

DATE 17/06/2020  
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 – Hospital & transport surge capacity: Plan d'Urgence Hospitalier, capacité de veille et capacité à maintenir disponible dans le cadre de la préparation à une deuxième 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 des représentants de toutes les entités, de la Défense, des Fédérations hospitalières, du Comité scientifique et des experts, est toujours actif afin de suivre la situation du secteur hospitalier et de prendre les mesures nécessaires en termes de régulation.

Le Comité se concentre actuellement sur le suivi continu de la charge de travail liée à la COVID-19 pour les hôpitaux et sur l'organisation de la préparation de la prochaine vague d'hospitalisations.

Compte tenu de la charge actuelle au sein des hôpitaux, du feedback que nous avons reçu du terrain en ce qui concerne nos précédentes lignes directrices pour la deuxième vague et de l'approche générale dans le cadre de la gestion de crise de la COVID-19, nous aimerions fournir un certain nombre de nouvelles lignes directrices, d'adaptations et de clarifications avec cette circulaire.

## **1) Plan d'Urgence Hospitalier**

Jusqu'à présent, le plan d'urgence hospitalier est resté dans sa phase d'action afin de gérer au mieux l'interaction de trois défis :

- la résorption de la "première vague" de la crise COVID-19
- la relance progressive des activités non COVID-19

- assurer la préparation à une "deuxième vague"

Le Comité estime que, sous certaines conditions, il est possible de passer de la phase d'action à la phase d'information. Ces conditions, qui doivent toutes être remplies concomitamment, sont :

- Le passage de la phase d'action à la phase d'information se fait en même temps pour tous les hôpitaux d'un même réseau locorégional. Il peut s'agir d'un réseau déjà agréé ou en attente d'agrément.
  - Chaque hôpital garde néanmoins la possibilité, dans le cadre de ces accords communs, de rester dans la phase d'action de son PUH, s'il l'estime nécessaire.
- Les directeurs généraux des hôpitaux concernés informent conjointement l'autorité d'agrément de ce passage, à l'adresse de contact qui figure à la fin de cette lettre. La circulaire clarifie le moment où la phase d'information commence. Il doit être démontré que les conditions expliquées ci-après sont remplies et la manière dont elles le sont.
- Le basculement n'est possible que si l'ensemble du réseau a une charge COVID-19 (confirmée et suspecte) inférieure à 15 % des lits à caractère intensif agréés.
- Les hôpitaux du réseau réservent, en permanence et de manière calculée ( nombre arrondi à l'unité supérieure si la décimale est égale ou supérieure à 0,5) sur l'ensemble de la capacité en lits du réseau, une "capacité de veille" pour le traitement de la COVID-19 (phase 0) fixée au minimum à :
  - 15% des lits agréés à caractère intensif (= n)
  - 4 fois (n) de lits agréés pour les unités de soins non USI
- La phase d'information peut continuer à s'appliquer dans les hôpitaux du réseau jusqu'à ce qu'un maximum de 25% de la capacité au niveau du réseau ait été atteint (phase 0).
- Les hôpitaux du réseau sont en mesure de passer à la phase d'action du plan d'urgence hospitalier dans un délai de 48 heures (phase 1B). Cette mesure est mise en place :
  - Soit de la propre initiative du réseau et des hôpitaux du réseau dès qu'il est établi que le seuil de 25 % de lits à caractère intensif agréés (= n) est dépassé (phase 1A).
  - Soit sur décision du Comité, par l'intermédiaire de l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral

## **2) Capacité à maintenir disponible pour la préparation de la « deuxième vague »**

Dans notre courrier précédent, nous avons précisé quelles capacités doivent être réservées par les hôpitaux afin d'être prêts pour la "deuxième vague", à la fois en termes de capacité réflexe permanente et de capacité réflexe supplémentaire. Il a été précisé que les hôpitaux d'un réseau hospitalier locorégional ou d'une province peuvent coopérer à cette fin, mais doivent en informer l'autorité chargée de l'agrément. En annexe, vous trouverez les capacités à réserver pour chaque hôpital. Par rapport à la version antérieure, compte tenu de la modification des règles, les capacités ont été ramenées à la situation initialement prévue (sans prendre en compte d'éventuels accords de réseau) sur la base des lits agréés. Tout accord au sein d'un

réseau ou toute modification de celui-ci doit être notifié immédiatement à l'autorité d'agrément en vue d'une régulation par le Comité, mais aussi d'une régulation par le central 112 compétent.

Cette circulaire ajoute donc une "capacité de veille" aux lignes directrices précédemment communiquées. L'objectif est, compte tenu de la situation épidémiologique actuelle, de la charge pesant sur les hôpitaux et de la reprise et du rattrapage des soins non liés à la COVID-19, de ne pas réserver inutilement des capacités dans les hôpitaux.

Dans l'annexe à cette lettre, nous résumons la situation actuelle concernant la capacité à maintenir disponible en vue de la préparation de la deuxième vague.

Les hôpitaux du réseau sont en mesure de passer à la phase 2A dans un délai de 7 jours (soit à l'initiative du réseau après concertation entre hôpitaux du réseau, soit suite à une décision du comité), par laquelle :

- au niveau du réseau, 60 % des lits à caractère intensif agréés sont réservés (nombre arrondi à l'unité supérieure si la décimale est égale ou supérieure à 0,5).
- au niveau du réseau, une capacité supplémentaire de lits à caractère intensif (capacité réflexe) est créée, correspondant à 15% du nombre total de lits à caractère intensif agréés (arrondi de manière identique, mais toujours en fournissant au moins un lit par hôpital).

Le réseau et les hôpitaux du réseau sont en outre en mesure d'augmenter cette capacité réflexe de 25 % dans un délai supplémentaire de 7 jours (phase 2B).

Nous souhaitons également clarifier la nature et l'encadrement (staffing) de la capacité à réserver par rapport aux directives précédentes. Le Comité part du principe que les lits à caractère intensif supplémentaires ne seront que partiellement créés en plus de la capacité agréée à partir de la phase 2 ; les premiers 60 % de la capacité à réserver pour les lits à caractère intensif seront créés au moyen de lits agréés et donc avec un staffing régulier. À partir de la phase 2A, une capacité supplémentaire sera créée, dont le staffing doit donc être prévu. Nous rappelons que ce service doit être conforme au staffing prévu pour les lits agréés dans les unités de soins intensifs. Il ne s'agit pas vraiment de personnel supplémentaire, mais plutôt de réaffectation. Bien entendu, cette réaffectation aura un impact sur l'activité de l'hôpital.

Au sein du groupe de travail du Conseil Fédéral des Etablissements Hospitaliers, les deux scénarios (capacité de veille et capacité réflexe) seront pris en compte lors de l'octroi du financement compensatoire. Nous tiendrons compte du fait que ces capacités ne seront pas nécessairement occupées et que les coûts supplémentaires (personnel supplémentaire, activités structurelles, équipement médical spécialisé, perte d'honoraires, ...) seront pris en compte.

### **3) Enregistrement**

Nous devons encore tenir compte des exigences en matière d'enregistrement des données pour la politique générale de crise. Toutefois, nous sommes conscients que les enregistrements de données impliquent une charge de travail importante, et nous souhaitons la soulager autant que possible.

Par conséquent, en ce qui concerne l'enregistrement des données « Sciensano », à partir du week-end des 20 et 21 juin, les hôpitaux ne devront plus enregistrer les données en temps réel les samedis et dimanches,

mais pourront, s'ils le souhaitent, procéder à l'enregistrement rétroactivement (pour les samedis et dimanches) le lundi. Cela vaut également pour les jours fériés, dont l'enregistrement peut être effectué rétroactivement au jour ouvrable suivant. En ce qui concerne l'enregistrement des données « Sciensano », il est toutefois important, pour le suivi de l'épidémie, que chaque jour soit enregistré séparément.

En ce qui concerne l'enregistrement dans ICMS, à partir du week-end du 20-21 juin, les hôpitaux ne doivent plus enregistrer de données les samedis, dimanches ou jours fériés. Seuls les jours ouvrables sont enregistrés chaque jour.

#### **4) Suivi**

Le Comité Hospital & Transport Surge Capacity continue à suivre quotidiennement la charge et les capacités disponibles dans les hôpitaux. Nous nous réunissons au moins 3 fois par semaine à ce stade de l'épidémie afin d'assurer un suivi de notre stratégie, de la préciser, etc. Le Comité discute actuellement des points suivants, entre autres :

- Premiers enseignements et évaluation de l'approche de la première vague, tant au sein du Comité lui-même qu'avec les partenaires extérieurs. Sciensano effectue des analyses sur l'épidémiologie et les soins au sein de l'hôpital, dont les résultats ont déjà été communiqués. Nous ferons également appel au KCE, entre autres, pour permettre une évaluation indépendante des travaux du Comité.
- Situation du plan d'urgence hospitalier et des capacités à maintenir disponibles : voir cette circulaire
- Régulation : Le Comité est d'avis que les hôpitaux du réseau ou aux niveaux provincial et, le cas échéant, supra-provincial, fassent les démarches et concluent les accords nécessaires pour garantir à tout moment une qualité de soins adéquate par le biais de transferts de patients. Si l'hôpital effectue un transfert en dehors du niveau provincial, il doit toujours en informer l'inspecteur fédéral d'hygiène compétent.
- Approche pour une réduction phasée des activités non COVID-19 au cours d'une deuxième vague, en tenant compte de l'approche adoptée au cours de la première vague et du redémarrage par la suite.
- Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de test pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, avec une attention particulière aux points à améliorer en termes de stratégie, de capacité, de dépendances matérielles, de financement, etc.

En fonction de nos activités, nous vous enverrons de prochaines communications et/ou lignes directrices. Nous ne voulons pas vous surcharger, mais en même temps, nous voulons rester à l'écoute et vous tenir informés de nos activités et de nos modes de pensée.

**Ces dernières semaines, l'approche et les résultats de la gestion de crise dans le secteur hospitalier ont fait l'objet d'une grande attention médiatique. Les résultats que nous avons obtenus sont le fruit d'un grand dévouement et d'une coopération intense. Une fois de plus, nous tenons à remercier les hôpitaux, vous en tant que responsables, les prestataires de soins et le personnel des hôpitaux pour leur grand professionnalisme et leurs efforts. Pour notre part, nous poursuivrons la coopération entre les différentes entités et la Défense, le partenariat étroit avec les Fédération hospitalières et l'interaction avec les experts.**

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

Annexes:

- Excel "COVID Reserved and Surge capacity 2nd wave" (MAJ 12/06/2020)
- Schéma " Capacité à garder disponible dans le cadre de la préparation à une seconde vague"