

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 04/03/2021
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 : Report de la date du 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. Par analogie avec la première et la deuxième vagues, le comité doit prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

1. Evolution épidémiologique

Le 4 mars 2021 à 12h, les hôpitaux belges comptaient 1911 patients COVID, 426 patients COVID-ICU et 49 patients COVID-HFNO. Le taux d'occupation des unités de soins intensifs COVID de 5 hôpitaux a de nouveau dépassé les 50 %.

La moyenne hebdomadaire des nouvelles admissions COVID est passée de 127 à 156 au cours de la semaine dernière, mais nous n'avons pas vu une augmentation exponentielle comme celle lors de la phase 1A à la phase 1B des 1ère et 2ème vagues. En outre, les modèles de prévision prévoient que nous allons à nouveau passer à une phase de plateau au cours des deux prochaines semaines et ne pas continuer immédiatement à augmenter très vite.

2. Passage à la phase 1B du plan Surge Capacity

La progression épidémiologique est donc heureusement beaucoup plus lente que ce que l'on craignait la semaine dernière.

Bien que la période à venir reste une période d'incertitude et de fluctuations, le Comité estime que nous pouvons temporairement reporter le passage générique et nationale à la phase 1B.

Dans notre courrier du 26 février 2021, nous avons demandé à tous les hôpitaux généraux et universitaires d'augmenter progressivement la capacité de leurs USI COVID afin que, au plus tard le lundi 08/03/2021, 50% de la capacité agréée des USI soit réservée aux patients COVID-19.

Le Comité reporte provisoirement la date butoir de l'augmentation progressive de la capacité USI COVID, au lundi 15 mars 2021, et suivra de près l'évolution des chiffres épidémiologiques dans les prochains jours. Des ajustements restent possibles.

3. Soins réguliers non urgents

Le Comité est bien conscient que même dans la phase 1A, le maintien d'un programme électif normal n'est pas évident. Cela devient encore moins évident lorsque l'on passe à la phase 1B.

Nous demandons donc au médecin-chef, en collaboration avec les spécialistes et la direction des soins infirmiers, de déterminer la planification et le déploiement optimaux du personnel et des ressources, mais aussi de consulter de manière optimale ses collègues au sein et en dehors du réseau en ce qui concerne la distribution opportune et optimale des patients COVID.

4. Répartition des patients au sein des hôpitaux, des réseaux et des provinces

Certains hôpitaux, réseaux hospitaliers ou provinces ont dépassé les seuils de la phase 1A et sont de facto en phase 1B.

Nous rappelons que le plan de répartition est un élément essentiel des actions entreprises pour garantir la qualité des soins aux patients, qu'ils soient ou non COVID, mais aussi pour répartir la charge des soins et la pression sur le personnel et les institutions. Il est donc toujours très important de mettre en œuvre le plan de répartition de manière solidaire. Les patients COVID ne seront pas admis à l'hôpital de manière uniforme dans tout le pays. À l'heure actuelle, et en raison de l'impact négatif démontré du débordement de la capacité USI sur le pronostic des patients¹, il n'est pas conseillé de créer une capacité USI supplémentaire en dehors des lits agréés. Par conséquent, la répartition devrait viser à maintenir tous les hôpitaux en dessous des seuils de la phase 2A, et donc dans la phase 1B.

¹ F.S. Taccone, N. Van Goethem, R. De Pauw et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health – Europe (2021)
DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100019>

Dans cette phase également, les hôpitaux doivent répartir autant que possible au sein de leur propre réseau ou de la province ; si cela s'avère impossible, ils répartiront également les patients aux niveaux supra-réseau et supra-provincial.

Si un hôpital ne peut pas trouver de destination pour un patient, les inspecteurs fédéraux d'hygiène lui apporteront à nouveau leur soutien à ce stade. Une bonne régulation présuppose que les inspecteurs fédéraux d'hygiène disposent d'informations correctes. Nous demandons à nouveau que les données ICMS et de Sciensano, y compris les données de transfert, soient enregistrées correctement et en temps utile.

5. Rapportage de cluster hospitaliers

Afin de pouvoir bien estimer l'impact des clusters hospitaliers sur les chiffres généraux des hôpitaux par rapport à l'évolution épidémiologique générale, il est très important que les clusters hospitaliers soient bien documentés. C'est pourquoi nous demandons, en cas de cluster hospitalier, de bien rapporter le cas auprès des administrations fédérées.

Flandre : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bron-en-clusteronderzoek>

Bruxelles : COVID-hyg@ccc.brussels

Wallonie : surveillance.sante@aviq.be

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.

Dans les semaines à venir, nous poursuivrons également nos efforts pour soutenir le secteur hospitalier.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter soins.hospitaliers@aviq.be.

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

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