

NOS RÉF  
DATE 31/03/2020

A l'attention de directeur général, médecin-chef,  
coordinateur du plan d'urgence

ANNEXE(S)

CONTACT

E-MAIL:

OBJET : Uniformité de l'enregistrement des données et mise à jour des coordonnées dans l'ICMS

Chers,

Nous constatons que l'enregistrement des données dans l'ICMS est rempli systématiquement par chacun d'entre vous. Nous sommes conscients des défis auxquels vous êtes confrontés en tant qu'établissement de santé. Nous souhaitons donc également vous remercier pour cet effort quotidien. Toutefois, nous continuons à souligner l'importance essentielle de ces rapports en temps utile en tant qu'élément de contrôle et de réglementation.

La capacité minimale prévisible pour les patients COVID-19 vous a été communiquée par le biais d'une circulaire (25/03/2020 concernant Covid-19 - *Hospital & Transport Surge capacity : follow-up et développement*). Le nombre de lits de soins intensifs agréés est un chiffre fixe. Les efforts des hôpitaux pour créer une capacité supplémentaire de soins intensifs pendant cette crise sont dynamiques et font l'objet d'un suivi au sein de l'ICMS.

Les types de lits demandés dans l'ICMS, tels que décrits dans la circulaire du 24/03/2020 (*Modification de l'enregistrement de la capacité des lits*) dans l'ICMS, restent applicables. Vous pouvez toujours consulter la description des types de lits demandés dans la rubrique "Aide pour Medops". Toutefois, nous constatons que l'enregistrement des différents types de lits n'est pas toujours uniforme pour chaque institution. Par conséquent, au sein du comité *Hospital & Transport Surge capacity*, nous avons une image déformée de la capacité disponible dans les hôpitaux.

Nous aimerions donc vous donner une idée précise, à l'aide d'un exemple fictif, de la manière d'enregistrer la capacité disponible (= lits libres) pour les soins intensifs dans l'ICMS. Dans cet exemple, nous supposons un hôpital disposant de 20 lits de soins intensifs agréés pour adultes et nous déclarons hypothétiquement qu'aucun patient n'est présent ; dans notre exemple, aucun patient ne sort ou aucun décès n'est enregistré. Dans le contexte de la crise COVID-19, il a été décidé de transformer 5 lits supplémentaires (4 lits de l'unité *Coronary Care Unit (CCU)* et 1 lit isolé dans la salle de réveil) en plus des lits approuvés en ICU-NEW. L'hôpital dispose d'une capacité de réserve de 10 unités de ventilation et fournit une unité sur chacun des lits nouvellement créés.

- La capacité minimale en soins intensifs pour les patients COVID-19 est alors égale à 17 lits : 60% des 20 lits approuvés (12) + 5 lits supplémentaires.
- La capacité libre pour les patients en soins intensifs non COVID-19 est alors égale à 8
- La capacité totale -17 lits pour les patients COVID-19.
- La capacité disponible pour les équipements de ventilation est réduite de 5.

L'enregistrement dans l'ICMS est donc réduit :

COVID-19 ICU	ICU-NEW	AICU	RCU
17	5	8	5

*Dans notre exemple, l'hôpital fictif a une grande capacité de lits agréés. Il y a aussi des hôpitaux qui n'ont pas cette grande capacité de lits de soins intensifs agréés et qui font également des efforts pour créer une capacité supplémentaire pendant la crise COVID-19. Un autre exemple : un petit hôpital dispose de 10 lits IZ et ajoute 8 lits de soins intensifs. Conformément à la capacité minimale pour les patients COVID-19 (circulaire 25/03/2020), celle-ci est théoriquement de  $10 \cdot 60\% + 8 = 14$  lits IZ pour les patients COVID-19. Les soins intensifs de cet hôpital sont architecturalement zonés et choisissent de réserver les 10 lits de l'IZ pour les patients COVID-19. L'hôpital place 8 lits en dehors de la zone COVID-19. L'hôpital ne dispose donc pas des 14 mais 10 lits théoriques pour les patients COVID-19. Pour que la facture soit correcte, l'hôpital doit remplir le formulaire ICU-NEW 4 et facturer 8 lits supplémentaires pour l'AICU. Dans ce cas, la facture sera la suivante :  $10 \cdot 60\% + 4 = 10$  lits COVID-19 ICU.*

Nous nous appuyons sur notre exemple pour clarifier l'enregistrement des données dans l'ICMS. Ainsi, un lit ne peut être attribué à un type de lit qu'une seule fois. Nous supposons maintenant que l'hôpital fictif va hospitaliser 3 patients (confirmés ou suspects) COVID-19 et 2 patients polytraumatisés dans l'unité de soins intensifs. L'enregistrement dans l'ICMS change alors comme suit :

COVID-19 ICU	ICU-NEW	AICU	RCU
14	5	6	5

En plus des 20 lits de soins intensifs agréés, l'hôpital fictif a une capacité totale de 400 lits (y compris les soins intensifs et toutes les spécialités) dans différents départements. Cependant, il a été décidé de fermer 2 salles de 25 lits en raison d'une réorientation du personnel. Dans l'hôpital fictif, cependant, 75 patients non COVID-19 ont également été hospitalisés dans différents services de soins. Dans le cadre de la COVID-19, le comité *Hospital & Transport Surge capacity* déclare que pour chaque lit de soins intensifs (agréé + nouvellement créé) 4 lits non intensifs seront fournis à l'hôpital. La capacité totale en lits libres (TBAV) sera alors de : 400 lits - 5 patients en soins intensifs - 75 patients hospitalisés - 50 lits fermés = 270 lits libres restants dans l'hôpital. Dans notre exemple, le taux d'occupation des soins intensifs reste inchangé, ce qui donne l'aperçu suivant dans ICMS.

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	TBAV
14	100	5	6	5	270

L'hôpital a entre-temps admis 20 patients COVID-19 dans une unité de soins. La situation actuelle de la capacité en lits disponibles dans l'ICMS est donc la suivante :

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	TBAV
14	80	5	6	5	250

L'hôpital fictif a également la reconnaissance, les ressources et le personnel disponibles pour la chirurgie cardiaque et thoracique. L'institution garde également deux salles d'angiographie libres (personnel et ressources) et, à cette fin, met également à disposition 2 lits en CCU (séparés des 4 transformés pour COVID-19 ICU-NEW) pour le suivi et le post-traitement des patients. Ces spécialités seront prises en compte sans que la situation antérieure ne soit modifiée, et donneront lieu à la vue d'ensemble suivante au sein de l'ICMS :

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
14	80	5	6	5	1	1	2	250

Nous proposons maintenant un scénario dans lequel un patient est admis pour une chirurgie cardiaque aiguë et un patient soupçonné d'avoir subi un infarctus du myocarde nécessitant une angiographie d'urgence. Les interventions ont pris fin et les patients ont été transférés respectivement à l'unité de soins intensifs et au service de soins infirmiers de cardiologie. Toutefois, les moyens de réaliser les interventions doivent être complétés, ce qui les rend temporairement indisponibles. Par conséquent, la vue d'ensemble au sein du SGIC change pour la situation suivante :

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
14	80	5	5	5	0	1	1	249

La salle d'opération pour la chirurgie cardiaque et la salle d'angiographie seront à nouveau disponibles après quelques heures et la situation sera mise à jour dans l'ICMS. Actuellement, les hôpitaux ne sont pas censés mettre à jour leur capacité de lits dans le SGIC plusieurs fois par jour, mais ils souhaitent clarifier les changements de cette manière.

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
14	80	5	5	5	1	1	2	249

Notre exemple ne tient pas compte de la présence d'un service de pédiatrie et d'une unité de soins intensifs pédiatriques et néonataux (respectivement PEDI, PICU et NICU). Pour l'USIP et l'USIN, aucune distinction n'est faite entre la capacité disponible des patients COVID-19 et des patients non COVID-19 dans ces services. Les données mises à jour dans le SGIC doivent toujours refléter les lits disponibles (= libres).

Pendant ce temps, l'hôpital fictif connaît un afflux important (11 patients COVID-19 confirmés/soupçonnés dans les unités de soins intensifs et 35 patients COVID-19 dans les services de soins infirmiers) de patients COVID-19 et la capacité de l'unité de soins intensifs diminue.

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
3	45	5	5	5	1	1	2	204

Le gouvernement soutient que la capacité de l'ICU-NEW devrait être augmentée afin d'anticiper le nombre croissant d'admissions de patients COVID-19. À cette fin, 10 lits de soins intensifs supplémentaires (ICU-NEW) seront fournis au sein de l'hôpital. La capacité disponible en nombre de lits intensifs passera à 13 (COVID-19 ICU). Le nombre de lits de soins intensifs nouvellement créés (ICU-NEW) est désormais de 15.

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
13	45	15	5	5	1	1	2	204

Nous pouvons maintenant simuler un nouvel afflux de patients dans notre établissement de soins :

- 4 patients COVID-19 nécessitant des soins dans une unité de soins intensifs (USI COVID-19),
- 8 patients COVID-19 dans une unité de soins (COVID-19 BED),
- 3 unités de ventilation (RCU) sont positionnées sur un lit nouvellement créé,
- 2 patients non COVID-19 nécessitant des soins dans une unité de soins intensifs (USI),
- 12 patients non-COVID-19 sont hospitalisés dans une unité de soins.

Cet afflux modifie la vue d'ensemble au sein de l'ICMS :

COVID-19 ICU	COVID-19 BED	ICU-NEW	AICU	RCU	CSY	TSY	PTCA	TBAV
9	37	15	3	2	1	1	2	178

Nous espérons qu'avec ces informations, nous vous avons suffisamment informé pour arriver à un enregistrement uniforme.

Nous vous demandons également de valider les coordonnées de votre institution dans l'ICMS. Pour que les employés du SPF Santé publique et des autorités fédérées de santé publique puissent contacter votre institution à tout moment (24 heures sur 24, 7 jours sur 7). Pour mettre à jour votre profil, vous pouvez consulter le guide d'utilisation de l'ICMS via le [lien suivant](#).

Cordialement,



Pedro Facon  
Directeur général