

# 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 31/08/2021

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 : Evolution épidémiologique et répartition.

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. Le Comité doit, par analogie avec les derniers mois, prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge sur le secteur hospitalier.

## **1. Evolution épidémiologique**

Le 31 août 2021, les hôpitaux belges comptaient 668 patients COVID, 190 patients COVID-USI et 18 patients COVID en lits CHOC. Le taux global d'occupation des lits USI par des patients COVID pour l'ensemble du pays est de 10%. La situation épidémiologique n'est pas répartie de manière homogène dans le paysage hospitalier. Le tableau ci-dessous indique le nombre d'hôpitaux et la phase du plan *surge capacity* dans laquelle se trouvent les hôpitaux.

	« 0 »	« 1a »	« 1b »
Antwerpen	12	2	
Brabant Wallon	2		
Brussel-Bruxelles	2	5	5
Hainaut	9	5	
Liège	8	3	1
Limburg	7		
Luxembourg	3		
Namur	4	2	

Oost-Vlaanderen	13		1
Vlaams-Brabant	6		
West-Vlaanderen	11		
	<b>77</b>	<b>17</b>	<b>7</b>

## **2. Passage de la « phase 0 » à la « phase 1A »**

La majorité des hôpitaux sont actuellement en "phase 0" du plan *Surge Capacity*, avec 15 % de lits à caractère intensif agréés en "capacité de veille" et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs pour le traitement des patients COVID-19.

Si un hôpital atteint presque ou complètement une occupation des 15% USI de la "phase 0", il lui incombe de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1A" dans les 48 heures. Dans le cadre de la "phase 1A", l'hôpital réservera 25 % des lits à caractère intensif agréés et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs pour la prise en charge des patients COVID-19.

## **3. Répartition des patients dans les hôpitaux, réseaux et provinces**

Le plan de répartition est un élément essentiel pour garantir la qualité des soins aux patients COVID et non COVID, mais aussi pour répartir la charge de travail et réduire la pression sur le personnel et les institutions. La solidarité dans la distribution des patients COVID, au sein de chaque phase du plan *surge capacity*, est donc extrêmement importante.

Les hôpitaux qui se trouvent en "phase 0" du plan *Surge Capacity* doivent réserver 15 % de leurs lits à caractère intensif agréés en "capacité de veille" pour la prise en charge des patients COVID-19. Ces 15% doivent toujours être calculés sur le nombre de lits USI agréés ; les chiffres peuvent être trouvés dans les tableaux de synthèse du comité HTSC.

Actuellement, les patients COVID hospitalisés ne sont pas répartis de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Par conséquent, en solidarité avec les hôpitaux les plus sévèrement touchés et afin de veiller à ce que les patients non-COVID puissent également recevoir des soins dans ces hôpitaux, les patients doivent déjà être répartis activement dans cette phase. Et ce, tant au sein du réseau ou de la province auquel appartient l'hôpital, qu'au niveau supra-réseau et supra-provincial le cas échéant.

Grâce à l'analyse des données de transfert des vagues précédentes, nous savons qu'un transfert à longue distance a un impact potentiellement négatif sur le pronostic du patient. Par conséquent, en règle générale, la préférence sera donnée aux transferts sur des distances plus courtes. Toutefois, comme nous souhaitons également répondre à la demande d'utilisation la plus large possible de la capacité nationale disponible, nous recommandons, dans la mesure du possible, de prendre la décision de transférer les patients dont l'état de santé risque de se détériorer à un stade précoce afin de limiter autant que possible l'impact potentiellement négatif d'un long transfert sur le pronostic.

Si les hôpitaux ne parviennent plus à identifier des solutions de répartition des patients au sein de leur propre réseau ou de la province, ils peuvent faire appel à l'Inspection Fédérale d'Hygiène pour obtenir un soutien. Le

comité HTSC fournit aux Inspecteurs d'Hygiène Fédéraux un outil de soutien dans ce cadre. En toute transparence, vous trouverez ci-dessous la logique de fonctionnement de cet outil de soutien.

La priorité sera donnée aux hôpitaux ayant le taux d'occupation le plus élevé.

La priorité sera donnée aux transferts en provenance des hôpitaux dont le taux d'occupation est supérieur à 25 % ( des lits USI agréés) vers les hôpitaux dont le taux d'occupation est inférieur à 15 %, soit la capacité USI minimale réservée au traitement COVID-19 (phase 0) dans chaque hôpital.

Une capacité tampon de 10 lits USI-COVID sera identifiée chaque jour, automatiquement, sur la base des données *Surge* du jour. À cette fin, seront examinés :

- 1) Le taux d'occupation USI-COVID au niveau provincial. La province dont le taux d'occupation est le plus faible apparaîtra en premier sur la liste.
- 2) Si deux provinces ont le même taux d'occupation, l'évolution au cours de la dernière semaine sera examinée. La province dont l'augmentation est la plus lente apparaîtra en premier sur la liste.
- 3) Ensuite, l'impact d'un patient supplémentaire USI-COVID sur le taux d'occupation de cette province sera pris en compte, et les étapes 1 à 3 seront répétées.

De cette façon, le système déterminera quotidiennement l'ordre des 10 premiers transferts au niveau provincial.

Le système identifiera ensuite les hôpitaux des provinces concernées.

- 1) Le taux d'occupation des USI-COVID par hôpital est calculé. L'hôpital ayant le taux d'occupation le plus bas apparaîtra en premier sur la liste.
- 2) Si deux hôpitaux ont le même taux d'occupation, l'évolution au cours de la dernière semaine sera examinée. L'hôpital dont l'augmentation est la plus lente apparaîtra en premier sur la liste.
- 3) Si deux hôpitaux ont le même taux d'occupation et la même évolution au cours de la semaine passée, l'impact d'un patient supplémentaire USI-COVID sur le taux d'occupation de cet hôpital sera pris en compte. L'hôpital pour lequel il y aura le plus faible impact apparaîtra en premier sur la liste.
- 4) Par la suite, l'impact d'un patient USI-COVID supplémentaire sur le taux d'occupation de cet hôpital sera pris en compte et les étapes 1 à 4 seront répétées pour identifier les prochains transferts possibles sur la liste des priorités.

Les Inspecteurs Fédéraux d'Hygiène et les collaborateurs du plan de répartition fédéral pourront également tenir compte d'un certain nombre d'éléments supplémentaires lors de l'établissement de la liste des priorités:

- L'évolution dynamique de la situation aux soins intensifs - flux entrants et sortants - déterminera si une capacité identifiée dans l'analyse est encore disponible au moment de la demande de transfert.
- Limiter la distance des transferts, par exemple en donnant la préférence aux transferts vers les provinces avoisinantes ou proches.
- L'hôpital d'accueil doit disposer d'un plateau thérapeutique approprié.
- Un possible cas de force majeure, signalé à l'Inspection Fédérale d'Hygiène, pourrait limiter la capacité des unités de soins intensifs de certains hôpitaux. Cependant, étant donné la réservation obligatoire de 15% de la capacité des USI pour le COVID et la reconnaissance légale des directives HTSC, les hôpitaux ne peuvent jamais disposer de moins de 15% de capacité USI-COVID. En outre, le plan *Surge Capacity* prévoit qu'il incombe à l'hôpital lui-même de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1A" dans les 48 heures si la capacité de 15 % de l'USI-COVID est presque ou complètement atteinte.

Les hôpitaux peuvent être informés par les inspecteurs d'hygiène fédéraux sur l'ordre identifié sur la liste de priorité, afin par exemple de préparer les hôpitaux en interne à la réception potentielle d'un transfert COVID.

#### 4. Enregistrement des données Sciensano et ICMS

Un suivi étroit et une évaluation scientifique de l'évolution épidémiologique par le Comité présupposent qu'en plus des données *Surge* quotidiennes (*Sciensano Surge Capacity Survey* et ICMS), une interprétation des résultats soit également possible par le biais de la surveillance des patients COVID-19 hospitalisés (*COVID-19 Clinical Hospital Survey*).

Nous insistons sur le fait que l'enregistrement des patients dans la *Clinical Hospital Survey* à l'admission et à la sortie constitue une ressource inestimable. Toutefois, cet enregistrement doit être effectué en temps utile, en particulier dans les provinces qui connaissent actuellement une augmentation des hospitalisations, afin d'aider les autorités sanitaires et le Comité HTSC à déterminer leurs politiques de santé publique. Nous remercions tous ceux qui ont contribué à cet effort et leur demandons de le poursuivre.

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](mailto:sante-gezondheid@ccc.brussels).

Dr. Paul Pardon  
Chief Medical Officer Belgique

Marcel Van der Auwera  
Président du Comité Hospital  
& Transport Surge Capacity

Prof. Dr. Erika Vlieghe  
Expert scientifique du Comité