

DATE 08/05/2020

CONTACT Dr. Paul Pardon

E-MAIL paul.pardon@health.fgov.be

CONCERNE : COVID-19 : stratégie de test du COVID-19 pour les hôpitaux généraux et psychiatriques

Madame, Monsieur,

L'objectif de la présente stratégie de test est de limiter la transmission du COVID-19 dans les hôpitaux généraux et psychiatriques belges par l'utilisation la plus rationnelle et efficace possible tant des tests diagnostiques ainsi que des équipements de protection personnelle.

La stratégie tiendra compte du contexte épidémiologique, de la politique interne et de l'organisation déjà mises en place localement et de la capacité de laboratoire de l'hôpital. Elle pourra donc changer en fonction d'une éventuelle recrudescence de l'épidémie.

Un test réalisé dans les situations décrites dans le document [Indications de test](#) publiée par Sciensano peut être facturé selon des [modalités](#) établies par l'INAMI.

Le Risk Management Group interfédéral (RMG) n'a pas encore discuté de la place des tests sérologiques et de leur rôle pour le diagnostic et le dépistage systématique.

Règles et dispositions générales pour la gestion du risque

Comme également défini par le Comité Hospital & Transport Surge Capacity dans sa lettre du 30/04/2020 relative à la reprise progressive des activités non-COVID à l'hôpital, il est crucial de garder à l'esprit les mesures générales qui sont les plus à mêmes de limiter la propagation de l'infection dans les établissements de soins et qui doivent donc être appliquées de façon continue et rigoureuse. Celles-ci sont les suivantes :

- la compliance à l'hygiène des mains, à l'hygiène de la toux et désinfection fréquente de l'environnement
- le respect d'une distance d'un mètre et demi chaque fois que possible (chambres à plusieurs lits, zone d'attente...)

- l'usage correct des équipements de protection personnelle (PPE)
- le fait de rester vigilant à l'apparition de signes évocateurs du COVID-19 par l'observation clinique des personnes (les patients, leurs accompagnants, le personnel) asymptomatiques.

Le port du masque chirurgical est recommandé pour tous les soignants dans l'hôpital, voir consensus du RMG sur [l'usage rationnel et correct des masques buccaux](#) du 16/04/2020. Les membres du personnel non soignant ou qui ne travaillent pas dans les unités de soins peuvent également être impliqués dans les chaînes de transmission nosocomiale. Les hôpitaux évalueront donc attentivement les mesures qui leur seront appliquées.

Dans la lettre du 30/04/2020, il a également été souligné que pour les aspects mentionnés ci-dessus, les hôpitaux doivent faire appel à l'expertise des équipes en charge de la prévention et du contrôle des infections (si elles existent).

Pour sa propre protection et pour limiter l'introduction du virus dans l'institution de soins, le **personnel** sera **suivi pour l'apparition de symptômes** et pris en charge de façon conséquente dès l'apparition de tout signe.

Capacité de test RT-PCR

Au début de l'épidémie de COVID-19, la capacité de test des laboratoires de biologie clinique était limitée, mais elle a progressivement augmenté au cours des dernières semaines, permettant à un plus grand nombre de personnes d'être testées (voir ci-dessous 'filiale classique').

Où et par qui les tests peuvent-ils être effectués ?

- filiale classique (capacité journalière en semaine du 20/04 : 10.000 tests ; capacité maximale de 15.000 tests)
 - les laboratoires hospitaliers accrédités pour la biologie moléculaire
 - des laboratoires privés accrédités pour la biologie moléculaire
- plates-formes industrielles (Task Force Testing) : capacité journalière en semaine du 20/04 : 20.000 tests et jusqu'à 30.000 tests au maximum) pour :
 - les collectivités résidentielles (MR/MRS, centres résidentiels pour personnes handicapées, maisons de soins psychiatriques, etc.) pour lesquelles l'organisation est déterminé par les Entités fédérées
 - prisons et centres d'asile
 - les centres de triage (à partir du 4/5/2020)
- laboratoires de recherche (universitaires) capables d'effectuer les analyses en cas de capacité insuffisante au sein de la filiale classique. Cela concerne 5 laboratoires d'hôpitaux universitaires accrédités auxquels sont liés des laboratoires de recherche, qui pourraient effectuer une partie des tests (la sous-traitance se fait par l'intermédiaire des laboratoires universitaires accrédités). Ces laboratoires de recherche ont été validés par le laboratoire de référence de la KULeuven.

Suite à une approbation par le Risk Management Group interfédéral, Sciensano a publié une actualisation du document [COVID-19 strategy testing](#) (24-04-2020) avec adaptation des critères d'indication de la RT-PCR, et tenant compte, notamment, de la capacité accrue de réaliser des tests. Cette actualisation permet une gestion plus précise du risque, affinée en fonction du propre contexte, et des patients à tester: certains groupes de patients qui courent un risque élevé, certains services à haut risque, les patients faisant l'objet d'une intervention à haut risque, les patients provenant d'une collectivité où des cas sont confirmés, etc.

Les hôpitaux sont invités à transcrire la stratégie globale de test du RMG dans leur contexte local, et ce faisant, à tenir compte de leur capacité de laboratoire et de l'exigence que les résultats des analyses des patients symptomatiques soient disponibles dans les 24 heures.

A ce propos, Sciensano attire l'attention sur le fait qu'en sortie de confinement, le nombre d'admissions augmentera progressivement et que les laboratoires cliniques ne pourront pas tester chaque patient entrant, en raison du nombre croissant de patients et parce que d'autres indications font aussi appel aux tests moléculaires. Par conséquent, des choix devront être faits et, **en sortie de confinement, les situations prioritaires devant être testées sont, par ordre de priorité, les suivantes :**

- toute personne qui répond à la définition d'un cas possible de COVID-19 (ambulatoire ou en hospitalisation), indépendamment de la sévérité des symptômes et sur base d'une définition élargie au-delà des symptômes respiratoires. Avec une attention particulière, si la personne vit ou travaille dans une collectivité.
- toute personne d'une collectivité si nécessaire au contrôle lors de la survenue de cas groupés.
- les contacts proches d'un cas de COVID-19 qui sont eux-mêmes en contact avec des personnes à risque de développer une forme sévère de la maladie.
- les personnes qui entrent pour la première fois dans une collectivité, sachant qu'un hôpital est également une collectivité.

Stratégie pour les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques présentent quelques caractéristiques contextuelles spécifiques, notamment : des cas groupés (clusters) peuvent apparaître, les chaînes de transmissions se perpétuer, les mesures de prévention de la transmission (maintien d'une distance physique suffisante, isolement de certains patients, ...) être difficiles à appliquer et des séjours relativement longs (en comparaison avec les séjours hospitaliers non psychiatriques). De ce fait, tous les patients nouvellement admis sont actuellement isolés pendant 7 jours, ce qui n'est certainement pas favorable et peut même être traumatisant pour certains d'entre eux.

C'est pourquoi deux stratégies de test complémentaires sont proposées aux hôpitaux psychiatriques :

- tester dans des circonstances spécifiques
- dépister de façon globale (ou mesurer la prévalence ponctuelle) tous les patients hospitalisés et le personnel.

Le médecin-chef joue un rôle central dans l'opérationnalisation de la stratégie de test pour l'hôpital psychiatrique et coopère à cet égard avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections (IPC) et la direction générale. Si une telle équipe n'existe pas dans l'établissement, le médecin-chef essaie d'établir des liens avec une équipe IPC d'un hôpital général ou d'un autre hôpital psychiatrique. Les autorités étudieront comment une telle collaboration peut être soutenue à l'avenir.

1. Tester dans des circonstances spécifiques

Ceci se déroule selon la filière classique (des laboratoires cliniques des hôpitaux généraux ou des laboratoires privés) et est facturée à l'assurance maladie. Si la capacité de ces laboratoires est saturée et qu'il existe des besoins supplémentaires, la Task Force Testing peut être contactée pour voir si et comment une capacité supplémentaire peut être organisée.

Pour ces circonstances spécifiques, les tests réalisés concernent, par ordre de priorité :

- toute personne qui répond à la définition d'un **cas possible**, tant les patients que le personnel
- dans les **unités psycho-gériatriques**, l'état clinique des patients sera attentivement suivi, en tenant compte des signes atypiques (détérioration de l'état général, confusion, diarrhée...). Un test RT-PCR sera réalisé à **l'apparition du moindre symptôme évocateur du COVID-19** et le patient isolé le temps d'obtenir les résultats. Un résultat positif induira un isolement (si deux cas ou plus apparaissent, il faudra appliquer la procédure des cas de foyer épidémique)
- en cas de **foyer épidémique** (au moins deux personnes répondant aux critères d'un cas possible de COVID-19 dans la même unité ou le même service), tous les patients et le personnel de ce service ou cette unité seront testés
- pour toute **nouvelle admission** (admission résidentielle, de jour ou de nuit, pédopsychiatrie). En attendant le résultat, le patient sera isolé et, si cela n'est pas possible, il portera un masque chirurgical et, à défaut, un masque en textile. Si l'isolement du patient est difficile ou peut lui être préjudiciable, l'équipe soignante adaptera les mesures de prévention au cas par cas (environ 4000 nouvelles admissions mensuelles dans les hôpitaux psychiatriques).

Pour la réalisation de tests RT-PCR dans ces circonstances spécifiques, l'admission d'un nouveau patient, la suspicion d'un COVID-19 dans un service de psychogériatrie ou en cas d'épidémie, l'hôpital psychiatrique fait appel à un laboratoire clinique.

L'hôpital psychiatrique est également invité à établir des contacts avec une équipe d'hygiène hospitalière (équipe IPC) d'un hôpital général ou d'un autre hôpital psychiatrique s'il ne dispose pas lui-même d'une équipe IPC pour gérer correctement un foyer épidémique et mettre en place les mesures d'isolement nécessaires ou une cohorte.

Il est important de suivre attentivement l'évolution clinique de tous les patients, y compris ceux dont les tests sont revenus négatifs.

Les **consultations ambulatoires** seront conduites dans la stricte compliance aux règles d'hygiène (mains et toux) et le port du PPE adéquat (masque chirurgical dans tous les cas pour le personnel soignant, si la disponibilité des masques chirurgicaux est limitée, le patient portera un masque en tissu). Une évaluation clinique est établie dès le début de chaque consultation. En cas de signes cliniques évocateurs d'un COVID-19, une RT-PCR devra être réalisée.

2. Dépister de façon globale

Cela consiste à prendre une fois une « photo » de la situation dans l'hôpital.

Il s'agira alors de réaliser pour **tous les patients et tout le personnel présents** un test RT-PCR (22.000 personnes au total) selon les modalités de la Task Force Testing :

- en vue de l'inventaire de telles éventuelles demandes de dépistage et d'un calendrier tenant compte de la capacité de la Task Force Testing, le Service Soins de santé psychosociaux de la DG Soins de Santé prendra contact avec les hôpitaux psychiatriques, afin de prendre connaissance de leur souhait de réaliser un tel dépistage global et des modalités qui s'y rapportent ainsi que les informations nécessaires à sa mise en œuvre. Toutes ces informations seront organisées et planifiées en concertation avec la Task Force. Une attention particulière doit être accordée à l'alignement avec le planning des Entités fédérées concernant le testing dans les maisons de soins psychiatriques ou les initiatives d'habitation protégées qui sont liées à ou qui sont sur le site d'un hôpital psychiatrique
- la livraison de matériel de testing (écouvillons et équipement de protection) à l'hôpital psychiatrique par les services de la Task Force Testing
- la réalisation des prélèvements en un jour par le médecin traitant, les services de la médecine du travail, etc. Les hôpitaux psychiatriques doivent eux-mêmes organiser et assurer les prélèvements
- les prélèvements réalisés sont ensuite collectés par les services de la Task Force Testing
- les résultats sont communiqués au médecin traitant pour les patients et au médecin du travail pour le personnel dans les 36-48 heures.

Stratégie pour les hôpitaux généraux

Les hôpitaux généraux appliquent les instructions suivantes en fonction du contexte épidémiologique, de la stratégie et de l'organisation déjà mises en place ainsi que de la capacité de leur laboratoire. Le médecin chef joue un rôle central dans l'opérationnalisation de la stratégie de test au sein de l'hôpital général et collabore à cet égard avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections (y compris les infectiologues), les microbiologistes cliniciens et la direction générale.

La stratégie de testing dans les hôpitaux généraux repose principalement sur le **diagnostic précoce de l'infection** sur la base du tableau clinique des personnes et sur l'identification de la présence de facteurs de risque individuels. Cela concerne les **patients, leurs accompagnants logeant à l'hôpital ainsi que le personnel**.

Dans les hôpitaux généraux, les zones d'attente et de détente (cafétéria du personnel, zones de restauration, etc.) seront organisées avec attention afin que soit respectée, autant que possible, une distance d'un mètre et demi entre les personnes.

Les **consultations ambulatoires** seront conduites dans la stricte compliance aux règles d'hygiène (mains et toux) et le port du PPE adéquat (masque chirurgical dans tous les cas pour le personnel soignant, si la disponibilité des masques chirurgicaux est limitée, le patient portera un masque en tissu). Une évaluation clinique est établie dès le début de chaque consultation. En cas de signes cliniques évocateurs d'un COVID-19, une RT-PCR devra être réalisée.

Les patients éligibles pour la réalisation d'un test sont, par ordre de priorité :

- les **personnes symptomatiques** (patients et personnel) sont prioritaires pour la réalisation d'un test RT-PCR. Le recours à un CT-Scan peut être envisagé selon les [recommandations du Conseil Supérieur de la Santé](#) et selon l'organisation mise en place dans l'hôpital
- les patients nécessitant des admissions régulières (**hospitalisation de jour** oncologie, hématologie, dialyse, gériatrie), lors de la **première admission**. La prévention de la contamination par et de ces patients se basera d'une part, sur le suivi de leur état clinique et d'autre part, sur la stricte compliance aux règles d'hygiène (mains et toux) et le port du PPE adéquat lors de la prise en charge
- lorsqu'une **hospitalisation classique ou une hospitalisation de jour chirurgicale** est planifiée, il est possible soit d'interroger les patients asymptomatiques deux jours avant la date d'admission en vue de rechercher les facteurs de risques (voir ci-dessous) soit de tester les patients à l'admission. En présence de facteurs de risque individuels et s'il n'est pas possible ou pas pertinent de reporter l'admission, un test RT-PCR pourra être réalisé selon les modalités organisationnelles déterminées par l'hôpital
- les patients asymptomatiques

Chaque hôpital devra tenir compte de sa capacité de laboratoire et de l'exigence que les résultats des analyses des patients soient disponibles dans les 24 heures. Pour ce faire, l'hôpital évaluera, à l'admission, le risque potentiel relatif aux trois aspects suivants :

1. prévision ou non d'actes ou de traitements à potentiel aérosolisant
 2. prévalence locale du COVID-19 (élevée ou basse)
 3. présence de facteurs de risque individuels.
1. S'il est prévu de réaliser une **procédure aérosolisante**, et en situation de pénurie de masques FFP2, un test RT-PCR permettra de réserver le PPE adéquat, y compris un masque FFP2, aux situations qui le nécessitent. Pour la liste des procédures concernées, voir le Point 2.1 du consensus du RMG sur [l'usage rationnel et correct des masques buccaux](#) du 16/04/2020.
 2. L'**évolution de l'épidémiologie** nationale mais également locale (par exemple : présence de foyers épidémiques au sein de l'hôpital ou dans institutions de soins environnantes), devront guider la décision d'implémenter ou non le dépistage des patients asymptomatiques au sein de l'institution. Par exemple, un dépistage des patients et du personnel peut être envisagé si des cas groupés (clusters) de COVID-19 sont identifiés dans une unité de soins.

3. **La recherche de facteurs de risque individuels** repose sur :

1^e/ les **critères cliniques** : présence d'éléments d'anamnèse évocateurs d'une infection récente, y compris de signes atypiques chez les patients gériatriques, immunodéprimés, ...,

2^e/ les **critères épidémiologiques** : contact avec un cas de COVID-19 possible ou confirmé dans les 14 jours précédents, transfert d'une maison de repos ou d'une collectivité résidentielle,

3^e/ le **risque de COVID-19 sévère** : présence de comorbidités associées à un haut risque de complication et/ou une admission prévue dans une unité dédiée à des personnes à haut risque de complications sévères (ex. gériatrie, hématologie, dialyse, oncologie).

Les hôpitaux généraux font en première instance appel à la filière classique de la capacité de test. Ils prennent à cet égard toutes les dispositions nécessaires. Si la capacité de laboratoire est saturée et qu'il existe des besoins supplémentaires, la Task Force Testing peut être contactée pour voir si et comment une capacité supplémentaire peut être organisée.

Nous tenons à remercier expressément les hôpitaux et leur personnel, et en particulier le directeur général, le médecin-chef, les équipes de prévention et de contrôle des infections, pour le leadership et la responsabilité que vous avez pris et prenez toujours individuellement et collectivement.

Dr. Paul Pardon

Belgian Chief Medical Officer
Président du Risk Management Group

Pedro Facon

Directeur-général Soins de santé