



DATE 30/09/2020
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, des Hôpitaux psychiatriques et des Hôpitaux de revalidation

**Pour information aux Fédérations hospitalières
Pour information aux Gouverneurs**

OBJET Covid-19 – Communication : Clarifications concernant la régulation de la charge hospitalière et la mise en place phasée du Plan d'Urgence Hospitalier pendant la nouvelle vague.

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, est toujours actif pour suivre la situation du secteur hospitalier. Par analogie avec la première vague, le comité prendra les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

Dans le contexte de l'évolution actuelle du nombre d'hospitalisations de patients COVID-19 et du feedback le plus récent que nous avons reçu du terrain, nous voudrions souligner un certain nombre d'aspects supplémentaires concernant l'organisation de la capacité de pointe au sein du secteur hospitalier ainsi que la régulation et la répartition des patients.

LES RÈGLES DE BASE AU SEIN DE LA LIGNE POLITIQUE

1. Le paramètre utilisé pour passer à un stade supérieur est le nombre 'Sum of Confirmed patients in ICU'.
2. La stratégie du Comité est de répartir la charge sur les hôpitaux, plus que lors de la première vague, notamment pour limiter la saturation de chaque hôpital. Contrairement à la première vague, nous voulons désormais continuer, dans la mesure du possible, à offrir des soins réguliers non COVID. Cela nécessite une distribution plus proactive, à la fois par les hôpitaux eux-mêmes et par le biais d'une régulation par l'autorité.
3. La redistribution de cette capacité réservée entre hôpitaux au sein d'un réseau hospitalier locorégional ou d'une province est autorisée, mais doit être signalée à l'autorité d'agrément. Tout accord au sein d'un réseau ou toute modification de celui-ci doit être immédiatement signalé(e) à l'autorité

d'agrément en vue d'une régulation par le comité via l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène, mais aussi d'une régulation par le centre 112 compétent.

4. La répartition des patients restera toujours de la responsabilité de l'hôpital. L'hôpital organisera le transport. Le transport du patient COVID sera réalisé en priorité par le biais d'un transport de patient non urgent. Les coûts du transport des patients dans le contexte de la crise actuelle de COVID-19 seront pris en charge par le budget des moyens financiers des hôpitaux. Nous renvoyons au contrat "Transport inter-hospitalier et extra-hospitalier de patients" que vous avez reçu par e-mail le 13 mai 2020 et qui s'inscrit dans le cadre de l'art. [101](#), 2° de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10/07/08 (modifié par l'arrêté royal du 03/07/20).
5. Afin de maintenir un monitoring correct de la gravité de la pression exercée par les patients COVID sur l'ensemble du territoire, et également pour les besoins du baromètre COVID par province, il est très important d'enregistrer correctement le nombre de transferts dans les données "Sciensano" quotidiennes. L'hôpital référent doit indiquer clairement, sur une base journalière, le nombre de patients transférés dans "DischargeReferred", la case "Comments" indiquant vers quel autre hôpital les patients ont été transférés. L'hôpital d'accueil doit l'indiquer clairement dans les chiffres de "NewPatientsReferredHospital", et indiquer dans la case "Comments" le nom de l'hôpital dont il a pris en charge les patients. La saisie correcte dans le questionnaire existant évite de devoir ajouter un nouvel enregistrement.

MISE EN PLACE PHASEE DE LA LIGNE POLITIQUE

1. Passage de la « phase 0 » à la « phase 1A »

Nous constatons qu'à ce jour, la majorité des hôpitaux sont en "phase 0", avec 15 % de lits agréés de soins intensifs en "capacité de veille" et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs réservées au traitement des patients COVID-19.

Si un hôpital atteint presque ou complètement sa capacité de pointe des 15% ICU 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 agréés de soins intensifs et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs réservées au traitement des patients COVID-19.

Dans les petites unités de soins intensifs, le nombre de lits réservés dans la "phase 0" est parfois limité à 1 ou 2 lits, et l'extension signifie seulement 1 lit, car les étapes suivantes mentionnent parfois "avec un minimum de 2 patients dans l'unité de soins intensifs".

2. À partir de la « phase 1A », le plan d'urgence hospitalier est mis en œuvre au niveau de l'hôpital et du réseau hospitalier

La phase 1A relève au moins de la phase d'information du plan d'urgence hospitalier ; la cellule de coordination hospitalière (CCH) est activée si ce n'était pas déjà le cas.

3. Répartition proactive des patients entre les hôpitaux, les réseaux et les provinces à partir de la « phase 1A »

Compte tenu du contexte épidémiologique actuel et de la charge qui pèse actuellement sur le secteur hospitalier, le Comité souhaite éviter autant que possible que les hôpitaux passent à la phase 2 du plan de capacité de pointe. Cela suppose que nous nous répartissions les patients déjà de manière proactive en phase 1A en cas de saturation.

Plus précisément, nous souhaitons dès la phase 1A éviter la saturation et répartir les patients. En fonction de l'évolution de l'épidémie et de la charge hospitalière, cette stratégie pourra être ajustée, car l'organisation de la régulation par le transport impose également des conditions logistiques et pratiques. Nous vous informerons bien sûr lorsque cette politique sera modifiée.

Le comité conseille, dès la phase 1A, une répartition maximale du nombre de patients COVID-19 au sein du réseau propre ou de la province afin de pouvoir poursuivre le programme électif le plus longtemps possible. Dans la phase 1A, cette répartition des patients reste principalement sous la responsabilité de l'hôpital.

L'Inspecteur Fédéral d'Hygiène est à disposition et peut intervenir si :

- l'hôpital n'est pas en mesure de trouver une destination pour un patient dans son propre réseau ou sa province
- et s'il y a au moins 2 patients COVID hospitalisés aux soins intensifs dans l'hôpital qui a activé sa "Phase 1A".

L'hôpital peut faire appel à l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène via le centre d'urgence 112.

L'Inspecteur Fédéral d'Hygiène facilitera alors le contact avec les hôpitaux **en dehors** du réseau ou au-delà des frontières provinciales. En matière de destination, l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène cherchera en priorité un hôpital en "phase 0".

Pour chaque transfert, il y aura un contact entre l'hôpital de départ et l'hôpital d'arrivée.

4. Saturation en « phase 1A » : généralisation au niveau provincial

Si 50 % des hôpitaux d'une province sont passés à la « phase 1A », le comité informera tous les autres hôpitaux de la province qu'ils doivent également passer à la « phase 1A ».

5. Passage de la « phase 1A » vers la « phase 1B »

L'objectif des lignes directrices de la "Phase 1A" ci-dessus est de reporter le plus longtemps possible cette transition vers la "Phase 1B". Nous ne pourrons y parvenir qu'en mettant pleinement l'accent sur la solidarité entre tous les hôpitaux dans le cadre de l'application des lignes directrices de la phase 1B.

Si un hôpital atteint presque ou complètement sa capacité de pointe de 25% ICU de la "phase 1A", il lui incombe de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour passer à la "phase 1B" dans les 48 heures. Dans le cadre de la "phase 1B", l'hôpital réservera 50 % des lits agréés de soins intensifs et 4 fois ce nombre de lits agréés dans les unités de soins non intensifs pour le traitement des patients COVID-19.

Nous demandons que les hôpitaux appartenant au même réseau hospitalier loco-régional agréé, en cours d'agrément ou de conception, passent ensemble à une phase supérieure dans le cadre du plan de capacité de pointe, si un des hôpitaux passe à la "phase 1B", tous les autres hôpitaux du réseau doivent être au moins en "phase 1A".

6. A partir de la « phase 1B », la phase d'action du plan d'urgence hospitalier entre en vigueur au niveau de l'hôpital et du réseau hospitalier.

La phase 1B relève de la phase d'action du plan d'urgence hospitalier, la cellule de coordination hospitalière (CCH) est active. Nous demandons que les hôpitaux appartenant à un même réseau hospitalier locorégional agréé, en cours d'agrément ou de conception, passent ensemble à une phase supérieure dans le cadre du plan de capacité de pointe, si un des hôpitaux passe à la "phase 1B", tous les autres hôpitaux du réseau doivent être au moins en "phase 1A".

7. Répartition active des patients entre les hôpitaux, les réseaux et les provinces.

Compte tenu du contexte épidémiologique et de la charge pesant sur le secteur hospitalier, le Comité souhaite éviter autant que possible que les hôpitaux passent à la phase 2 du plan de capacité de pointe. Pour cela, il faut s'employer très activement à répartir les patients et à maintenir la saturation des hôpitaux aussi faible que possible dans cette "phase 1B".

Le Comité continue à conseiller une répartition maximale du nombre de patients COVID-19 au sein du réseau propre ou de la province afin de pouvoir maintenir le programme électif aussi longtemps que possible.

Dans la "phase 1B", cette répartition des patients reste principalement de la responsabilité de l'hôpital, mais l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène peut intervenir activement dans le plan de répartition.

La priorité de la "phase 1B" est de répartir à partir des hôpitaux où la saturation est la plus forte. En pratique, cela signifie que la répartition des patients des hôpitaux de la "phase 1B" vers les hôpitaux de la "phase inférieure" sera prioritaire par rapport à la répartition des patients des hôpitaux de la "phase 1A".

Afin de pouvoir identifier les priorités en termes de distribution, un hôpital notifiera ses projets de transport au Comité par l'intermédiaire de l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène.

Dans cette phase également, l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène peut apporter son soutien si l'hôpital n'est pas en mesure de trouver une destination pour un patient dans son propre réseau ou sa province.

Au cours de cette phase, l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène peut également fournir des dérogations temporaires dans le cadre de la régulation régulière du 112 concernant les patients confirmés COVID.

Dans cette phase, l'hôpital organisera toujours le transport.

Enfin, le comité tient 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. Nous sommes conscients de l'énorme pression que vous avez subie lors de la première vague. Pour notre part, nous continuerons à travailler de manière constructive avec les représentants des autorités, de la Défense, des Fédérations hospitalières et des experts au sein du comité.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter l'adresse e-mail suivante : soins.hospitaliers@aviq.be .

Dr. Paul Pardon
Chief Medical Officer
Belgique, Président du Risk
Management Group

Pedro Facon
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