

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 27/01/2022

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 : Découplage de la capacité HOSP - descente en phase 1A (ICU)

Madame, Monsieur le Directeur général,
Madame, Monsieur le Médecin-chef,
Madame, Monsieur le Directeur du Département infirmier,
Madame, Monsieur le Coordinateur du PUH,

1. Evolution épidémiologique et situation dans les hôpitaux

Les chiffres des hôpitaux ont connu un parcours divergeant ces dernières semaines. En raison du nouveau variant omicron, nous avons constaté une forte évolution dans la situation épidémiologique avec énormément d'infections dans la population et également une hausse dans l'occupation des lits HOSP, mais les chiffres des soins intensifs ont continué à diminuer.

En date du 27/01/2022, nous avons dans les hôpitaux belges 3 694 patients COVID et 357 patients USI COVID.

196 lits de soins intensifs et 3 172 lits d'hospitalisation sont fermés aujourd'hui en raison du manque de personnel.

2. Découplage de la capacité HOSP et descente à la phase 1A du Plan *Surge Capacity*

Découplage du nombre de lits HOSP dans le plan *Surge Capacity*

Étant donné l'évolution des chiffres des hôpitaux, l'augmentation en lits HOSP et la diminution en ICU, le plan *Surge Capacity* tel que nous le connaissons jusqu'à présent devient un instrument inutilisable. Le nombre de lits HOSP de la phase 1B devient progressivement insuffisant, ce qui inciterait à passer à la phase suivante. Dans le même temps, le nombre de lits occupés dans les unités de soins intensifs diminue, ce qui nécessiterait une réduction de la phase.

Par conséquent, le HTSC décide de **découpler** la capacité de lits HOSP dans le plan Surge Capacity des phases prévues dans le plan pour les lits USI.

Phase 1B -> 1A+ : Réduction du nombre total de patients COVID-ICU en dessous de 33% du nombre de lits ICU agréés.

Lorsque **tous les hôpitaux** d'une province tombent en dessous de 33 % d'occupation COVID du nombre de lits ICU agréés, tous les hôpitaux de cette province peuvent passer à la phase 1A+. Toutefois, en cas de réduction de la capacité, la capacité réduite doit rester réactivable pendant 2 semaines dans un délai de 48 heures. Lorsque des accords ont été conclus au sein d'un réseau concernant la redistribution des lits COVID au sein du réseau, il est toujours possible d'effectuer le passage au niveau provincial si le réseau et au moins la moitié des hôpitaux du réseau tombent en dessous des 33% d'occupation COVID du nombre de lits de soins intensifs agréés.

Phase 1A+ -> 1A : Réduction du nombre total de patients COVID-ICU en dessous de 25% du nombre de lits ICU agréés.

Lorsque **tous les hôpitaux** d'une province tombent en dessous de 25 % d'occupation COVID du nombre de lits ICU agréés, tous les hôpitaux de cette province peuvent passer à la phase 1A. Toutefois, en cas de réduction de la capacité, la capacité réduite doit rester réactivable pendant 2 semaines dans un délai de 48 heures. Lorsque des accords ont été conclus au sein d'un réseau concernant la redistribution des lits COVID au sein du réseau, il est toujours possible d'effectuer le passage au niveau provincial si le réseau et au moins la moitié des hôpitaux du réseau tombent en dessous des 25% d'occupation COVID du nombre de lits de soins intensifs agréés.

3. Plan de répartition

Malgré la tendance à la baisse de l'occupation des USI, les différences régionales en matière d'occupation des USI persistent. Nous remarquons également ces différences dans l'occupation des lits HOSP, et nous ne prenons pas encore en considération les différences entre les hôpitaux sur base individuelle. Attention : au dénominateur, seul le nombre de lits (C, CD, D, E, G et L) a été pris en compte. Le Comité continue donc à attirer l'attention sur la bonne utilisation du plan de répartition, au sein du réseau, de la province et/ou au-delà, tant pour les patients en soins intensifs que pour les patients en hospitalisation classique.

	ICU	HOSP
Antwerpen	16%	10%
Brabant Wallon	22%	11%
Brussel-Bruxelles	29%	15%
Hainaut	17%	15%
Liège	17%	13%
Limburg	14%	8%
Luxembourg	26%	7%
Namur	19%	11%
Oost-Vlaanderen	15%	7%
Vlaams-Brabant	21%	8%
West-Vlaanderen	12%	10%
TOT	18%	8%

Seules la solidarité et une répartition optimale entre tous les hôpitaux peuvent garantir un maximum de soins réguliers pour tous les patients. Par conséquent, le Comité demande de surveiller de près l'occupation au sein du réseau et, si nécessaire, de contacter l'inspecteur d'hygiène fédéral qui peut jouer un rôle de coordination des mesures visant à aider à ramener votre occupation à un niveau acceptable.

4. Enregistrement des données

Dans notre lettre du 6 janvier dernier, l'accent a été mis sur la grande importance de l'enregistrement correct des patients dans le groupe "NewPatientsNotReferredHospitalNursingHome" ou "NewPatientsOtherPathology". Nous le répétons, mais nous ajoutons, par souci d'exhaustivité, que chaque patient ne peut appartenir qu'à un seul des deux groupes et ne peut dès lors être compté deux fois.

5. Absentéisme

Afin d'avoir un aperçu des chiffres d'absentéisme du personnel dans les hôpitaux, en corrélation avec une éventuelle fermeture de lits, les services du personnel de tous les hôpitaux généraux et universitaires seront invités par courrier à participer à un enregistrement hebdomadaire.

Avec ces données objectivées, des solutions peuvent alors être recherchées de manière ciblée. Par exemple, l'allocation des ressources de la Défense peut se faire de manière efficace et fondée.

Nous continuons à nous rendre compte que les hôpitaux et tous leurs collaborateurs traversent des moments difficiles et qu'une réorganisation permanente n'est pas évidente et a un effet sur tout le personnel.

Nous tenons à remercier les directions hospitalières, les prestataires de soins et le personnel hospitalier pour leurs efforts constants. Le Comité continuera, afin de soutenir les hôpitaux, à suivre de près la situation et, si nécessaire, préparera des modèles organisationnels appropriés pour les différents scénarios.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter sante-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