de soins - par exemple, dans le cadre du pilotage du système, il faut tenir compte de la disponibilité des programmes de soins Cardio B2-B3, des soins AVC, des transplantations, ... et, à cette fin, une certaine capacité tampon doit être maintenue dans les hôpitaux concernés aussi longtemps que possible. Ceci est appliqué en pratique à partir de la phase 2B.

Ceci peut être réalisé en introduisant des directives spécifiques au sein des centres 112.

2) Triage à la porte

Par rapport aux phases précédentes, avec l'augmentation de l'afflux dans le pire des cas ou dans le scénario de planification d'urgence, l'objectif de la politique d'admission s'élargira pour inclure des soins minimaux pour les patients critiques non-covid. En même temps, cela nécessite un triage plus intense dans cette phase par l'application des principes du plan d'urgence, pour lesquels les médecins et les infirmiers spécialisés aux urgences et aux soins intensifs sont formés. Elle exige également que le mandat du médecin-chef et des chefs de service médical soit confirmé et soutenu dans chaque hôpital général.

DIRECTIVES SOINS PERFORMANTS : HOSPITALISATION

Dans les services d'urgence, le triage est une procédure courante pour déterminer le degré d'urgence et les priorités au sein de la population des patients.

Cependant, à la porte d'entrée de l'hôpital, en phase 3, un second triage sera nécessaire.

Les patients doivent être orientés vers un niveau de soins approprié, et la décision médicale en ce sens doit être documentée et justifiée dans le dossier médical individuel. L'avis du Comité consultatif de bioéthique, approuvé par l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la santé, peut être utilisé à cette fin. [Recommandation COVID-19: Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins](#)

A la sortie, la continuité des soins sera assurée en concertation avec la 1ère ligne.

DIRECTIVES SOINS PERFORMANTS : ADMISSION EN SOINS INTENSIFS

- Triage sur la base de critères médicaux : pour cela, il faut suivre les directives telles que développées précédemment par l'association des intensivistes. Vous pouvez les consulter ici : <https://www.siz.be/wp-content/uploads/Principes-Ethiques-en-rapport-avec-la-Pand%C3%A9mie-COVID19-Version-20201020.pdf> . Comme stipulé dans ces lignes directrices, le triage s'effectue sur la base du plus grand bénéfice (estimé) du traitement aux USI ("*incremental probability of survival*") et non sur la base du "premier arrivé, premier servi". " Incremental probability of survival " signifie : "probabilité de survie avec traitement en USI" moins "probabilité de survie sans traitement en USI". Le triage s'effectue en tenant compte de l'utilisation optimale de la capacité de l'unité de soins intensifs et en prêtant attention à la qualité de vie en plus de la survie.

DIRECTIVES SOINS PERFORMANTS : ADMISSION AUX SERVICES D'URGENCE

Comme indiqué précédemment dans ce texte, par analogie avec les vagues précédentes, seule la pathologie urgente sera dirigée vers le service des urgences. L'admission au service d'urgences sera donc, si possible, limitée aux patients orientés par le 112 ou par le médecin généraliste ou le service de garde de médecine générale (1733, poste de garde, service de garde individuel) - ce dernier pouvant être une orientation après téléconsultation.

COMPARAISON DES PATIENTS À LA PORTE.

Si, malgré le renforcement des critères susmentionnés, la capacité d'admission aux soins intensifs reste insuffisante, une comparaison entre les patients sera effectuée. Lorsque, sur la base de l'expertise clinique de l'équipe de traitement (de préférence multidisciplinaire), il est déterminé que les patients diffèrent dans leurs chances de survie avec un traitement en soins intensifs, le patient ayant la plus grande chance de survie avec un traitement en soins intensifs est prioritaire. Cette comparaison n'est faite qu'entre les patients qui se trouvent "devant la porte" et qui sont éligibles aux soins intensifs.

3) Politique différenciée de transfert et de transport

- Les patients nécessitant des soins intensifs (y compris la ventilation invasive) peuvent être transférés entre hôpitaux, de préférence au sein du réseau hospitalier ou de la province comme précédemment. Les transferts en dehors du réseau hospitalier ou de la province sont possibles avec l'autorisation et la régulation des inspecteurs d'hygiène fédéraux.
- Les patients prêts à sortir (d'une unité de soins intensifs ou d'une unité 'medium care') peuvent immédiatement être renvoyés vers un service hospitalier de l'hôpital initial. Ce dernier doit en tenir compte lors de l'orientation des patients.
- Afin de préserver une capacité de soins minimale pour le patient critique non-COVID, à partir de la phase 3, la capacité de soins intensifs des hôpitaux généraux qui n'ont pas de fonctions de référence ou qui ne sont pas agréés pour des fonctions de troisième ligne (urgences cardiologiques telles que l'infarctus aigu du myocarde (programme de soins cardiaques B2/B3), les AVC aigus traitables ("stroke units") et les traitements oncologiques urgents et non retardables) sera utilisée en priorité. En pratique, en appliquant le critère des programmes de soins cardiaques B2/B3, cela signifie que 70 des 100 hôpitaux généraux qui disposent de soins spécialisés de base et d'une unité de soins intensifs agréée mettent en priorité à disposition leur capacité de soins intensifs. Les hôpitaux universitaires et non universitaires qui remplissent les fonctions de référence susmentionnées sont généralement aussi les mieux équipés comme centres de traumatologie et disposent de permanences plus étendues de diverses disciplines spécialisées.

GESTION DE LA DEMANDE DE SOINS LORS D'UN PIC OMICRON – PHASE 4

Si, malgré les critères renforcés ci-dessus, la capacité d'admission reste insuffisante, ce qui, dans le pire des cas, constitue l'un des risques, il faudra élaborer d'autres mesures renforcées. À cette fin, il y aura de nouvelles consultations avec les différentes organisations professionnelles.

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. 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