



DATE 19/11/2020
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 : 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 secteur a fait des efforts surhumains. Nous ne soulignerons jamais assez combien nous sommes reconnaissants envers les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour ces efforts en faveur de nos patients. Un assouplissement trop rapide, même dans le cadre du Plan *Surge Capacity*, étant donné la nature exponentielle de cette épidémie, pourrait cependant très vite avoir des conséquences catastrophiques, détruisant les résultats de tous vos efforts. C'est pourquoi nous devons aborder la période à venir avec beaucoup de prudence et de sécurité.

1. Evolution épidémiologique

Les chiffres de ces derniers jours deviennent prudemment plus positifs. Nous nous trouvons probablement – espérons-le - au-delà du pic de la pandémie, et nous espérons que nous allons observer un déclin durable.

La charge qui pèse sur le secteur hospitalier reste toutefois très critique.

Le 16 novembre 2020, nous avons dans les hôpitaux belges : 1.408 patients COVID-USI et 174 patients COVID-HFNO. 19 patients COVID-USI belges sont pris en charge en Allemagne à cette même date. Lors de la première vague, l'occupation de pointe aux soins intensifs était de 1.285 patients.

Nous devons également être conscients que, dans le cadre des modèles de prédiction, la réouverture des écoles aura un impact sur la vitesse de la diminution.

2. Répartition des patients entre les hôpitaux, les réseaux et les provinces

Nous continuons à considérer le plan de répartition comme une partie essentielle des actions visant à garantir la qualité des soins aux patients COVID ou non-COVID. Le plan de répartition sera donc maintenu afin d'équilibrer la charge des soins entre les hôpitaux du pays et de pouvoir veiller à la diminution progressive de manière uniforme dans toutes les provinces et tous les réseaux. **La capacité de dispersion offerte est actuellement sous-utilisée, les hôpitaux peuvent dès lors continuer à en faire usage.**

Afin d'assurer la répartition de nouveaux patients en cas d'une éventuelle résurgence, il faut toujours **maintenir une capacité-tampon Covid suffisamment importante.**

Les patients qui, après un transfert, ont besoin d'un séjour prolongé en dehors des soins intensifs ou d'un(e) réadaptation/placement doivent pouvoir être transférés à nouveau dans l'établissement de soins d'origine afin de pouvoir bénéficier de ces soins dans leur propre région.

Les hôpitaux qui ont besoin de transférer en dehors de leur propre réseau ou en dehors de leur province, peuvent être assistés par le Patient Evacuation Coordination Center (PECC), via les centrales d'urgence 112 et l'Inspection Fédérale d'Hygiène.

3. Réduction des mesures d'isolement COVID

L'évaluation de la contagiosité des patients atteints de COVID évolue dans le cadre du tableau clinique et du processus de guérison. Un certain nombre de patients COVID nécessitent un séjour prolongé. Il est donc important de pouvoir réduire la charge supplémentaire de soins causée par les mesures d'isolement lorsque cela se justifie.

Le Comité souhaite donc partager avec les hôpitaux, à titre informatif, les directives utilisées à l'UZA et l'UZKUL, afin de vous demander, si vous n'en avez pas encore, d'élaborer vous-mêmes vos directives afin de ne pas tenir les patients en isolement trop longtemps et de réduire la charge de soins des patients en isolement :

Unités d'hospitalisation COVID et non-immunodéprimés

- Après 14 jours d'isolement ET minimum 3 jours sans fièvre, l'isolement peut être arrêté ;
- Pas de test PCR à l'arrêt de l'isolement ;
- Le transfert vers une unité non COVID est alors possible.

Unité de soins intensifs OU immunodéprimés

- 4 semaines d'isolement ;
- Après 4 semaines, toujours effectuer un test de manière non risquée (BAL ou écouvillon nasopharyngé) :
 - PCR positive : poursuite des mesures d'isolement ;
 - PCR négative : arrêt de l'isolement et transfert vers une unité non COVID possible.

A considérer comme immunodéprimé :

- déficit immunitaire primaire ;
- après une transplantation ;
- chimiothérapie ;
- traitement immunosuppresseur avec Medrol > 16 mg > 2 w, ou association d'immunosuppresseurs.

4. Réduction de la capacité de pointe

Dans notre communication du 22/10/2020, il a été demandé de mettre en œuvre les 3 premières étapes du plan d'interruption des soins réguliers non urgents. Cela supposait que les hôpitaux devaient annuler les activités électives et programmées qui utilisent les soins intensifs, les hospitalisations classiques qui n'utilisent pas les soins intensifs et l'hospitalisation chirurgicale de jour qui n'utilise pas les soins intensifs, avant le lundi 26/10/2020, et ce pour une période de 4 semaines. L'hospitalisation non chirurgicale de jour (par exemple gériatrie, psychiatrie, oncologie,...) et les consultations, l'hospitalisation à domicile et les activités des équipes mobiles pouvaient être poursuivies. Dans notre communication du 29/10/2020, il a été demandé de passer à la phase 2B du plan *Surge Capacity*.

Dans notre communication du 22/10/2020, nous avons promis une évaluation et un éventuel ajustement.

Compte tenu de la situation épidémiologique, le Comité est d'avis qu'il est encore **trop tôt aujourd'hui** pour permettre un éventuel redémarrage des soins réguliers non urgents dans le cadre des trois premières étapes du plan d'interruption ou de descendre vers une phase inférieure du plan *Surge Capacity*.

Cependant, nous souhaitons offrir une perspective dans cette lettre et donc décrire ci-dessous les principes qui seront d'application lors de la **réduction de la capacité de pointe à un niveau provincial**, lorsque l'évolution épidémiologique le permettra.

Réduction du nombre total de patients COVID-USI en dessous de 60 % du nombre de lits USI agréés.

Au sein de la capacité agréée des lits USI, 40 % de lits doivent rester disponibles pour les soins USI-non-COVID. Un premier seuil dans le plan de réduction progressive est donc la réduction du nombre total de patients COVID-USI en dessous de 60 % du nombre de lits USI agréés.

Nous demandons aux hôpitaux au sein desquels le nombre total de patients COVID-USI est inférieur à 60 % du nombre de lits USI agréés de libérer d'abord les lits USI créés en supplément.

Lorsque **tous les hôpitaux d'une province**, sauf accord de cohortage dans le réseau (communication du 30/04/2020), tombent en dessous de 60 % du nombre de lits de soins intensifs agréés, tous les hôpitaux de la province peuvent passer à la phase 2A, le rapport 1/6 pour les soins intensifs/non intensifs est alors de nouveau ajusté à 1/4. La suppression progressive des lits HFNO n'est pas liée au phasage, et l'utilisation de ces lits fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'hôpital.

Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres et communiquera sur la poursuite de la stratégie de réduction en fonction de cette évolution avec au moins un état des lieux toutes les deux semaines. Cependant, nous

rappelons que, compte tenu de la situation épidémiologique, il est encore trop tôt pour commencer cette réduction, de sorte que les hôpitaux sont invités à rester en phase 2B.

Jusqu'à nouvel ordre, tous les hôpitaux restent donc en phase 2B (théorique ou réelle) et les 3 étapes du plan d'interruption des soins réguliers non urgents restent annulées. Si les 25% de lits supplémentaires (NEW-ICU) de la phase 2B se libèrent, l'encadrement en personnel de ces lits peut être réorienté. Le personnel qui encadre ces lits peut être à nouveau libéré pour d'autres tâches. Mais attention, cette capacité **doit, pendant encore 2 semaines, rester réactivable endéans 48 heures, en cas de résurgence de l'épidémie.**

5. Reprise des soins réguliers non urgents

Les projections indiquent une capacité réduite de l'activité non-covid au bloc opératoire, aux soins intensifs et en hospitalisation, au moins jusqu'à la fin de cette année, et peut-être jusqu'au début de 2021. La reprise des activités régulières est souhaitable et nécessaire en termes de santé publique tout en donnant les mêmes chances d'accessibilité à tous les patients du pays. Compte tenu de la situation épidémiologique, il est **encore trop tôt aujourd'hui** pour autoriser un éventuel redémarrage des soins réguliers non urgents dans le cadre des 3 premières étapes du plan d'interruption. Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres et communiquera sur la stratégie future en fonction de cette évolution avec au moins une mise à jour toutes les deux semaines.

Rappelons que la capacité théorique réservée pour chaque phase est un minimum et non une cible et que cette capacité dédiée aux patients Covid-19 ne peut pas être/devenir la variable d'ajustement de l'activité régulière.

Les hôpitaux et les réseaux doivent clairement définir les activités auxquelles ils donneront la priorité dans cette capacité limitée. Sous la direction des médecins-chefs, en concertation avec les coordinateurs des plans d'urgence hospitaliers locaux, les chirurgiens et le comité d'éthique local, ces priorités devront être établies. La chirurgie oncologique et cardiovasculaire qui n'a pas pu être réalisée ces dernières semaines mérite une attention particulière, mais les autres patients dont l'intervention a été reportée doivent également être suivis et réévalués. La situation locale et les possibilités locales, **avec une attention particulière à la disponibilité du personnel**, seront déterminantes à cet égard.

Nous demandons donc aux médecins-chefs et aux coordinateurs des plans d'urgence hospitaliers locaux, en prévision d'un redémarrage, de se coordonner soigneusement avec les cliniciens au sein des institutions en ce qui concerne le redémarrage.

6. Soins urgents et nécessaires

Il doit être très clair que toutes les consultations, examens et interventions urgents et nécessaires doivent se poursuivre (COVID et non-COVID). Toutes les thérapies nécessaires (vitales) en cours (chimiothérapie, dialyse,) ou la réadaptation nécessaire doivent également être poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID doivent clairement être séparés des soins réguliers.

7. Ancrage juridique des compétences du Médecin-chef et de l'Inspection Fédérale d'Hygiène

Le Médecin-chef et l'Inspection Fédérale d'Hygiène ont un rôle central et difficile à jouer dans le cadre de la pandémie et la mise en œuvre des directives du Comité. La Loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales suite à la pandémie de COVID-19, publiée au Moniteur belge le 13 novembre 2020, les soutient dans cette démarche et leur donne des pouvoirs supplémentaires, notamment dans l'opérationnalisation des lignes directrices de cette lettre.

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 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