



DATE 22/10/2020
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 : phase 2A 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 activement la situation du secteur hospitalier au cours de ces derniers jours.

Le comité doit prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique exponentielle et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

Nous savons que tout le secteur fait de gros efforts et que ces mesures se succèdent très rapidement. Nous regrettons ce dernier point, mais la réalité nous oblige à garder une longueur d'avance. Nous ne saurions trop insister sur notre gratitude envers les directions, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour leurs efforts constants visant à maintenir le patient au centre des préoccupations pendant cette crise COVID-19.

1. Evolution épidémiologique et intensification du Plan *Surge Capacity*

Dans notre courrier du 16/10/2020, nous avons demandé le passage à la phase 1B à l'échelon national.

Le nombre de lits réservés en phase 1A pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU, respectivement 500 et 2000, a été dépassé dans les chiffres nationaux consolidés du mercredi 20/10/2020.

L'augmentation exponentielle des chiffres d'hospitalisation signifie que nous sommes susceptibles de dépasser le nombre de lits réservés en phase 1B pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU, respectivement 1000 et 4000, dans les chiffres nationaux consolidés du mercredi 28/10/2020.

De plus, nous constatons que pendant cette vague de la pandémie, le ratio COVID-non-ICU/COVID-ICU est passé de 4 à 6, nécessitant à nouveau l'intervention du Comité.

En raison de l'augmentation du nombre de patients au sein de l'hôpital et du réseau, les hôpitaux seront obligés de passer à une phase supérieure du plan *Surge Capacity* dans les jours à venir, de manière ascendante.

Nous souhaitons anticiper de manière proactive cette nécessité inévitable et, par cette lettre, nous demandons à **tous les hôpitaux généraux et universitaires de passer à la phase 2A** (60% de la capacité ICU agréée) **du plan *Surge Capacity* COVID-19 et de porter le ratio des non-ICU-COVID à 6.**

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires d'augmenter progressivement leur capacité COVID-ICU, par analogie avec la phase 2A, afin qu'**au plus tard le lundi 2/11/2020**, 60% de la capacité ICU agréée soit réservée pour les patients Covid-19, et 6 fois ce nombre de lits pour les patients COVID non ICU (= 60% des lits ICU agréés *6).

Le plan *Surge Capacity* prévoit, dans la phase 2A, la création de 15 % de lits supplémentaires à caractère intensif. Nous aimerions demander aux hôpitaux de se conformer à cette directive. Cette capacité supplémentaire de lits doit être disponible pour le lundi 2/11/2020 (lits et équipements), mais pas encore opérationnelle (cf. staffing). Le comité HTSC et les Inspecteurs Fédéraux d'Hygiène suivront de près la situation afin de maintenir cette capacité supplémentaire inutilisée le plus longtemps possible en fonction de l'évolution épidémiologique, via le plan de répartition.

Conformément aux directives en vigueur lors de la première vague de la pandémie COVID-19, les hôpitaux peuvent s'organiser au sein de leur réseau pour assurer la capacité demandée (COVID-ICU et/ou non-ICU-COVID). Si la capacité demandée est organisée au niveau du réseau, l'autorité d'agrément doit en être formellement informée.

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

Nous continuons à souligner que le plan de répartition est une partie essentielle des actions visant à garantir la qualité des soins aux patients, COVID et non COVID, mais aussi à répartir la charge des soins et la pression sur le personnel et les institutions. **La capacité de répartition offerte est actuellement sous-utilisée, nous demandons aux hôpitaux d'en faire un usage plus proactif.**

Même si le passage national permettra de disposer partout de capacités supplémentaires, la mise en œuvre du plan de répartition dans un esprit de solidarité reste très importante. En effet, les patients COVID ne sont pas hospitalisés de manière homogène sur tout le territoire.

Dans cette phase également, les hôpitaux doivent répartir les patients autant que possible au sein de leur propre réseau ou au sein de la province ; si cela ne s'avère plus possible, la répartition devra être étendue aux niveaux supra-réseau et supra-provincial.

Afin d'éviter autant que possible les transports nocturnes, nous demandons aux hôpitaux de prévoir dans leur planification opérationnelle la disponibilité d'une capacité ICU de nuit.

3. Report des soins réguliers non urgents

Le passage des hôpitaux à la phase 2A aura un impact sérieux sur tous les soins réguliers non-urgents.

Un report proportionnel des soins réguliers non urgents est donc nécessaire, et comme le plan de répartition, constitue une partie essentielle des actions visant à garantir la qualité des soins aux patients, COVID et non COVID, mais aussi à prévenir une charge de soins et une pression excessives sur le personnel et l'établissement.

Nous demandons à chaque hôpital d'exécuter les 3 premières étapes du plan d'interruption du programme électif au plus tard le lundi 26/10/2020. Cela suppose que les hôpitaux doivent d'abord annuler les activités électives et planifiables qui utilisent les soins intensifs, ensuite les hospitalisations classiques qui n'utilisent pas les soins intensifs, et enfin les activités chirurgicales en hôpital de jour ne faisant pas appel aux soins intensifs, au plus tard le lundi 26/10/2020 et ce pour une période de 4 semaines. Le comité HTSC prévoit une évaluation et un éventuel ajustement de la ligne directrice dans un délai de deux semaines.

Le programme électif restant doit ensuite être progressivement supprimé en fonction de l'évolution épidémiologique et des chiffres hospitaliers, de la manière suivante :

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

Le médecin-chef, soutenu par le directeur général, l'ensemble du comité HTSC et les ministres de la Santé publique compétents, joue ici un rôle central et difficile dans la phase d'action du plan d'urgence hospitalier. Nous nous référons ici à la lettre de la CIM Santé publique du 19/10/2020 appelant à la coopération dans les actions des médecins chefs et des inspecteurs fédéraux d'hygiène dans le cadre du Plan d'Urgence Hospitalier et du plan de répartition des patients COVID-19.

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.

5. ICMS & Sciensano

Une bonne régulation présuppose que les Inspecteurs Fédéraux d'Hygiène disposent d'informations correctes. Une fois de plus, nous insistons sur l'enregistrement correct et en temps voulu des données ICMS et Sciensano. Les données Sciensano doivent être complétées chaque jour avant 11h00. La capacité en lits est une donnée dynamique au sein de l'hôpital, alors que les données ICMS ne nous donnent qu'un instantané de cette capacité. Afin d'obtenir une image plus actualisée de la capacité en lits au niveau de l'institution et afin de parvenir à une bonne régulation, nous demandons **qu'à partir du vendredi 23/10/2020, la capacité en lits disponible dans ICMS soit mise à jour deux fois par jour pour 09h00 et 18h00.**

Le comité est bien conscient de la portée de cette circulaire, pour les hôpitaux, pour les professionnels de la santé et pour les patients. Toutefois, ces mesures sont nécessaires pour maintenir l'équilibre complexe entre les soins réguliers et les soins COVID. Mais aussi pour essayer de protéger le personnel, qui n'a malheureusement pas eu la chance de se remettre de la première bataille en première ligne, et à qui nous demandons à nouveau d'être prêts à intervenir.

Nous tenons à remercier les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour leurs efforts constants visant à maintenir le patient au centre de leurs préoccupations pendant cette crise COVID-19. Pour notre part, nous continuerons à soutenir le secteur hospitalier en maintenant une collaboration constructive avec les représentants des autorités, de la Défense, des Fédérations hospitalières et les experts au sein du comité.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter l'adresse e-mail suivante : sante-gezondheid@ccc.brussels.

Dr. Paul Pardon
Chief Medical Officer
Belgique, Président du Risk
Management Group

Marcel Van der Auwera
Pour le Comité Hospital
& Transport Surge
Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Pour le Comité
scientifique

Prof. Dr. Geert Meyfroidt
Président de la Société
belge de médecine
intensive