

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 15/11/2021

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 1B 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 une tendance à la hausse rapide.

Ce 15 novembre 2021, les hôpitaux belges comptent 2.648 patients COVID et 533 patients COVID-USI.

Les modèles de prévision suggèrent que cette tendance à la hausse se poursuivra jusqu'à la fin de ce mois. Avant la fin de cette semaine, dimanche 21/11, nous aurons probablement dépassé les 660 patients ICU COVID et par conséquent utilisé la totalité de 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 à l'heure actuelle. Nous tenons donc à souligner une fois de plus la très grande importance de la solidarité entre hôpitaux.

29 hôpitaux sont maintenant passés au-dessus des 33%. 5 de ces hôpitaux sont passés au-dessus des 50%.

Outre l'évolution épidémiologique, le Comité est bien conscient des problèmes de personnel et de gestion des ressources humaines au sein des hôpitaux surchargés. Dans de telles conditions, ouvrir de nouveaux lits dans une phase 2A ainsi que fournir tous les soins réguliers souhaités n'est pas envisageable.

2. Passage à la « phase 1B » 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 le 19/11, à la phase 1B**, 50% 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, en démarrant avec un ratio minimal de 4 et, localement selon les besoins, étendu à un ratio de 6 (voir tableau en annexe).

Le comité HTSC ne veut pas laisser de lits libres inutilement. Les hôpitaux sont tenus de garantir une réservation de 33 % des lits intensifs reconnus et de passer progressivement à une réservation de 50 % des lits intensifs reconnus. Nous demandons que tous les hôpitaux d'un même réseau organisent le passage en phase 1B de manière simultanée et en informe l'inspection d'hygiène fédérale ainsi que l'entité fédérée compétente. Le week-end dernier, en raison de l'insuffisance des capacités disponibles dans les unités de soins intensifs, des patients (COVID et non-COVID) n'ont pas pu être transférés des urgences aux unités de soins intensifs. Le Comité souligne donc que les hôpitaux doivent **toujours libérer suffisamment de lits pour gérer leurs propres nouveaux 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 50 %. 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'Inspection d'Hygiène Fédérale ainsi qu'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.

3. Passage à la phase 2A(-) du Plan Surge Capacity

Si un hôpital atteint presque ou complètement une occupation des 50% de lits USI réservés pour la "phase 1B", il est de la responsabilité de l'hôpital de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 2A(-)". Dans le cadre de la "phase 2A(-)", l'hôpital réservera 60% des lits USI agréés et 4 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 2A(-) est communiquée 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. 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.

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 les activités utilisant la capacité des lits des autres unités de soins **doivent 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, aux médecins-chefs, 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. Activation du plan BABI

Le Comité a demandé l'activation du plan de répartition des brûlés: le plan BABI.

Au vu de la situation difficile au sein de nos services de soins intensifs, il n'est pas exclu que certains centres pour brûlés soient contraints de mettre à disposition leurs lits comme lits de soins intensifs pour d'autres pathologies.

L'Hôpital Militaire, en tant que coordinateur du plan BABI, surveillera avec attention les disponibilités et les éventuelles réaffectations de ces lits « brûlés » pour d'autres pathologies.

En cas de manque de lit dans les centres périphériques, le centre des brûlés de l'Hôpital Militaire servira de destination préférentielle.

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 contactersante-gezondheid@ccc.brussels.

Dr. Cecile van de Konijnenburg
Chief Medical Officer Belgique
a.i.

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

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Expert scientifique du Comité