



DATE 30/04/2020
CONTACT Dr. Paul Pardon
TEL.
E-MAIL

Aux Directeurs généraux, aux Médecins-chefs, aux Coordinateurs des Plans d'Urgences des Hôpitaux généraux et universitaires, des Hôpitaux psychiatriques et des Hôpitaux de réadaptation

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

OBJET Covid-19 – Hospital & transport surge capacity: Etapes suivantes – « deuxième vague ».
Ajouts et précisions concernant le courrier du 24/04/2020.

Madame, Monsieur le Directeur général,
Madame, Monsieur le Médecin-chef,
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 et se réunit chaque jour afin de suivre la situation du secteur hospitalier et de prendre les mesures nécessaires en termes de régulation.

Nous constatons que les hôpitaux continuent à prendre en charge la "première vague" de patients COVID-19 et que tant le nombre total de patients hospitalisés que le nombre de patients en soins intensifs et sous ventilation diminuent lentement mais sûrement. Dans le même temps, nous devons rester au plus haut niveau de préparation, en tenant compte de la possibilité de nouvelles vagues d'épidémie et d'afflux de patients atteints de COVID, de la pression accrue due à des soins trop longtemps retardés par les patients, des pénuries de personnel pour cause de maladie, etc.

Dans notre lettre du 24/04/2020, nous avons noté que, parallèlement à la poursuite de la prise en charge de la "première vague" de patients qui peuvent lentement quitter nos hôpitaux, deux défis étroitement liés requièrent actuellement notre attention :

- 1) La préparation d'un prochain flux probable ("la deuxième vague") ;
- 2) Le redémarrage progressif des activités non COVID-19 à l'hôpital.

Par la présente lettre, nous souhaitons apporter des **compléments** et des **précisions** sur ces deux points. Toutefois, dans un souci de lisibilité, nous reprenons les éléments de la communication précédente afin de proposer un cadre complet et cohérent.

1) Préparation d'un prochain flux probable : « la deuxième vague »

(Les éléments de cette rubrique ne s'appliquent qu'aux hôpitaux généraux et universitaires).

Compte tenu des données épidémiologiques disponibles, on peut probablement s'attendre à ce qu'une suppression progressive des mesures générales de distanciation sociale et autres mesures similaires conduise à de nouvelles augmentations du nombre de personnes qui seront contaminées par le COVID-19. Dans le cadre d'une stratégie de sortie, diverses mesures devront être prises pour s'y préparer, par exemple par le biais de testing et de tracing.

Le système de soins de santé lui-même devra également se préparer à une nouvelle augmentation probable du nombre de patients. Certains de ces patients auront également besoin de soins hospitaliers, de soins intensifs et de ventilation artificielle.

Certains hôpitaux sont encore en train de prendre en charge la première vague de soins aux patients COVID-19. D'autres voient leurs prises en charge s'alléger et se préparent à reprendre leurs activités non liées au COVID (voir également le point 2 de la présente lettre).

Même si pour de nombreux hôpitaux le traitement de la "première vague" est encore en cours, nous souhaitons néanmoins préparer la "deuxième vague". Compte tenu des leçons tirées de la manière dont nous avons traité la première vague, nous attendons des hôpitaux qu'ils fassent les efforts suivants :

Pour la "deuxième vague", trois phases sont prévues dans le plan *surge capacity* COVID-19.

1. Première phase : « capacité réflexe permanente »

- a) La réservation permanente de minimum 25% des lits de soins intensifs agréés pour le traitement des patients COVID-19 ;
- b) La création permanente de minimum 25% de lits de soins intensifs supplémentaires (en plus des lits agréés) pour le traitement des patients COVID-19.

Ces lits peuvent être activés en permanence dans un délai maximum de 48 heures : certains hôpitaux vont créer leurs lits supplémentaires, par exemple dans le quartier opératoire ou la salle de réveil. Le fait de donner une période d'activation maximale de 48 heures permet d'utiliser ces lits pour des activités non COVID, par exemple dans le cadre de la chirurgie de jour, en cas de faible occupation pour le COVID-19. Chaque hôpital prend la responsabilité de s'assurer que ces lits seront activés et opérationnels à temps ;

- c) La réservation permanente d'au moins 4 fois la somme du nombre de lits intensifs agréés (a) et supplémentaires (b) réservés : ce nombre de lits (c) doit être réservé pour le traitement non intensif des patients COVID-19 ;

2. Deuxième phase : le doublement de l'effort de la première phase, c'est la "capacité réflexe supplémentaire".

La deuxième phase suppose que l'on soit prêt à doubler la capacité réservée en permanence dans la phase 1 dans un délai de 7 jours calendrier suivant un signal du Comité.

3. (Troisième phase du plan *surge capacity* COVID-19 pour la "deuxième vague" : tripler l'effort de la première phase. L'élaboration de cette phase est toujours en cours. Nous vous donnerons dès que possible des informations complémentaires à ce sujet).

Les hôpitaux peuvent collaborer, par exemple au sein d'un réseau logo-régional ou au sein de la province, pour assurer les capacités requises. Si des accords sont conclus de cette manière, conduisant à la réalisation des normes ci-dessus non pas au niveau de l'hôpital mais dans un contexte de réseau, ils doivent notifier ces accords à l'autorité d'agrément, au plus tard le 8/05/2020 à 11h00. Tout changement doit être immédiatement notifié à l'autorité d'agrément en vue d'une régulation par le Comité, ainsi que d'une régulation par la centrale d'appel 112 compétente.

Les seuils et les mécanismes utilisés pour la réglementation de la "première vague" restent valables :

- Chaque hôpital - dans un esprit de solidarité et de responsabilité - prend les mesures nécessaires pour pouvoir traiter un nombre maximum de patients COVID-19 dans les limites des phases du plan *surge capacity* de la "deuxième vague".
- Les hôpitaux doivent avoir conclu des accords de manière proactive, au moins au niveau loco-régional, en ce qui concerne d'éventuels transferts quand la saturation est proche et atteinte.
- Les hôpitaux confrontés à des patients dont le degré de gravité dépasse leur expertise ou qui présentent un profil spécifique (enfants, jeunes patients, comorbidités nécessitant des soins tertiaires, etc.) les transfèrent à des centres et hôpitaux de référence et/ou universitaires. Il faut éviter que des patients soient inutilement transférés et transportés vers des centres plus spécialisés, de sorte que la capacité et l'expertise de ces centres spécialisés ainsi que le transport fourni puissent être utilisés aussi efficacement que possible. Il va sans dire que les hôpitaux périphériques peuvent toujours s'adresser à des centres spécialisés pour obtenir des conseils et qu'un patient nécessitant des soins plus spécialisés doit être orienté en temps utile.
- Dès qu'un hôpital atteint un taux d'occupation de 75% de sa capacité réflexe et/ou qu'il ne reste que 2 lits à caractère intensif, l'hôpital commence les transferts sur la base d'une collaboration avec les hôpitaux du réseau hospitalier loco-régional. Ceci est immédiatement signalé à l'inspecteur fédéral d'hygiène en vue d'une régulation par la centrale 112 compétente.
- Dès qu'un réseau hospitalier loco-régional dans son ensemble atteint un taux d'occupation de 75% de sa capacité réflexe, l'inspecteur fédéral d'hygiène, en application des directives du Comité *Hospital & Transport Surge Capacity*, prend des mesures pour réguler tant les transferts que le transport et les rendez-vous avec la centrale 112 compétente.

- Si nécessaire, le Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* activera la phase 2 (et plus tard la phase 3) du plan *surge capacity* pour la "deuxième vague". Cette activation aura toujours lieu au niveau d'une province entière.

Le gouvernement fédéral prévoira, dans le cadre de ses compétences pour la "deuxième vague", un système de **compensation financière** pour la capacité réservée en permanence (première phase), ainsi que pour toute deuxième (et plus tard troisième) phase à activer. Cette compensation couvrira à la fois le maintien de la capacité elle-même et son utilisation pour la prise en charge des patients COVID. En ce qui concerne la "première vague", le groupe de travail déjà constitué à cet effet au sein du Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers établira une liste des coûts supplémentaires et des recettes réduites résultant du traitement des patients COVID ; un système doit être mis au point pour éviter que les hôpitaux fortement sollicités ne soient désavantagés par rapport aux hôpitaux moins sollicités en termes de financement global.

Au moment de la rédaction du présent courrier, de nombreux hôpitaux ont encore un taux d'occupation COVID-19 supérieur à la capacité minimale prévue dans la phase 1 de la "deuxième vague". Si, à partir du 4 mai, de nouveaux patients hospitalisés s'avèrent être infectés par le COVID, ils seront transférés si nécessaire, en fonction des mécanismes de régulation et des seuils mentionnés ci-dessus. Les patients qui ont été hospitalisés avant le 4 mai ne seront plus transportés vers un autre hôpital, sauf en cas de nécessité médicale.

2) Redémarrage progressif des activités non-COVID-19 à l'hôpital

Au moment de la présente circulaire, les mesures précédemment communiquées à plusieurs reprises concernant l'annulation de tous les soins non essentiels sont toujours d'application. Dans le même temps, il a été décidé par le Conseil National de Sécurité le 24/04/2020, dans le cadre de la "stratégie de sortie", qu'il examinerait comment le système de soins de santé, y compris les hôpitaux, pourrait répondre à la nécessité de continuer à fournir les meilleurs soins aux personnes infectées par le COVID-19 tout en augmentant progressivement et en toute sécurité l'accès aux soins de santé généraux et spécialisés. L'objectif est de faire en sorte que chacun retrouve un accès "normal" aux soins de santé dès que possible et que les infrastructures médicales nécessaires pour soigner les personnes atteintes du virus ne soient pas surchargées.

Au cours des deux dernières semaines, en ce qui concerne les soins médicaux dans les hôpitaux, un avis a été demandé au Bureau élargi du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. En outre, une concertation intensive avec le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (VBS-GBS) et les associations de médecins-chefs a également été organisée. **Nous remercions expressément ces associations pour la concertation intensive et constructive sur ce sujet complexe.**

Sur la base des conseils fournis et des discussions qui ont eu lieu, nous sommes en mesure de proposer les **lignes directrices suivantes pour la reprise progressive des activités dans les hôpitaux.**

- 1) Tout d'abord, nous tenons à rappeler que tous les soins **nécessaires et urgents** peuvent être dispensés en priorité absolue. Cela a toujours été le cas, même pendant la première vague de COVID-19. Cela reste bien sûr d'actualité.

En raison de la prolongation des mesures d'annulation des activités dans le secteur des soins de santé, certains besoins de soins nécessaires qui n'étaient pas urgents au départ le sont devenus aujourd'hui. La priorité doit également être accordée à ces besoins. Nous demandons aux hôpitaux d'analyser activement les soins retardés et de prendre des contacts actifs avec les patients, en appliquant un ordre de priorité afin que les patients qui ont le plus besoin de soins hospitaliers aient effectivement accès à ces soins en premier. Ce faisant, les soins hospitaliers peuvent concerner la consultation, l'hospitalisation à domicile, les équipes mobiles, les services médico-techniques, l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation classique.

En concertation avec le gouvernement fédéral, le VBS-GBS a pris l'initiative, en accord avec les associations professionnelles concernées, de mettre à disposition un cadre de référence pour chaque spécialité concernant la nécessité et l'urgence des soins. Ce cadre de référence est orientant, le clinicien doit l'appliquer en fonction des problématiques spécifiques de chaque patient, ainsi qu'en tenant compte de la sécurité et de la capacité contextuelle de l'hôpital et des directives internes à cet égard. Le cadre de référence est également un élément dynamique et sera systématiquement mis à jour. Le cadre de référence est validé chaque semaine par le Bureau élargi du Conseil Supérieur - avec les membres réguliers du banc de l'Académie et les associations professionnelles, complété par les représentants des médecins chefs, et avec la participation de chacun des syndicats de médecins - et ensuite publié sur le site Internet du VBS-GBS : www.vbs-gbs.org et du SPF Santé publique.

- 2) Le redémarrage des activités de la première ligne, avec le rattrapage d'un certain nombre de demandes de soins devenues entre-temps nécessaires et urgentes, entraînera également un afflux de demandes de soins dans les hôpitaux. Cette réalité doit être prise en compte lors de la reprise des activités non COVID à l'hôpital.
- 3) Ensuite, nous souhaitons préciser que le redémarrage des activités non COVID électives et programmées - c'est-à-dire des activités autres que celles mentionnées au point 1) - est absolument conditionné et limité par
 1. la poursuite de la prise en charge de la "première vague" : les patients de la première vague ne sont pas orientés, sauf en cas de nécessité médicale, vers d'autres hôpitaux pour des raisons de capacité.
 2. le fait d'être prêt à répondre aux exigences de la "deuxième vague" mentionnées dans cette lettre.
 3. la disponibilité de personnel en suffisance, compte tenu par exemple de la charge importante de certaines équipes au cours des dernières semaines, de l'absence pour maladie, du dépassement des congés, etc.
 4. la mise en place d'un certain nombre de mesures organisationnelles et infrastructurelles concernant l'accueil, les flux de patients, les salles d'attente, la planification des consultations, des examens et des interventions, etc., qui visent toutes à éviter une promiscuité sociale et à maintenir

une distance physique maximale, d'une part, et à séparer au mieux les flux de patients COVID et non COVID, d'autre part. En ce qui concerne les patients hospitalisés, des mesures doivent être prises pour séparer les patients COVID dans les chambres et les salles des patients non COVID ou suspects de COVID ; la distance nécessaire ainsi que les équipements de protection nécessaires doivent être fournis. Les lignes directrices données par les autorités à cet égard doivent être suivies. En ce qui concerne l'hygiène et le contrôle des infections, il est nécessaire d'y travailler avec les équipes de prévention et de contrôle des infections au sein de l'hôpital (le cas échéant).

5. La disponibilité et la gestion continue du matériel de protection nécessaire pour les prestataires de soins et le personnel d'une part, et pour les patients et leurs proches d'autre part (voir ci-dessous). Les directives données à ce sujet par Sciensano ou les autorités doivent être suivies.

6. Le fait de disposer et de contrôler en permanence les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires aux soins des patients (par exemple, le matériel de prélèvement, certains médicaments utilisés dans les blocs opératoires et les unités de soins intensifs, etc.)

4) Si les activités visées aux points 1 et 2 sont assurées et que les conditions visées au point 3 sont garanties et contrôlées de manière stricte et continue, les hôpitaux peuvent alors reprendre leurs activités électives de manière progressive et en tenant compte de tous les facteurs pertinents selon le schéma suivant :

1. Consultations, activités d'hospitalisation à domicile et équipes mobiles : à partir du 4/05/2020
2. Activités non chirurgicales des hôpitaux de jour (par exemple, gériatrie, psychiatrie) : à partir du 4/05/2020
3. Activités chirurgicales en hôpital de jour ne nécessitant pas de soins intensifs : à partir du 4/05/2020
4. Hospitalisations classiques ne nécessitant pas de soins intensifs : à partir du 11/05/2020
5. Activités utilisant les soins intensifs : à partir du 11/05/2020

5) En ce qui concerne l'accompagnement des patients ou la visite des patients hospitalisés, les règles suivantes s'appliquent jusqu'à nouvel ordre :

1. Chaque personne venant en consultation ou en hospitalisation de jour peut être accompagnée d'une personne, de préférence de sa propre famille ou d'un environnement proche. Cette personne doit porter son propre masque buccal ; si nécessaire, l'hôpital lui fournira un masque buccal pour la visite.

2. En ce qui concerne les patients hospitalisés : pour l'instant, nous maintenons la règle selon laquelle aucune visite n'est possible. Les mêmes exceptions qui s'appliquaient déjà continueront à s'appliquer :

- i. Un ou deux parents (ou assimilés) de nouveau-nés et d'enfants de moins de 18 ans qui sont hospitalisés.

ii. Parents immédiats de personnes en phase critique ou terminale de leur vie

Le médecin traitant applique ces critères dans le cadre d'une politique et d'une supervision assurées par le médecin-chef de l'hôpital.

- 6) Interdiction de permettre aux patients hospitalisés de rentrer chez eux le mercredi après-midi et / ou le week-end (week-ends thérapeutiques).
- 7) Volontaires et stagiaires : un système d'enregistrement doit être prévu.

3) Responsabilités

La poursuite de la prise en charge de la "première vague" et la finalisation des soins aux patients de cette "première vague", en assurant la préparation et les efforts attendus pour la "deuxième vague" et la réalisation d'un redémarrage progressif des activités non-COVID selon les lignes directrices ci-dessus, sont des questions complexes qui résultent de la prise en compte de nombreuses instructions réglementaires, des attentes et des comportements des acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que d'un large ensemble de conditions préalables qui doivent être constamment prises en considération. **Compte tenu de cette complexité, la phase active du plan d'urgence de l'hôpital reste applicable jusqu'à indication contraire.**

Le maintien de la phase active du plan d'urgence signifie également que tous les acteurs, en particulier le directeur général, le médecin-chef et le coordinateur du PUH, le cas échéant en collaboration avec d'autres acteurs, assument une responsabilité commune pour l'approche coordonnée visant à assurer la continuité des soins hospitaliers, la sécurité des patients et du personnel, la préparation de l'hôpital, etc. À cette fin, ils établiront conjointement un plan de redémarrage contrôlé et progressif qui tiendra compte de tous les aspects mentionnés dans la présente lettre. Ils tiennent ce plan à la disposition des autorités.

Le médecin-chef joue un rôle crucial dans l'application du cadre de référence pour les soins nécessaires et urgents et les aspects médicaux des lignes directrices susmentionnées pour le redémarrage des activités non COVID, en tenant toujours compte de toutes les spécificités pertinentes de l'hôpital et du profil du patient, et en tenant également compte du cadre général qui s'établit en application du plan d'urgence de l'hôpital et des rôles et responsabilités correspondants. En application de leur responsabilité légale pour l'activité médicale de l'hôpital, les médecins chefs sont expressément mandatés pour assurer cette mission et prendre toutes les mesures nécessaires à cet égard, le cas échéant en concertation avec les autres acteurs de l'hôpital. Le médecin-chef peut donner des instructions au personnel médical dans le cadre de ses compétences. Le médecin-chef peut consulter à ce sujet les chefs de service, le directeur des soins infirmiers et tous les acteurs avec lesquels une concertation est utile et nécessaire.

Les différentes institutions compétentes au sein du gouvernement fédéral - le SPF SP, l'INAMI et l'AFMPS - disposent chacune individuellement et collectivement d'instruments pour contrôler les activités dans le secteur et le respect des règles ci-dessus.

Nous tenons à remercier expressément les hôpitaux et leur personnel, et en particulier le directeur général, le médecin-chef et le coordinateur du PUH, pour le leadership et la responsabilité que vous avez pris et prenez toujours individuellement et collectivement. Nous voudrions également confirmer votre leadership et votre responsabilité pour la nouvelle approche, comme décrit également dans cette lettre.

Dr. Paul Pardon
Chief Medical Officer
België, 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

Annexe: Excel "COVID Reserved and Surge capacity 2nd wave"