



DATE 16/10/2020
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 à l'attention des hôpitaux généraux et universitaires : évolution épidémiologique et intensification du Plan *Surge Capacity*, répartition, report des soins électifs et Plan d'Urgence Hospitalier

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.

Par analogie avec la première vague, 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.

En prenant ces mesures, nous tenons compte de la réalité du terrain. Nous savons que l'ensemble du secteur ne s'est pas encore remis des lourds efforts consentis lors de la première vague et qu'après cette vague, de gros efforts ont été réalisés pour rattraper le retard pris dans les soins. De plus, dans le cadre de l'évolution épidémiologique générale, le personnel du secteur est maintenant potentiellement affecté par la maladie et la quarantaine, ce qui entraîne une réduction générale des effectifs. 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.

Le Comité reconnaît qu'en envoyant cette circulaire un vendredi, il va à l'encontre de son engagement de ne plus envoyer de courriers importants juste avant le week-end, et vous prie de l'en excuser.

Bien que le financement ne relève pas de la compétence de notre Comité, mais étant donné qu'il s'agit d'une préoccupation majeure pour le secteur, nous avons reçu la confirmation informelle que le maintien d'une capacité libre pour COVID sera honoré.

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

Dans notre courrier du 12/10/2020¹, nous avons demandé le passage à la phase 1A à l'échelon national.

Le nombre de lits réservés en phase 0 pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU, respectivement 300 et 1200, a été dépassé dans les chiffres nationaux consolidés du mercredi 13/10/2020.

L'augmentation exponentielle des chiffres d'hospitalisation signifie que nous sommes susceptibles de dépasser le nombre de lits réservés en phase 1A pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU, respectivement 500 et 2000, dans les chiffres nationaux consolidés du mercredi 21/10/2020.

Comme le nombre d'admissions à l'hôpital double tous les 10 à 12 jours, si l'augmentation actuelle se poursuit et qu'aucun lissage de la courbe ne peut être réalisé, le nombre de lits réservés dans la phase 1B pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU, respectivement 1000 et 4000, sera dépassé dans les chiffres nationaux consolidés du mercredi 28/10/2020.

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 1B du plan *Surge Capacity* COVID-19.**

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires d'augmenter progressivement leur capacité COVID-ICU, dès maintenant et au plus tard le lundi 26/10/2020, jusqu'à ce que 50% de la capacité ICU agréée soit réservée pour les patients Covid-19.

Le passage des hôpitaux à la phase 1B suppose également que le Plan d'Urgence Hospitalier, pour autant que ce ne soit pas déjà le cas, passe en phase d'action.

Nous tenons à souligner que lorsqu'un hôpital passe à la phase d'action de son Plan d'Urgence Hospitalier, la cellule de coordination hospitalière (CCH) entre en action. La CCH, qui comprend au moins le directeur général, le médecin-chef, le directeur du département infirmier et le coordinateur du plan d'urgence, prendra également en charge la coordination et les décisions politiques ultérieures pour l'hôpital dans le contexte de la pandémie COVID-19.

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

Nous soulignons à nouveau le fait 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.

¹ Covid-19 – Communication à l'attention des hôpitaux généraux et universitaires : passage à la phase 1A du plan *Surge capacity* à l'échelon national.

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.

La priorité est donnée à la répartition suivante :

- Les patients COVID-ICU. Exceptionnellement, lorsqu'il est absolument nécessaire de libérer la capacité de l'USI et lorsqu'un transfert COVID-ICU n'est pas possible, un transfert ICU non COVID peut être effectué. Cela doit faire l'objet d'un accord clair entre l'hôpital de départ et l'hôpital d'arrivée.
- Là où la saturation est la plus élevée, vers un hôpital dont le taux d'occupation est plus faible. La nécessité d'un "upgrade" des soins peut constituer l'exception à la règle.

Si un hôpital ne peut pas trouver de destination pour un patient, l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène continuera à lui apporter son soutien dans cette phase également.

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, y compris les données de transfert.

Nous demandons aussi expressément que les accords conclus en matière de transferts soient respectés. Le transfert et la prise en charge effectifs du patient restent toujours sous la responsabilité de l'hôpital d'origine et de l'hôpital de destination. Si un transfert ne peut avoir lieu, l'hôpital d'accueil en sera informé dès que possible.

3. Report des soins réguliers non urgents

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.

Le passage des hôpitaux à la phase 1B aura un impact sérieux sur tous les soins réguliers non-urgents.

Un report proportionnel des soins réguliers non urgents sera donc malheureusement 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.

L'opérationnalisation de cette nécessaire suppression progressive des soins réguliers non urgents ne peut être déterminée de manière centralisée sur une base générique, car de nombreux facteurs locaux jouent un rôle important à cet égard, comme le type de patients, l'infrastructure locale et le personnel disponible. Le médecin-chef a un rôle central et difficile à jouer dans ce domaine. Il est recommandé de le faire par consensus et en concertation avec les cliniciens concernés, conformément à l'avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Les listes de priorités établies par le Conseil supérieur en collaboration avec le VBS et le GBS, <https://www.vbs-gbs.org/index.php?id=covid-19&L=0&BL=0> peuvent être utilisées comme guide pour déterminer les priorités cliniques au sein de votre hôpital.

Le programme électif, garantissant les soins urgents et nécessaires, devra alors être progressivement interrompu dans l'ordre suivant :

1. Les activités qui font appel aux soins intensifs.
2. Les hospitalisations classiques qui ne font pas appel aux soins intensifs.
3. Les activités chirurgicales en hôpital de jour ne faisant pas appel aux soins intensifs.
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.

Nous attendons donc des hôpitaux qu'ils fassent les efforts nécessaires et suivent les mesures du comité HTSC ou les lignes directrices de l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène dans le cadre du plan de répartition.

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 : soins.hospitaliers@aviq.be .

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