

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 27/11/2020
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

Pour information aux Hôpitaux psychiatriques et Hôpitaux de revalidation

Pour information aux Fédérations hospitalières

Pour information aux Gouverneurs

OBJET Covid-19 – Communication : 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 activement la situation du secteur hospitalier au cours de ces derniers jours.

Le secteur des soins a fait des efforts surhumains. Nous ne soulignerons jamais assez combien nous sommes reconnaissants envers les directions des hôpitaux, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour ces efforts en faveur de nos patients.

La période qui vient de s'écouler a montré, tant au Comité qu'à nos concitoyens, que nous pouvions compter sur le secteur, qui a toujours voulu tendre vers le bon équilibre entre les soins COVID - non-COVID.

Et en tant que Comité, nous sommes convaincus que, si nécessaire, les ajustements et les efforts appropriés pourront être réalisés. Mais nous voulons éviter ces ajustements, ces efforts et surtout une nouvelle courbe ascendante. Un relâchement trop rapide, même dans le cadre du plan *Surge Capacity*, peut très vite avoir des conséquences catastrophiques, étant donné le caractère exponentiel de cette épidémie, et peut annuler les résultats de tous vos efforts. Nous ne pouvons pas en effet toujours évaluer pleinement les effets du comportement des individus dans notre société. C'est pourquoi, en tant que Comité, nous voulons procéder avec beaucoup de prudence et de sécurité au cours de la période à venir.

1. Evolution épidémiologique

Les chiffres de ces derniers jours sont à nouveau devenus prudemment plus positifs.

Toutefois, la charge qui pèse sur le secteur hospitalier et les soins intensifs reste très élevée.

Le 25 novembre 2020, nous avons 1 071 patients COVID-USI et 101 patients COVID-HFNO dans les hôpitaux belges. En Allemagne, 17 patients belges COVID-USI ont été pris en charge à cette date. Le nombre de lits créés aux USI est de 537. Le nombre total de lits USI disponibles (agrés et créés en supplément) est de 568. Sur un plan purement mathématique, cela ne donne qu'une très petite marge libre de 31 lits dans les lits agrés.

2. Réduction de la capacité de pointe

- A. Dans notre communication du 19/11/2020, nous avons demandé de maintenir les 3 premières étapes du plan d'interruption des soins réguliers non urgents et le phasage du plan *Surge Capacity*. Nous avons promis une évaluation et un ajustement continu.

Le Comité est d'avis, compte tenu de la situation épidémiologique, que nous pouvons graduellement passer à la phase 2A avec un ratio de 1/4 pour les USI/non USI...

Les hôpitaux n'ont plus besoin de réserver la capacité supplémentaire de 25 % de lits de soins intensifs créés dans le cadre de la phase 2B pour la prise en charge des patients Covid. Mais attention : cette capacité doit rester **réactivable dans les 48h, pendant encore 2 semaines, en cas de résurgence**. La suppression progressive des lits HFNO n'est pas liée au phasage, et l'utilisation de ces lits fait partie de l'arsenal thérapeutique de l'hôpital.

- B. Perspectives supplémentaires dans le cadre du plan d'interruption des soins réguliers non-urgents et du phasage du plan *Surge Capacity* :

Diminution du nombre total de patients COVID-USI en dessous de 50% du nombre de lits USI agrés.

Lorsque **tous les hôpitaux** d'une province tombent en dessous de 50 % d'occupation COVID du nombre de lits de soins intensifs agrés, tous les hôpitaux de la province pourront, sous réserve de l'approbation de l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène, passer à la phase 1B, avec un ratio de 1/4 pour les soins intensifs/non intensifs. Toutefois, la capacité réduite doit rester réactivable dans les 48 heures pendant 2 semaines. Lorsque des accords ont été conclus au sein d'un réseau concernant la redistribution des lits COVID dans le réseau, ce passage provincial est toujours possible si le réseau et au moins la moitié des hôpitaux du réseau tombent en dessous de 50% d'occupation COVID des lits USI agrés.

Le Comité suivra de près l'évolution des chiffres et communiquera sur la poursuite de la stratégie de réduction en fonction de cette évolution avec au moins un état des lieux toutes les deux semaines.

Jusqu'à nouvel ordre, tous les hôpitaux restent donc en phase 2A (théorique ou réelle) et la première étape de la suspension des activités électives continue de s'appliquer (voir infra).

3. Reprise des soins réguliers non urgents

Les chiffres actuels et les projections indiquent une pression continue sur les soins intensifs, au moins jusqu'à la fin de cette année, ce qui se traduit par une réduction de la capacité non-Covid des salles d'opération, des soins intensifs et des services d'hospitalisation. La reprise des activités régulières est souhaitable et nécessaire pour la santé publique, tous les patients en Belgique devraient y avoir accès le plus rapidement possible.

Compte tenu de la situation épidémiologique et de la très forte pression qui continue de s'exercer sur la capacité en soins intensifs, il est **trop tôt aujourd'hui pour permettre un éventuel redémarrage des activités non-urgentes utilisant les soins intensifs**, première étape du plan d'interruption.

Pour la **reprise des hospitalisations classiques qui ne font pas appel aux soins intensifs et de l'hospitalisation de jour qui ne fait pas appel aux soins intensifs**, le Comité compte sur l'évaluation des médecins chefs et des coordinateurs des plans d'urgence hospitaliers locaux qui, en tenant compte de la situation locale et des possibilités locales, se coordonneront soigneusement avec les médecins-spécialistes au sein des établissements. La disponibilité du personnel sera un facteur clé à cet égard.

4. Soins urgents et nécessaires

Il doit être très clair que toutes les consultations, examens et interventions urgents et nécessaires doivent se poursuivre (COVID et non-COVID). Toutes les thérapies nécessaires (vitales) en cours (chimiothérapie, dialyse,) ou la réadaptation nécessaire doivent également être poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID doivent clairement être séparés des soins réguliers.

5. Dimension sociale et données hospitalières dans ICMS

Dans le plan de répartition, il était indiqué qu'il fallait promouvoir un retour vers les hôpitaux initiaux, dans la région de résidence du patient, après par exemple sa sortie des soins intensifs.

Le Comité est heureux de constater que ces transferts de retour se déroulent sans heurts.

Il peut cependant arriver exceptionnellement que ces retours ne fonctionnent pas et des problèmes potentiels peuvent survenir pour les soins de suivi, par exemple lors de la recherche de centres de réadaptation ou de maisons de convalescence dans la région de résidence du patient. Les services sociaux des hôpitaux vers lesquels les patients ont été transférés n'ont pas toujours les bons contacts dans la région du domicile du patient. Dans ces cas, le Comité appelle à une coopération entre les services sociaux des hôpitaux d'origine et au sein duquel le patient a été transféré.

Afin de faciliter les contacts entre hôpitaux, le Comité demande aux hôpitaux de compléter leurs coordonnées au sein d'ICMS, dans la fiche générale d'information de l'hôpital. Ces coordonnées pourront ensuite être utilisées par les services sociaux.

6. Date de soumission des plans d'urgence hospitaliers actualisés

Dans notre lettre du 22/07/2020, les hôpitaux qui n'avaient pas encore soumis leur projet de PUH actualisé à la cellule de sécurité communale ont bénéficié d'un report de la date de soumission au 31/12/2020.

Ce délai reste inchangé.

Nous tenons 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. Pour notre part, nous continuerons à soutenir le secteur hospitalier en maintenant une collaboration constructive avec les représentants des autorités, de la Défense, des Fédérations hospitalières et les experts au sein du comité.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter sante-gezondheid@ccc.brussels.

Dr. Paul Pardon
Chief Medical Officer
Belgique

Officer

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

Prof. Dr. Erika Vlieghe
Expert scientifique du
Comité

Prof. Dr. Geert Meyfroidt
Président de la Société
belge de médecine
intensive