

DATE 13/08/2020
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 Fédérations hospitalières

Pour information aux Hôpitaux psychiatriques et aux Hôpitaux de revalidation

Pour information aux Gouverneurs

OBJET Covid-19 – Transmission de données, coopération avec le secteur des soins aux personnes âgées et cadre général relatif à la réglementation des visites.

Madame, Monsieur le Directeur général,
Madame, Monsieur le Médecin-chef,
Madame, Monsieur le Directeur du Département infirmier,
Madame, Monsieur le Coordinateur du PUH,

L'évolution de l'épidémie de COVID-19 nous a replacés, plus vite que prévu et espéré, dans une situation critique qui exige le plus haut niveau de vigilance. Il est clair que le développement de l'épidémie, avec des résurgences plus locales, nécessite une approche adaptée. L'accent est mis sur le testing, l'isolement et le suivi des contacts des personnes infectées ou suspectées d'être infectées. Dans l'ensemble, l'impact sur les hospitalisations a été jusqu'à présent limité, mais localement, ces résurgences ont déjà confronté un certain nombre d'hôpitaux à davantage d'hospitalisations, y compris une augmentation du nombre de personnes nécessitant des soins intensifs, ou même une ventilation.

Le Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* suit de près la situation, analyse les chiffres et évalue si des mesures doivent être prises. Comme par le passé, nous nous efforcerons de communiquer avec vous aussi bien et aussi rapidement que possible, lorsque cela s'avérera opportun et nécessaire. Nous nous efforcerons également de ne pas vous surcharger d'informations ou de lignes directrices.

Avec cette circulaire, nous souhaitons aborder 3 sujets **concernant plus spécifiquement les hôpitaux généraux et universitaires** :

- Un certain nombre de questions liées à la transmission de données pour la gestion de la crise et son évaluation
- Un rappel de notre précédente circulaire sur la collaboration avec le secteur des soins aux personnes âgées

- Un cadre général en matière de visites et d'accompagnement

1) Transmission de données pour la gestion de la crise et l'évaluation

Des données de haute qualité et en temps utile sont cruciales dans la gestion de la crise, notamment pour le Comité *Hospital & Transport Surge Capacity*. Nous vous remercions pour la manière dont la plupart des hôpitaux transfèrent les données relatives aux hospitalisations, ainsi que la capacité hospitalière disponible. Ces données sont utilisées non seulement par notre propre comité, mais aussi dans le cadre de la gestion générale de la crise, par exemple dans les rapports épidémiologiques et lors des conférences de presse réalisées avec le soutien de Sciensano et du Centre National de Crise. Nous aimerions vous demander de maintenir cet effort, compte tenu de sa grande valeur.

Il y a trois éléments pour lesquels nous aimerions vous demander un effort supplémentaire. Nous savons que l'enregistrement, le traitement et le transfert des données exigent un effort de votre part et de celle de vos collaborateurs, mais ce sont des données importantes pour améliorer la gestion de crise. Nous veillerons à ce que les résultats des enquêtes soient également transmis au Comité *Hospital & Transport Surge Capacity* et que des retours d'informations soient également transmis au secteur.

Une première question concerne **l'enregistrement et le transfert des résultats des tests PCR pour COVID-19 effectués par les laboratoires hospitaliers**. Au début de ce courrier, nous avons déjà mentionné que le suivi des contacts est crucial à ce stade de l'épidémie. Cela nécessite un engagement sur de nombreux fronts : une capacité de laboratoire suffisante, une capacité de collecte suffisante, du matériel suffisant pour la collecte, l'analyse des échantillons et la protection, un financement adéquat, etc. Sur tous ces fronts, des mesures sont prises par les autorités et les administrations compétentes. L'un des problèmes signalés par les responsables du suivi des contacts est que le transfert des données des laboratoires hospitaliers vers la base de données Sciensano n'est pas suffisamment complet, rapide et qualitatif. Cela complique et ralentit le processus de suivi des contacts, car les personnes chargées du suivi des contacts s'appuient sur les résultats des tests pour ensuite contacter les patients index (les personnes qui ont été testées positives et pour lesquelles les contacts sont répertoriés et contactés). Nous comprenons que certains hôpitaux puissent encore se poser des questions sur ce qu'ils doivent faire exactement en fonction de la situation à laquelle ils sont confrontés et sur le transfert de données qui doit être effectué. Sur le site <https://www.corona-tracking.info/hopitaux/situations-possibles/?lang=fr>, vous trouverez toutes les informations en fonction des situations possibles. Vous y trouverez également les coordonnées des personnes à contacter en cas de problèmes éventuels concernant l'enregistrement des données. Ce site web est constamment mis à jour. Si vous avez un laboratoire hospitalier qui effectue des tests PCR pour COVID-19, pouvons-nous vous demander de prendre les mesures nécessaires dès que possible au sein de votre hôpital pour mettre en œuvre les directives que vous trouverez sur le site web ci-dessus, ainsi que pour réaliser un transfert de données rapide et qualitatif, plus particulièrement en ce qui concerne la communication des résultats des tests selon les directives dans l'heure qui suit la connaissance du résultat ? Les mêmes exigences ont été demandées aux laboratoires cliniques non hospitaliers. En outre, nous demandons également aux hôpitaux d'envoyer le numéro de téléphone de la personne testée afin de pouvoir commencer la recherche des contacts.

Une deuxième question concerne les données relatives à l'admission et à la sortie des patients COVID-19, avec une attention particulière portée aux séjours en soins intensifs. Ces données sont collectées par Sciensano pour des raisons épidémiologiques et pour soutenir la gestion de crise. Les enquêtes actuelles sont en cours de révision par Sciensano : l'intention est de supprimer les questions moins pertinentes - et donc de faciliter le travail des hôpitaux - tout en posant un certain nombre de questions ciblées sur les séjours en soins intensifs.

La nouvelle collecte de données sera opérationnelle à partir du 1er septembre ; à partir de cette date, nous demandons à tous les hôpitaux de transmettre ces données pour tous leurs patients COVID-19 dans les 14 jours ouvrables suivant l'admission ou la sortie du patient. De plus amples informations et un rappel suivront. En attendant, nous vous demandons de remplir au mieux la demande de données actuelle. De nombreux hôpitaux le font déjà et nous les en remercions. Nous vous fournirons un retour d'information sur l'enregistrement des données en temps voulu. Vous trouverez de plus amples informations sur les sites <http://surveys.sciensano.be/index.php/523543?lang=fr> (admission) ou <http://surveys.sciensano.be/index.php/213436?lang=fr> (sortie).

Une troisième question concerne les **informations relatives aux ECMO et à l'organisation et à l'encadrement qui y sont associés**. Lors de la première vague, il est apparu que ces appareils et leur personnel d'encadrement ont été largement utilisés. Nous savons cependant que leur déploiement et leur encadrement sont très variables. Afin d'être mieux préparés à une recrudescence avec une éventuelle reprise de la forte saturation de la capacité en ECMO, nous souhaitons recueillir des informations complémentaires, en vue d'une gestion de crise adéquate et efficace, auprès des hôpitaux qui disposent d'ECMO. Vous pouvez consulter l'enquête via le [lien](#) suivant. Nous vous demandons d'enregistrer les réponses au plus tard le 21 août à 10h. Cette enquête approfondie ne vous sera bien sûr envoyée qu'une seule fois. En outre, nous continuerons à surveiller quotidiennement la capacité disponible au sein du Comité *Hospital & Transport Surge Capacity*. À partir du 24 août, cette enquête devra être complétée une fois par semaine par la demande d'informations dynamiques (niveaux des stocks de consommables pour ECMO).

2) Collaboration avec et soutien au secteur des soins aux personnes âgées (et éventuellement autres collectivités de soins résidentielles)

Nous vous rappelons notre précédente circulaire concernant la collaboration avec le secteur des soins aux personnes âgées (et éventuellement d'autres collectivités de soins résidentielles). Compte tenu de la situation de l'épidémie, mais aussi de la lourde charge qui pèse aujourd'hui sur les hôpitaux, en outre en période de vacances, nous rappelons que tous les établissements de soins aux personnes âgées devraient conclure avec les hôpitaux des accords concis, orientés vers l'action et réalisables sur les premiers thèmes communiqués, au plus tard à la mi-août. L'initiative sera principalement prise par les établissements de soins aux personnes âgées, mais nous encourageons les hôpitaux à prendre une part active à cette dynamique. Il ne fait aucun doute que les accords conclus, ainsi que la forme sous laquelle ils seront établis, vont évoluer. Les autorités soulignent une fois de plus que ce n'est pas la forme, mais le contenu et une dynamique de collaboration ciblée et réalisable qui sont primordiaux dans ce domaine, afin de s'entraider autant que possible, tout en gardant un œil sur ses propres tâches et charges principales. Les autorités publiques et les fédérations du secteur peuvent, si vous le souhaitez, fournir des exemples de bonnes pratiques en matière d'accords de coopération entre les établissements de soins aux personnes âgées et le secteur hospitalier.

3) Cadre général en matière de visite et d'accompagnement

Lors de la première vague, nous vous avons envoyé des directives concernant la réglementation des visites. L'application sur le terrain, avec un rôle et une responsabilité forts pour le médecin-chef, s'est bien déroulée, ce dont nous vous remercions.

Bien que le nombre de patients COVID-19 dans les hôpitaux, malgré une sérieuse augmentation du nombre de cas confirmés et la pression existant sur la première ligne, reste assez limité, une attention particulière doit être portée à la poursuite des réflexions sur les processus au sein de l'hôpital. En annexe, vous trouverez un

cadre général, qui se veut soutenant, afin d'encadrer autant que possible les processus dans le domaine des visites, dans lequel les hôpitaux ont la possibilité maximale de tenir compte du caractère spécifique de l'hôpital et du réseau hospitalier. Il a été tenu compte des mesures qui s'appliquent au sein de la société, car il ne peut être question d'appliquer dans les hôpitaux des mesures moins strictes que celles qui s'appliquent à la population en général. Nous savons également que les hôpitaux eux-mêmes prennent une série de mesures, notamment la sensibilisation et la préparation des personnes qui viennent en visite et de leurs accompagnateurs, la mise à disposition de masques buccaux pour les personnes qui n'en ont pas, la mise à disposition de solution hydro-alcoolique, l'enregistrement des visiteurs et des accompagnateurs, etc. Toutes ces mesures d'encadrement sont bien sûr de la plus haute importance.

Enfin, nous vous souhaitons, ainsi qu'à vos collaborateurs, beaucoup de courage et de force dans les défis qui se présentent à vous. Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir du mieux possible. Nous vous remercions d'avance pour votre coopération.

Si vous avez des questions spécifiques concernant cette lettre, veuillez contacter l'adresse e-mail suivante : 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

ANNEXE : CADRE GÉNÉRAL POUR LES VISITES ET LES ACCOMPAGNATEURS

Règles de visites

Les visites sont un élément essentiel du processus de guérison et du bien-être des patients. D'autre part, les visites créent une charge de travail importante dans les services, tant dans le processus de soins qu'au niveau de la communication avec les médecins et les infirmiers, ce qui fait de la visite dans les services un processus à forte intensité de travail. Lors de la première vague, tous les visiteurs, à quelques exceptions près, ont été interdits. Cette décision était importante et logique à une époque où le virus était inconnu et où les hôpitaux devaient se réorganiser en masse. Elle a permis de s'assurer que la première vague pouvait être bien gérée par les hôpitaux. Dans le même temps, l'impact psychosocial et/ou la nature indiscriminée de la mesure ont fait l'objet de certaines critiques. Pour cette raison, une proposition générale est établie, selon laquelle les visites doivent rester maintenues aussi longtemps que possible, mais il est également possible de limiter, voire d'interdire les visites si cela s'avère nécessaire pour les processus de soins. La proposition générale est basée sur plusieurs étapes, l'hôpital pouvant choisir l'une des étapes suivantes :

- ÉTAPE 0 : le schéma de visite est le schéma de visite classique
- ÉTAPE 1 : limitation des visites (par exemple nombre, moment, durée, etc.) par patient. C'est la situation dans laquelle se trouvent actuellement la plupart des hôpitaux. Il appartient au médecin-chef de déterminer le nombre d'heures autorisées par patient et le nombre de visiteurs admis par patient, en fonction des processus de soins et du personnel disponible. Un règlement est déterminé par service, mais il doit bien sûr être cohérent pour l'ensemble de l'hôpital.
- ÉTAPE 2 : limitation des visites dans certains services ou dans certaines circonstances (par exemple, aucune possibilité d'accompagnement dans les services d'urgence, admissions de courte durée, etc.). C'est en soi une mesure lourde et il doit être clairement établi que les visites ont un tel impact sur les processus de soins et la garantie de soins adéquats à l'hôpital que cette étape est nécessaire. A titre d'exemple ou d'inspiration, les règles suivantes pourraient être envisagées. Nous rappelons que chaque hôpital, sous la responsabilité du médecin-chef, doit examiner localement ce qui est le plus approprié.
 - Possibilité A : les patients qui restent moins de 5 jours à l'hôpital ou moins de 7 jours à l'hôpital (le nombre de 5 ou 7 est à déterminer par le médecin-chef) ne reçoivent pas de visite.
 - Possibilité B : certains hôpitaux signalent qu'il leur est difficile de déterminer à l'avance la durée de l'hospitalisation et choisissent d'appliquer cette règle en fonction du service où se trouve le patient. Le critère décisif est alors la durée moyenne de séjour dans le service ; si elle est inférieure à 5 ou 7 jours (nombre à déterminer par le médecin-chef) aucune visite ne sera autorisée pour ce service.
 - Exceptions : Le régime de l'étape 2 est un dispositif lourd de conséquences pour un certain nombre de personnes : pensez à une personne qui vient en urgence après un accident et doit subir une opération, ou à une personne qui est admise 5 jours en oncologie. L'accouchement ou la prise en charge en pédiatrie sont également des cas typiques où il n'est souvent pas possible d'être très strict. Par conséquent, les exceptions suivantes sont autorisées, conformément à la situation lors de la première vague :
 - Nouveaux-nés et mineurs de moins de 18 ans: dans cette exception, la visite doit être très limitée et ne peut en aucun cas dépasser le concept de "bulle" tel que défini par les autorités.

- Patients en fin de vie : là aussi, il faut s'efforcer de faire preuve d'une certaine rigueur, mais en prenant les mesures nécessaires pour que la séparation se fasse dans la dignité.
 - Situation médicale dans laquelle le médecin traitant et le médecin-chef estiment qu'une visite est nécessaire pour un patient. Dans ce cas, une visite est possible, mais le médecin-chef détermine les modalités strictes de la visite, en tenant compte du concept de "bulle" tel que défini par les autorités.
 - Un congé thérapeutique peut être accordé aux patients de votre établissement. Ici aussi, l'hôpital doit prévoir un dispositif qui garantisse la sécurité des autres patients et du personnel.
- ÉTAPE 3 : interdiction absolue des visites avec des exceptions très limitées accordées individuellement et sous la supervision du médecin traitant et la coordination du médecin-chef. C'est la situation telle qu'elle était en avril et mai. Cela signifie que les exceptions sont les mêmes que celles qui étaient en vigueur à l'époque :
- Maternité et pédiatrie : dans cette exception, la visite doit être très limitée et ne peut en aucun cas dépasser le concept de "bulle" tel que défini par les autorités.
 - Patients en fin de vie : là aussi, il faut s'efforcer de faire preuve d'une certaine rigueur, mais en prenant les mesures nécessaires pour que la séparation se fasse dans la dignité.
 - Situation médicale dans laquelle le médecin traitant et le médecin-chef estiment qu'une visite est nécessaire pour un patient. Dans ce cas, une visite est possible, mais le médecin-chef détermine les modalités strictes de la visite, en tenant compte du concept de "bulle" tel que défini par les autorités. Un éventuel règlement avec les aidants proches relève de cette exception, mais doit bien sûr aussi tenir compte de cette bulle.
 - Un congé thérapeutique peut être accordé aux patients de votre établissement. Ici aussi, l'hôpital doit prévoir un dispositif qui garantisse la sécurité des autres patients et du personnel.

Un hôpital n'est pas une entité isolée. Il est proche d'autres hôpitaux, qui peuvent ou non faire partie du même réseau hospitalier. Nous encourageons donc le fait qu'à partir de l'étape 2, la mesure soit discutée au sein du réseau hospitalier et qu'il y ait un accord commun sur les étapes que les hôpitaux du réseau choisissent.

Règles relatives aux accompagnateurs

Avant même que les visites soient à nouveau permises, lors du redémarrage après la première vague, les accompagnateurs ont été autorisés à venir à l'hôpital avec un patient. Cependant, la plupart des hôpitaux ont rencontré des problèmes logistiques pour rendre l'accompagnement possible, ne serait-ce qu'en raison de la distanciation sociale dans l'hôpital et plus particulièrement dans les salles d'attente et de consultation, où la taille de la salle d'examen est un facteur inhibiteur important. Cela signifie que des restrictions ont été imposées aux accompagnateurs, restrictions qui existent encore aujourd'hui dans un certain nombre d'hôpitaux. Nous ne voulons certainement pas ignorer ces problèmes logistiques et opérationnels. Cependant, il y a aussi des cas où un accompagnement s'avère nécessaire pour le patient. Il appartient à l'hôpital de déterminer si une restriction est imposée à l'accompagnement du patient dans l'hôpital. Diverses possibilités existent afin de régler l'accompagnement des patients :

- ÉTAPE 0 : il n'y a pas de restrictions pour l'accompagnement

- ÉTAPE 1 : en principe, un seul accompagnateur au maximum est autorisé, sauf si le médecin-chef, pour cette catégorie de personnes, par exemple dans le cas de la pédiatrie, décide que deux accompagnateurs sont autorisés.
- ÉTAPE 2 : Les accompagnateurs sont interdits, sauf pour les catégories suivantes, pour lesquelles le médecin-chef détermine le nombre maximum d'accompagnateurs (par exemple logiquement 1 pour la maternité mais éventuellement 2 pour la pédiatrie)
 - Maternité, pédiatrie
 - Patient atteint de démence ou nécessitant des soins
 - Patient dans le contexte d'une fin de vie imminente et/ou en cas de mauvaise nouvelle potentielle
 - Accompagnement pour pouvoir traduire
 - Les situations très spécifiques à l'hôpital et pour lesquelles le médecin-chef autorise une exception systématique.

Soutien

La réintroduction de la possibilité d'accompagnement et l'autorisation progressive des visites ont provoqué des situations d'incompréhension et, dans un certain nombre de cas, des agressions. Cela sera également certainement le cas lorsque des restrictions seront imposées. Une bonne communication doit donc être assurée par tous les canaux possibles. Les mécanismes de sécurité internes doivent être préparés. A titre préventif et comme mesure ultime, le Centre de coordination de la police demandera aux zones de police concernées d'accorder une priorité élevée à un appel pour agression provenant d'un hôpital.

Comme mentionné dans le point sur les règles de visites, le réseau hospitalier est un élément essentiel de la chaîne de soins. Par conséquent, quel que soit le choix qui sera fait, les hôpitaux doivent se consulter en cas de modification, soit dans le sens d'un durcissement, soit dans celui d'un assouplissement, de la réglementation relative aux visites et/ou aux accompagnateurs. Il est conseillé de mener cette discussion avec les réseaux adjacents et/ou de leur transmettre le résultat.