

# 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 09/11/2021

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 : passage à la Phase 1A+ 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 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**

Les données épidémiologiques et d'hospitalisation présentent à nouveau ces derniers jours une tendance à la hausse rapide.

Ce 9 novembre 2021, les hôpitaux belges comptent 2.146 patients COVID et 434 patients COVID-USI.

Les modèles de prévision suggèrent que cette tendance à la hausse se poursuivra jusqu'à la fin de ce mois. Au début de la semaine prochaine, nous dépasserons probablement les 500 COVID ICU et aurons donc utilisé toute la capacité de la phase "1A".

Cependant, cette 4ème vague, comme les précédentes, ne se présente pas de manière homogène sur le territoire. Un certain nombre d'hôpitaux et un certain nombre de provinces souffrent déjà aujourd'hui. Nous tenons donc à souligner une fois de plus la très grande importance de la solidarité entre les hôpitaux.

L'image concernant le taux d'occupation mathématique des lits USI par des patients COVID par province est :

Fase 1b	35%	Brabant Wallon
	27%	West-Vlaanderen
	27%	Liège
Fase 1a	23%	Antwerpen
	23%	Brussel-Bruxelles
	22%	Namur
	20%	Limburg
	19%	Vlaams-Brabant
	18%	Hainaut
	17%	Oost-Vlaanderen
	16%	Luxembourg

Au sein de 44 hôpitaux nous dépassons 25%. 17 dépassent 33%.

## **2. Passage à la « phase 1A » du Plan Surge Capacity**

En raison du nombre croissant de patients au sein des hôpitaux et des réseaux, les hôpitaux vont être contraints, s'ils ne l'ont pas fait spontanément ces derniers jours, de passer à une phase supérieure du Plan *Surge Capacity* dans les prochains jours.

Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires **de passer progressivement, d'ici 2 semaines, à la phase 1A+**, 33% de la capacité USI agréée devant être réservée aux patients COVID-19, **avec un ratio de 6 pour le nombre de lits hors USI**, à réaliser progressivement ici aussi (voir tableau en annexe).

Le comité HTSC ne veut pas laisser de lits libres inutilement. Les hôpitaux sont tenus de passer progressivement à une réservation de 25 % de lits à caractère intensif. Nous demandons que tous les hôpitaux d'un même réseau organisent le passage en phase 1A+ de manière simultanée et en informe l'inspection d'hygiène fédérale et l'entité fédérée compétente. Dans le cadre de cette évolution, ils doivent **toujours libérer suffisamment de lits pour gérer leur propre nouvel afflux de patients ainsi que les lits nécessaires, par solidarité, dans le cadre du plan de répartition**, afin d'aider les hôpitaux qui ont déjà dépassé les 33 %. Si les hôpitaux passent des accords entre eux, au sein du réseau ou non, pour cohorter les lits COVID, cette décision doit être communiquée à l'administration de l'entité fédérée compétente. Cette dernière informera le comité HTSC afin que l'outil de calcul puisse prendre en compte ces accords lors de l'établissement de la liste des destinations prioritaires pour les transferts.

Compte tenu de la situation spécifique de Bruxelles, où il n'a jamais été possible de descendre en dessous de la phase 1B dû à la situation épidémiologique, l'Inspection fédérale continuera à suivre de près la situation et à donner les directives appropriées aux hôpitaux.

## **3. Passage à la phase 1B du Plan Surge Capacity**

Si un hôpital atteint presque ou complètement une occupation des 33% de lits USI réservés pour la "phase 1A+", il est de la responsabilité de l'hôpital de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1B". Dans le cadre de la "phase 1B", l'hôpital réservera 50% des lits USI agréés et 6 fois ce nombre

de lits agréés dans les services de soins non USI à la prise en charge des patients COVID-19. Le passage à la phase 1B est communiqué à l'entité fédérée compétente et l'inspecteur d'hygiène fédéral.

Toutefois, l'objectif doit être d'éviter le passage à des phases supérieures. Il faut donc faire le maximum pour répartir les patients.

#### **4. Soins réguliers non-urgents**

En raison de l'augmentation du taux d'occupation des lits par des patients COVID dans les unités de soins intensifs et les autres unités de soins, le Comité est d'avis que **les activités non urgentes utilisant la capacité des lits** de soins intensifs et, le cas échéant, les activités utilisant la capacité des lits des autres unités de soins **devraient être reportées**. Ceci afin de pouvoir gérer le flux croissant de patients COVID et de ne pas mettre trop de pression sur le système de soins et les hôpitaux.

En prenant cette mesure, le Comité ne demande pas que la priorité soit donnée à telle ou telle pathologie. Cependant, il est certain que l'afflux de patients COVID (ICU et non-ICU) va se poursuivre dans les semaines à venir. Nous ne pouvons plus l'empêcher. Le Comité demande donc aux hôpitaux, au médecin-chef, aux médecins-spécialistes et à la direction infirmières, en concertation avec sa cellule de coordination hospitalière du plan d'urgence hospitaliers, de déterminer la planification et le déploiement optimal du personnel et des ressources afin que cet afflux inévitable de patients COVID puisse être absorbé de manière optimale au sein du système.

Le Comité appelle également à une consultation optimale avec les collègues à l'intérieur et à l'extérieur du réseau en ce qui concerne la distribution optimale et en temps voulu des patients COVID. **Seules la solidarité et une répartition optimale entre tous les hôpitaux peuvent garantir un maximum de soins réguliers pour les patients non-COVID.**

#### **5. Enregistrement des lits USI et non-USI fermés**

Le comité avait déjà indiqué dans sa communication du 26/10/2021 que le HTSC et les inspecteurs d'hygiène fédéraux n'ont pas de vision claire du nombre de lits fermés, par exemple par raison du manque de personnel. Par conséquent, les pourcentages et le plan de répartition sont actuellement toujours basés sur le nombre de lits de soins intensifs reconnus.

Au sein de l'ICMS, deux variables supplémentaires ont été ajoutées. Les deux nouvelles variables ont été définies comme ICU CLOSED et NON-ICU CLOSED avec l'explication suivante :

- **USI FERMÉE** : Lit de soins intensifs fermé pour des raisons de personnel ou de force majeure et non disponible pour l'hospitalisation (COVID-19 ou non-COVID-19) d'un patient.
- **NON-ICU FERMÉ** : Un lit dans une unité de soins qui est fermé en raison d'une réduction de personnel ou d'un cas de force majeure et qui n'est pas disponible pour l'hospitalisation (COVID-19 ou non-COVID-19) d'un patient.

Les lits fermés enregistrés sous ces variables ne peuvent pas être ajoutés à la capacité libre dans l'unité de soins intensifs (AICU ou COVID-19 ICU) ou dans les autres unités hospitalières (TBAV, ...). La vérification du nombre enregistré peut, si nécessaire, être effectuée par constat de l'Inspection fédérale d'hygiène.

Dans la mesure du possible, le HTSC et les inspecteurs sanitaires fédéraux tiendront compte proportionnellement du nombre de lits fermés dans les calculs des taux d'occupation et dans la détermination des priorités au sein du plan de répartition.

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