



DATE 28/10/2020  
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**

**Pour information aux Hôpitaux psychiatriques et Hôpitaux de revalidation**

**Pour information aux Fédérations hospitalières**

**Pour information aux Gouverneurs**

OBJET Covid-19 – Communication : passage à la phase 2B, création de lits Corona High Oxygen Care.

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 activement la situation du secteur hospitalier au cours de ces derniers jours.

**La situation dans le secteur hospitalier est également suivie de près au niveau politique, au sein du Gouvernement Fédéral et du Commissariat Corona du Gouvernement. En outre, un certain nombre de mesures de soutien supplémentaires sont en cours de préparation, tant en termes de renforcement des capacités, d'ancrage réglementaire (par exemple en matière de transport) que de soutien financier aux hôpitaux et au personnel. Ces mesures seront communiquées dès que possible.**

Le comité doit prendre les mesures de régulation nécessaires en fonction de l'évolution épidémiologique exponentielle et de la charge pesant sur le secteur hospitalier.

## **1. Situation épidémiologique**

Dans notre courrier du 22/10/2020, nous avons demandé le passage à la phase 2A à l'échelon national.

Comme indiqué dans cette lettre, l'augmentation exponentielle des chiffres d'hospitalisation a fait que nous avons atteint le nombre de lits réservés dans la phase 1B pour les COVID-ICU et COVID-non-ICU dans les chiffres nationaux consolidés de ce mercredi 28/10/2020.

**Nous demandons à tous les hôpitaux généraux et universitaires de passer à la phase 2B à partir du 02/11**, avec 60 % de la capacité ICU agréée réservée aux patients COVID-19, et 6 fois ce nombre pour les non-ICU-COVID, et l'ouverture supplémentaire d'un nombre de lits ICU égal à 40 % des lits ICU agréés (voir schéma et tableau en annexe). Le passage à la phase 2B doit être signalé à l'autorité compétente. Si l'hôpital ne passe pas à la phase 2B, ou que partiellement, par exemple en raison d'un manque de personnel, nous demandons à l'hôpital d'en informer l'autorité compétente et l'Inspecteur Fédéral d'Hygiène.

## **2. Rappel : répartition des patients au sein des hôpitaux, réseaux et provinces**

Nous continuons à souligner que le plan de répartition est une partie essentielle des actions visant à garantir la qualité des soins aux patients, COVID et non COVID, mais aussi à répartir la charge des soins et la pression sur le personnel et les institutions. **La capacité de répartition offerte est actuellement sous-utilisée, nous demandons aux hôpitaux d'en faire un usage plus proactif.**

Même si le passage national permettra de disposer partout de capacités supplémentaires, la mise en œuvre du plan de répartition dans un esprit de solidarité reste très importante. En effet, les patients COVID ne sont pas hospitalisés de manière homogène sur tout le territoire.

Dans cette phase également, les hôpitaux doivent répartir les patients autant que possible au sein de leur propre réseau ou au sein de la province ; si cela ne s'avère plus possible, la répartition devra être étendue aux niveaux supra-réseau et supra-provincial.

Afin d'éviter autant que possible les transports nocturnes, nous demandons aux hôpitaux de prévoir dans leur planification opérationnelle la disponibilité d'une capacité ICU de nuit.

**Un cadre réglementaire est en cours de préparation pour rendre la régulation des transports plus contraignante et ainsi offrir un cadre plus sûr aux hôpitaux et aux médecins.**

## **3. Rappel : report des soins réguliers non urgents**

Le passage des hôpitaux aux phases 2A et 2B a un impact sérieux sur tous les soins réguliers non-urgents.

**Un report proportionnel des soins réguliers non urgents est nécessaire**, et comme le plan de répartition, constitue une partie essentielle des actions visant à garantir la qualité des soins aux patients, COVID et non COVID, mais aussi à prévenir une charge de soins et une pression excessives sur le personnel et l'établissement.

**Dans notre courrier du 22/10/2020, nous avons demandé à chaque hôpital d'exécuter les 3 premières étapes du plan d'interruption du programme électif au plus tard le lundi 26/10/2020.** Cela suppose que les hôpitaux ont dû annuler les activités électives et planifiables qui utilisent les soins intensifs, les hospitalisations classiques qui n'utilisent pas les soins intensifs, et les activités chirurgicales en hôpital de jour ne faisant pas

appel aux soins intensifs, au plus tard le lundi 26/10/2020 et ce pour une période de 4 semaines. Le comité HTSC prévoit une évaluation et un éventuel ajustement de la ligne directrice dans un délai de deux semaines.

Le reste du programme électif doit ensuite être progressivement supprimé en fonction de l'évolution épidémiologique et des chiffres hospitaliers, de la manière suivante :

4. Les activités non chirurgicales en hôpital de jour (par exemple, gériatrie, psychiatrie, oncologie,...).
5. Les consultations, activités d'hospitalisation à domicile et équipes mobiles.

**Le médecin-chef, soutenu par le directeur général, l'ensemble du comité HTSC et les ministres de la Santé publique compétents, joue ici un rôle central et difficile dans la phase d'action du plan d'urgence hospitalier.** Nous nous référons ici à la lettre de la CIM Santé publique du 19/10/2020 appelant à la coopération dans les actions des médecins chefs et des inspecteurs fédéraux d'hygiène dans le cadre du Plan d'Urgence Hospitalier et du plan de répartition des patients COVID-19.

**Nous recevons des signaux indiquant que certains hôpitaux n'appliquent pas encore ces règles correctement. Du point de vue de la solidarité et de la garantie de disposer du personnel infirmier suffisant dans tout l'hôpital, afin d'appliquer ces mesures d'envergure, nous tenons à rappeler que ces règles sont impératives.**

**Il doit être très clair que toutes les consultations, examens et interventions urgentes et nécessaires doivent se poursuivre. Toutes les thérapies nécessaires (à la vie) en cours (chimiothérapie, dialyse, ...) ou la réadaptation nécessaire seront également poursuivies. Les hôpitaux sont des lieux sûrs pour poursuivre ces soins - les soins COVID seront clairement séparés des soins réguliers.**

#### **4. Création de lits Corona High Oxygen Care en dehors des soins intensifs, dans les lits non-ICU-COVID**

La vague actuelle de COVID va mettre les hôpitaux à rude épreuve, plus que la première vague qui a débuté en mars. Le plan *Surge Capacity* prévoit que, dans la phase 2B, 1 200 lits seront fournis au départ de la capacité ICU agréée (60 %), et que 800 lits ICU supplémentaires seront créés en plus de cette capacité agréée (+ 40 %), ce qui se fera principalement dans les salles de réveil, ou encore les quartiers opératoires.

Les projections les plus pessimistes indiquent que cette capacité totale (théorique) de 2000 lits ICU pour le COVID pourrait ne pas être suffisante. Une proportion significative des patients COVID ont besoin d'Optiflow® ou d'une thérapie à haut débit d'oxygène nasal (HFNO) pendant leur séjour. Certains patients ne sont jamais ventilés et reçoivent de l'HFNO comme seule forme d'oxygénothérapie. Pour certains patients, l'HFNO est une forme de thérapie step-up ou step-down avant ou après la ventilation.

Dans le cas d'un step-down après une ventilation mécanique, ou chez les patients dont l'HFNO est la forme maximale d'assistance respiratoire, il existe un certain nombre de patients pour lesquels la thérapie HFNO ou Optiflow® est la seule raison de rester aux soins intensifs. Nous estimons que cela peut affecter jusqu'à 25 % des patients des unités de soins intensifs, selon le case-mix au sein de votre hôpital.

**Comme solution provisoire, le HSTC propose de fournir la thérapie HFNO dans les services de soins conventionnels avec le suivi des paramètres nécessaires, et donc de ne pas garder ces patients dans les unités de soins intensifs, où ils n'utilisent pas et n'ont pas besoin de toute l'infrastructure des soins intensifs.** De cette manière, l'unité de soins intensifs peut être réservée aux patients ayant une ventilation mécanique ou une ventilation mécanique imminente, ou aux patients présentant une autre défaillance organique associée.

**Nous demandons aux hôpitaux généraux et universitaire de s'organiser de manière à passer à la phase 2B et à créer , au sein de leur réseau, un nombre de lits HFNO égal à 15 % du nombre de lits à caractère intensif agréés dans le réseau.** Si tous les lits COVID-ICU supplémentaires de la phase 2B ne peuvent pas être réalisés, nous demandons que cette capacité soit remplacée par des lits HFNO au sein du réseau.

Cela a un certain nombre d'implications de nature technique, mais cela peut aussi avoir un impact sur le staffing de ces services. **Le gouvernement prendra les mesures nécessaires pour compenser correctement cette capacité.**

Tant la technicité du HFNO que la sévérité des soins prodigués au patient nécessiteront une surveillance accrue. En ce qui concerne le staffing, nous tablons sur un rapport infirmier/patient de 1:6 à 1:4, selon l'organisation.

Afin de pouvoir administrer l'HFNO, il y a un certain nombre d'exigences :

1. Les conduites d'oxygène du service doivent pouvoir fournir 40-50 litres d'oxygène par minute. En raison du débit élevé, il n'est pas possible de travailler avec des bouteilles d'oxygène. Nous demandons aux hôpitaux de contacter leur fournisseur et installateur de gaz médicaux afin de fournir l'installation technique nécessaire.
2. Un mélangeur de gaz et un humidificateur doivent être fournis par lit. Il est également possible de remplacer le mélangeur de gaz par 2 rotamètres, 1 pour l'oxygène et 1 pour l'air comprimé. Le gouvernement prend des initiatives pour l'achat centralisé de mélangeurs pour les hôpitaux qui n'en ont pas encore, ou pas suffisamment.
3. Il doit y avoir un stock suffisant de systèmes Optiflow® jetables. L'AFMPS surveille ce marché.

## **5. Recommandations de la Société belge de médecine intensive**

La pression sur les hôpitaux et les soins intensifs sera très forte dans les jours et les semaines à venir. Il a été recommandé que chaque hôpital dispose de lignes directrices éthiques liées aux critères d'admission en soins intensifs pour éviter aux cliniciens d'avoir à prendre des décisions difficiles sans prescriptions, ce qui pourrait conduire à des décisions arbitraires. La Société belge de médecine intensive a émis en mars un avis sur les principes éthiques pour l'égalité de traitement des patients. Ces conseils sont accessibles publiquement dans les deux langues nationales et en anglais à l'adresse <http://www.siz.be/covid-19-links/>. Il est recommandé que le médecin-chef et les intensivistes appliquent ces conseils, en tenant compte de la situation locale.

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

Marcel Van der Auwera  
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