

DATE 10/07/2020
CONTACT Dr Paul Pardon

E-MAIL

Aux directeurs généraux, aux médecins-chefs, aux directeurs de départements infirmiers et aux coordinateurs des plans d'urgences des Hôpitaux généraux et universitaires, des Hôpitaux psychiatriques et des Hôpitaux de réadaptation

Aux équipes de prévention et de contrôle des infections des Hôpitaux généraux et universitaires, des Hôpitaux psychiatriques et des Hôpitaux de réadaptation

Pour information aux Fédérations hospitalières

Pour information aux Gouverneurs

Concerne : COVID-19 : Stratégie de test (RT-PCR) pour les hôpitaux généraux et psychiatriques (update) et pour les hôpitaux de réadaptation

Madame, Monsieur,

Le Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) composé des représentants de toutes les entités, de la Défense, des Fédérations hospitalières, du Comité scientifique et d'autres 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 du COVID-19 pour les hôpitaux et sur l'organisation de la préparation de la prochaine vague d'hospitalisations.

Le Comité veille également à la stratégie de test (RT-PCR) dans les hôpitaux et a procédé, au moyen d'une enquête auprès des hôpitaux généraux (20/5/2020) et des hôpitaux psychiatriques (4/6/2020), à une évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de test qui vous a été communiquée précédemment. Les mesures et dispositions générales de la gestion du risque restent d'application et, nous le rappelons, sont de première importance. Les lignes directrices générales de testing et les lignes directrices de testing liées à des circonstances spécifiques sont précisées dans cette lettre.

La stratégie de test a également été précisée en vue de s'adapter à l'évolution de l'épidémie de COVID-19. Il est établi que la prévalence actuelle est très basse, tandis qu'en sortie de confinement, cette prévalence était plus élevée.

Par cette lettre, le Comité communique aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux de réadaptation les lignes directrices qui entrent en application à partir de ce jour et qui sont liées à la situation actuelle de basse prévalence de COVID-19.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire, des discussions sont en cours afin de définir les seuils qui se rapportent à cette stratégie et qui nous permettront de l'inscrire dans une approche globale. Le Comité HTSC communiquera par les mêmes canaux le moment à partir duquel les lignes directrices liées à une situation de prévalence plus élevée entreront en vigueur.

L'objectif de la présente stratégie de test est de **limiter la transmission du COVID-19 dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de réadaptation belges, par l'utilisation la plus rationnelle et efficiente possible tant des tests diagnostiques que des équipements de protection personnelle.**

Table des matières de la stratégie de test pour les hôpitaux généraux, psychiatriques et de réadaptation

1.	Règles et dispositions générales pour la gestion du risque	3
2.	Capacité de test (RT-PCR) et niveaux de prévalence.....	3
2.1	Situation de prévalence basse de COVID-19 (situation au 08/07/2020).....	3
2.2	Situation de prévalence de COVID-19 plus élevée (ex : situation au 08/05/2020, en sortie de confinement)	4
3.	Lignes directrices pour les tests RT-PCR en situation actuelle de prévalence basse	4
3.1.	Directives générales pour testing.....	4
3.2.	Lignes directrices pour les tests dans des circonstances spécifiques.....	6
3.2.1	Patients ou services avec un risque plus élevé.....	6
3.2.2	Hospitalisation de jour et hospitalisation partielle	6
3.2.3	Autres patients et services d'hospitalisation.....	6
3.2.4	Consultation ambulatoire	7
3.2.4	Retour vers une collectivité résidentielle	7
3.2.5	Cas nosocomiaux	8
3.3.	Particularités concernant les hôpitaux psychiatriques.....	8
3.3.1	Plan d'intervention	8
3.3.2	Électroconvulsivothérapie (ECT).....	8
4.	Autres tests diagnostiques	9
4.1.	CT-Scan	9
4.2.	Sérologie	9
5.	Conditions de remboursement	9

1. Règles et dispositions générales pour la gestion du risque

Il est crucial de garder à l'esprit les mesures générales qui sont les plus à mêmes de limiter la propagation de l'infection dans les établissements de soins et qui doivent donc être appliquées de façon continue et rigoureuse, par tous (personnel, patients, autres). Celles-ci sont les suivantes :

- la compliance à l'hygiène des mains, à l'hygiène de la toux et la désinfection fréquente de l'environnement ;
- le respect d'une distance d'un mètre et demi chaque fois que possible (chambres à plusieurs lits, zone d'attente...);
- l'usage correct des équipements de protection personnelle (PPE), selon les directives de Sciensano ;
- le fait de rester vigilant à l'apparition de signes évocateurs du COVID-19 par l'observation clinique des personnes (les patients, leurs accompagnants, le personnel) asymptomatiques.

Le port du masque chirurgical est recommandé pour tous les soignants dans l'hôpital, voir la [mise à jour des recommandations sur l'utilisation des masques buccaux lors de la pandémie de COVID-19](#) du 26/6/2020.

Les membres du personnel non soignant ou qui ne travaillent pas dans les unités de soins peuvent également être impliqués dans les chaînes de transmission nosocomiale. Les hôpitaux évalueront donc attentivement les mesures qui leur seront appliquées.

2. Capacité de test (RT-PCR) et niveaux de prévalence

Au début de l'épidémie de COVID-19, la capacité de test des laboratoires de biologie clinique était limitée. Elle a progressivement été augmentée afin que davantage de personnes puissent être testées par la filière classique. La capacité de test dans la filière classique suffit à couvrir les demandes actuelles de tests (22.000 tests/jour). Il est également prévu à court et moyen terme de soutenir la filière classique et de renforcer cette dernière. Une initiative dans ce sens a déjà été prise en coopération avec la Commission de Biologie clinique.

Les analyses prévisionnelles de Sciensano (basées entre autres sur les consultations de médecins généralistes des dernières saisons de grippe), indiquent que, si une vague d'affections respiratoires devait se produire dans les mois à venir, une capacité journalière jusqu'à environ 50.000 tests pourrait être nécessaire pour le diagnostic du SARS-CoV-2, de la grippe et d'autres infections respiratoires.

Cela implique un accroissement considérable de la capacité actuelle de test et requiert également du matériel en grandes quantités. Il est donc important de constituer des réserves stratégiques au cours des mois à venir.

2.1 Situation de prévalence basse de COVID-19 (situation au 08/07/2020)

Sur l'ensemble du territoire belge, l'incidence du COVID-19 est en moyenne de 85,1 cas confirmés/jour (entre le 28/06 et le 04/07/2020) et le nombre moyen de cas hospitalisés est de 10,4/jour (entre le 01/07 et le 07/07/2020). La Belgique se trouve globalement en situation de basse prévalence, même si localement, des zones de prévalence plus élevée peuvent encore être observées. La situation épidémique de la Belgique peut être suivie sur [EPISTAT](#) (Infectious Diseases Data Explorations & Visualizations).

Dans une situation de basse prévalence, il est important de s'appuyer principalement sur la compliance maximale aux règles d'hygiène et de prévention des infections ainsi que sur le système de contact-tracing.

L'objectif sous-jacent est en effet de parvenir à réduire les demandes de tests PCR à ce qui est strictement nécessaire afin :

- de prévenir l'introduction et la transmission nosocomiale du virus dans les services à risque ;
- d'utiliser à bon escient et optimiser le matériel de protection et les réactifs ;
- de poursuivre la surveillance du COVID-19 en milieu hospitalier ;
- de permettre aux équipes des laboratoires de retrouver un rythme normal de travail.

2.2 Situation de prévalence de COVID-19 plus élevée (ex : situation au 08/05/2020, en sortie de confinement)

Dans une situation de prévalence plus élevée, il est prioritaire d'éviter l'introduction du virus SARS-CoV-2 dans l'hôpital et d'interrompre au plus tôt les chaînes de transmission. A cette fin, un recours plus systématique aux tests diagnostiques, tenant compte des priorités de testing établies et des capacités des laboratoires, vient en complément de la stratégie essentielle que reste l'adhésion ferme aux règles d'hygiène et de prévention des infections.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire, des discussions sont actuellement en cours sur les seuils au-delà desquels une stratégie de tests plus systématiques pourrait être activée.

Les lignes directrices qui sont d'application en situation de prévalence plus élevée de COVID-19 ont été communiquées dans le courrier du 8 mai dernier. Celles-ci, auxquelles nous n'apportons donc pour l'instant aucun changement, établissent que :

- toute personne symptomatique doit être testée ;
- pour les personnes asymptomatiques, des priorités sont définies en tenant compte de la capacité de test de l'hôpital (et notamment de la disponibilité des résultats endéans les 24h). Les tests prioritaires portent sur :
 - toute (première) admission (hospitalisation classique ou de jour), selon les modalités organisées par l'hôpital,
 - le risque potentiel lié à la prévision ou non d'actes aérosolisants, la prévalence locale du COVID-19 (élevée ou basse) et la présence de facteurs de risque individuels.

3. Lignes directrices pour les tests RT-PCR en situation actuelle de prévalence basse

3.1. Directives générales pour testing

En situation de basse prévalence de COVID-19, plus que le testing systématique, c'est sur un renforcement marqué des règles d'hygiène et des gestes-barrières que l'hôpital basera sa politique de prévention et de contrôle des cas et des foyers épidémiques.

La prévention de la contamination de et par les patients sera principalement basée d'une part, sur le suivi de l'état clinique et d'autre part, sur la stricte compliance aux règles d'hygiène (mains et toux) et le port du PPE adéquat lors de la prise en charge.

Suite à l'enquête réalisée auprès des hôpitaux et compte-tenu de la prévalence actuelle globalement basse de COVID-19, le Comité HTSC confirme les éléments suivants :

Ligne directrice 1 :

Toute personne, patient ou personnel, présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 doit être testée. Si elle est positive ou si, d'après le jugement clinique du médecin traitant, il subsiste une haute suspicion d'infection COVID-19, elle doit être intégrée dans la stratégie de contact-tracing, conformément aux [procédures en vigueur](#), en vue d'un diagnostic précoce de COVID-19 et de la mise en place des mesures d'isolement adéquates pour elle et pour son entourage. Le test peut être réalisé par l'hôpital mais la personne sera de préférence référée à un médecin généraliste ou à un centre de tri.

La présence éventuelle de symptômes est activement investiguée (évaluation)

Par ailleurs, le Comité HTSC précise les éléments suivants :

En période de basse prévalence du COVID-19, **il est recommandé de ne pas tester les personnes asymptomatiques et ne présentant pas de facteurs de risques.**

L'évaluation (questionnaire) des facteurs de risque repose sur :

1. **les critères cliniques** : présence d'éléments d'anamnèse évocateurs d'une infection récente (14 jours), y compris de signes atypiques chez les patients gériatriques, immunodéprimés, ... ;
2. **les critères épidémiologiques (exposition)** : contact avec un cas de COVID-19 possible ou confirmé dans les 14 jours précédents, transfert d'une maison de repos ou d'une collectivité résidentielle où des cas ont été notifiés, séjour récent dans une région à haut risque ;
3. **le risque de COVID-19 sévère** : une admission prévue (excepté hospitalisation de jour) dans une unité dédiée à des personnes à haut risque de complications sévères (ex. gériatrie, hématologie, dialyse, oncologie, transplantation, soins intensifs).

Ligne directrice 2 :

Toute personne, patient ou personnel, qui a été en contact étroit avec un cas confirmé du COVID-19 (selon la définition 'contacts à haut risque ou contacts étroits') doit être testée comme décrit dans la procédure « [Mesures pour les contacts d'une personne avec COVID-19](#) »

- avec mise en place des mesures d'isolement et selon les modalités prévues
- même si elle est asymptomatique.

Ligne directrice 3 :

Personnel

- Le personnel qui présente des symptômes évocateurs du COVID-19 est testé sans délai.
- Il est recommandé de ne pas tester le personnel asymptomatique par RT-PCR mais de rester vigilant à l'apparition de symptômes, **sauf si ce personnel est un contact étroit d'un cas confirmé ou s'il est impliqué dans un foyer épidémique.**

3.2. Lignes directrices pour les tests dans des circonstances spécifiques

3.2.1 Patients ou services avec un risque plus élevé

Ligne directrice 4 :

Est testé tout patient (même asymptomatique) :

- qui est admis dans une unité dédiée à des personnes à haut risque de complications sévères (ex. gériatrie, hématologie, dialyse, oncologie, soins intensifs, transplantation) ou
- qui présente un risque plus élevé d'être infecté (voir § 3.1, critères cliniques et épidémiologiques).

Les équipes hospitalières qui opèrent dans ces unités à risque seront attentives à ce que les patients qui arrivent chez elles aient eu un test, avec les mesures d'isolement adéquates en attendant les résultats s'il s'agit d'une nouvelle admission ou d'une admission via le service d'urgence et avec attente dans la chambre préalablement occupée, s'il s'agit d'un transfert depuis un autre service.

Dans les autres services, les patients présentant des facteurs de risque et donc ayant eu un test RT-PCR seront, chaque fois que possible, logés séparément des patients n'ayant pas été testés, afin de minimiser le risque de transmission nosocomiale.

3.2.2 Hospitalisation de jour et hospitalisation partielle

La première admission (début de traitement) des patients pris en charge de façon répétée peut donner lieu à un test RT-PCR (gériatrie, dialyse, hématologie, oncologie). Par contre, l'évaluation de la clinique et du risque d'exposition (au moyen d'un questionnaire) sera systématiquement réalisée à chaque contact (admission) ultérieur.

3.2.3 Autres patients et services d'hospitalisation

Ligne directrice 5 :

Ne sont pas testés systématiquement :

Les patients asymptomatiques, qui n'ont pas de facteurs de risque ET qui ne sont pas admis dans des unités dédiées à des personnes à haut risque de complications sévères

D'après la littérature disponible, les patients pédiatriques ne semblent pas être significativement associés à des formes graves ni à une capacité accrue de transmission de la maladie. De même, les données actuelles indiquent que les femmes enceintes montrent les mêmes caractéristiques cliniques que le reste de la population. En terme de dépistage par RT-PCR, il n'y a donc pas lieu d'établir une prise en charge particulière, sur le seul fait d'être un enfant ou d'être enceinte.

Des informations scientifiques sur le COVID-19 sont tenues à jour et rassemblées dans la « [Fact Sheet](#) » de Sciensano.

3.2.4 Consultation ambulatoire

Une évaluation clinique est établie dès le début de chaque consultation ou de façon préalable. En cas de signes cliniques évocateurs d'un COVID-19, une RT-PCR devra être réalisée. Une telle approche constitue une contribution importante à la limitation de la transmission dans la communauté.

Les consultations ambulatoires seront conduites dans la stricte compliance aux règles d'hygiène (mains et toux) et avec le port du PPE adéquat (masque chirurgical dans tous les cas pour le personnel soignant ; si la disponibilité des masques chirurgicaux est limitée, le patient portera un masque en tissu).

3.2.4 Retour vers une collectivité résidentielle

Les collectivités résidentielles, et en particulier les maisons de repos et maisons de repos et de soins où résident des personnes cumulant souvent plusieurs facteurs de risque, ont été très impactées par l'épidémie de COVID-19. Le choc psychosocial mesuré tant chez les résidents que chez les membres du personnel est lourd et durable.

La réalisation d'un test RT-PCR avant le retour dans la collectivité est actuellement pratiquée par environ la moitié des hôpitaux généraux belges. Cette mesure n'est pas basée sur l'évidence scientifique et alimente le préjugé que l'hospitalisation pourrait être un facteur de risque de contracter le COVID-19. Les hôpitaux disposent d'équipes et de programmes spécifiquement dédiés à la prévention et au contrôle des infections. Mais il est également compréhensible que les équipes professionnelles des collectivités résidentielles, qui ont été durement éprouvées, demandent à être rassurées quant à la non-introduction du virus dans leur établissement. Il est important de trouver un équilibre entre les preuves scientifiques et les attentes sociales. De même qu'il n'est pas recommandé de procéder au dépistage du MRSA lors d'une sortie d'hôpital, il n'est pas non plus conseillé de réaliser systématiquement et obligatoirement un test RT-PCR pour le COVID-19.

Pour les patients qui ont été hospitalisés pour un COVID-19, les mesures concernant la sortie d'isolement sont explicitées dans la section 7 de la [procédure pour les hôpitaux : prise en charge d'un patient possible ou confirmé de COVID-19](#). Là encore, il n'est pas indiqué de procéder à des tests systématiques avant la sortie, car les tests peuvent rester positifs pendant une longue période sans que le patient soit encore contagieux.

Ligne directrice 6 :

Il n'est scientifiquement pas recommandé de tester systématiquement les patients qui retournent vers une collectivité résidentielle.

Néanmoins, la population des collectivités résidentielles, en particulier celle des établissements de soins pour personnes âgées, suscite une inquiétude accrue, compte tenu de la situation vécue lors de la première vague de l'épidémie de COVID-19.

Toutes les mesures et dispositions générales pour la gestion du risque sont prioritaires, y compris pour les communautés résidentielles, en particulier les établissements de soins pour personnes âgées. Autant que possible, toutes les mesures doivent être prises pour créer un environnement de soins sûr. A cet effet, les collectivités peuvent également faire appel à l'expertise disponible, par exemple, en milieu hospitalier. Les Entités fédérées prennent également des mesures pour renforcer le soutien dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections.

De façon complémentaire, il peut être envisagé de tester les résidents qui retournent en collectivité résidentielle après un séjour à l'hôpital.

Il est recommandé que, dans ce cas, l'hôpital soit en concertation et s'accorde avec la collectivité résidentielle au sujet des meilleures options et des éventuelles mesures à prendre pour assurer un retour en toute sécurité vers la collectivité résidentielle, pour le résident lui-même, pour les autres résidents, les visiteurs ainsi que pour le personnel.

3.2.5 Cas nosocomiaux

Si un **patient (cas unique)** est suspecté de développer une infection COVID-19, **une réaction précoce et forte** sera mise en place par l'équipe d'hygiène hospitalière afin de contenir une possible transmission et un test sera réalisé. Si le résultat du test de ce patient confirme une infection COVID-19, tous les [contacts étroits](#) seront testés et mis en isolement (ex : patient partageant la même chambre, accompagnant, personnel soignant et personnel non soignant). Si un membre du personnel est un contact étroit, outre les mesures d'isolement, il conviendra aussi :

- de le tester dès la détection du cas, si l'exposition date de moins de 7 jours et
- dans tous les cas, de le tester (à nouveau) entre les J11 et J13 après l'exposition.

Ligne directrice 7 :

En cas de foyer épidémique (ou cluster : au moins 2 personnes répondant aux critères d'un cas possible de COVID-19 dans la même unité endéans 7 jours), les indications de test sont déterminées par l'équipe de prévention et de contrôle des infections de l'hôpital.

Un suivi très attentif des symptômes pendant 14 jours (après le dernier cas lié) sera organisé et l'hôpital déploiera sa stratégie interne de suivi des contacts. Les procédures de prévention et de contrôle des infections seront rigoureusement vérifiées en vue d'identifier de possibles améliorations.

3.3. Particularités concernant les hôpitaux psychiatriques

3.3.1 Plan d'intervention

De façon proactive, tous les hôpitaux psychiatriques doivent préparer un plan d'intervention, préalablement à l'apparition d'un cas de COVID-19 nosocomial ou d'un foyer épidémique, adapté à la configuration et à l'organisation internes.

3.3.2 Électroconvulsivothérapie (ECT)

Les patients qui sont pris en charge de façon répétée (hospitalisation ou thérapie ambulatoire) sont testés une fois avant le début du traitement (première admission du parcours de soins, cfr. § 3.2.2).

À chaque contact (traitement) ultérieur du parcours de soins, une évaluation de la clinique et des éventuels risques d'exposition sera systématiquement effectuée. Si le patient présente des symptômes évocateurs du COVID-19, un test RT-PCR doit être effectué.

Il est indiqué, si possible, d'organiser le circuit des patients pris en charge pour une électroconvulsivothérapie ambulatoire de façon à ce qu'ils soient séparés des autres patients (éviter les contacts entre patients : accueil, circulation, salle d'attente et espace de traitement).

Etant donné que l'électroconvulsivothérapie peut être génératrice d'aérosols, il convient d'utiliser l'équipement de protection nécessaire et de respecter strictement les règles d'hygiène et de prévention des infections.

4. Autres tests diagnostiques

4.1. CT-Scan

Conformément aux [recommandations élaborées par le Conseil supérieur de la Santé](#), le recours au CT-Scan permet de confirmer un cas symptomatique pour lequel la suspicion de COVID-19 est grande mais dont le test RT-PCR est revenu négatif.

Ligne directrice 8 :

Le CT-scan ne doit pas être utilisé en premier choix pour le diagnostic de l'infection par le SARS-CoV-2 chez des personnes asymptomatiques hospitalisées ni chez les personnes suspectes de COVID-19 mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

4.2. Sérologie

Des informations concernant les tests sérologiques sont disponibles à la section 'Qui peut être testé par sérologie?' de la publication [Définition de cas et indications de demande d'un test](#).

5. Conditions de remboursement

L'INAMI rembourse les tests selon [les indications de test](#) publiées par Sciensano.

L'INAMI rembourse actuellement les tests RT-PCR réalisés dans les situations suivantes :

- toute personne symptomatique (qui répond à la définition de cas) ;
- toute personne [contact à haut risque ou contact étroit](#) ;
- lors d'un foyer épidémique (au moins 2 cas) dans une collectivité résidentielle ou dans un hôpital, selon la stratégie de test déterminée respectivement par les autorités régionales de santé ou l'équipe de prévention et de contrôle des infections de l'hôpital ;
- toute admission, si nécessaire, y compris la première admission d'une hospitalisation de jour, selon les règles définies par l'hôpital ;
- tout nouveau résident entrant dans une collectivité résidentielle ;
- à la sortie de l'hôpital, lors d'un retour vers une collectivité résidentielle, si la concertation entre la collectivité résidentielle et l'hôpital conclut qu'un test est indispensable.

Des tests RT-PCR réalisés dans d'autres circonstances ne sont pas pris en charge par l'INAMI et devront être facturés à l'entité ayant décidé de faire le test. Il peut notamment s'agir de l'employeur (via médecine du travail), ou autre.

Les tests RT-PCR réalisés dans le cadre de voyages internationaux (pays exigeant un test négatif à l'entrée de leur territoire) ne sont pas remboursés par l'INAMI.

De plus amples informations concernant le remboursement de ces tests sont disponibles sur le [site web de l'INAMI](#).

Cette lettre contient des lignes directrices de la stratégie de test pour les hôpitaux généraux, psychiatriques et de réadaptation. L'objectif est de fournir un cadre commun pour tous les hôpitaux du territoire belge, leurs patients et leur personnel, afin d'assurer à tous une prise en charge comparable.

En même temps, il appartient aux hôpitaux de mettre en œuvre cette stratégie, en tenant compte des facteurs locaux pour lesquels des adaptations pourraient être apportées et documentées. Le médecin-chef joue un rôle central dans la coordination de la politique hospitalière et en particulier dans l'opérationnalisation de la stratégie de test au sein de son hôpital. A cet égard, il collabore avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections (y compris les infectiologues et les microbiologistes) et le directeur général.

Nous tenons à vous remercier expressément, pour votre leadership et les efforts constants que vous fournissez dans le cadre de la gestion de la crise COVID-19.

Dr. Paul Pardon

Belgian Chief Medical Officer
Président du Risk Management Group

Pedro Facon

Directeur général Soins de santé