

DATE 20/08/2020
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 et priorités nationales de test

Madame, Monsieur,

Par cette lettre nous souhaitons vous informer de la vision conjointe des ministres de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique en matière de stratégie et de priorités nationale de test, pendant les différentes phases de l'épidémie de COVID-19.

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, des mesures ont été prises pour développer les tests, tant en termes d'élargissement systématique de la définition de cas, d'augmentation de la capacité des laboratoires et du matériel de laboratoire ou encore de l'augmentation de la capacité de prélèvement d'échantillons. L'objectif de la conférence interministérielle était d'intégrer tous ces éléments dans une stratégie globale et commune sur tout le territoire belge, pour les hôpitaux généraux, psychiatriques et aux hôpitaux de réadaptation ainsi que pour les intervenants des soins de première ligne et des collectivités, des laboratoires non hospitaliers, etc.

Cette décision de la CIM a été élaborée

- compte tenu du souhait de la conférence interministérielle Santé publique de maintenir une stratégie de test ambitieuse, en tenant compte du rebond de l'épidémie de COVID-19 ainsi qu'en prévision de l'automne et du commencement d'une nouvelle saison de grippe ;
- compte tenu du constat que la stratégie et les priorités de test et leur opérationnalisation au niveau de l'organisation et du personnel chargé du prélèvement des échantillons, du matériel de prélèvement et de l'équipement de protection individuelle, de la capacité des laboratoires en termes de potentiel d'analyse et de matériel, du financement et du remboursement, des chaînes logistiques sous-jacentes etc. constituent une donnée particulièrement complexe ;

- compte tenu du constat que les facettes précitées relèvent des compétences et sont gérées par différents niveaux de pouvoir, parfois dans un contexte de compétences partagées, et par un grand nombre d'administrations différentes ;
- compte tenu des initiatives actuelles, notamment les initiatives visant à augmenter la capacité des laboratoires, celles visant à renforcer le prélèvement d'échantillons dans les centres de triage et de prélèvement et enfin d'un nouvel avis du RAG en matière de stratégie et de priorités de test.

La stratégie et les priorités nationales de test prévoient trois phases en fonction du nombre de cas positifs accumulés pendant 14 jours pour 100 000 habitants au niveau national. Chacune de ces phases comporte une liste d'indications de test et une priorisation de ces indications de test. Sciensano, en collaboration avec le « Risk Assessment Group » (RAG) qui comprend des experts scientifiques, détermine et communique dans quelle phase nous sommes. Nous tenons à souligner qu'il s'agit de phases nationales : tout le pays est dans la même phase à un moment donné. Dans notre précédente [communication de juillet](#), une distinction était faite entre deux situations épidémiologiques, à savoir la "faible prévalence" et la "forte prévalence". Il s'agissait d'évaluer la situation au niveau local au sein de l'hôpital, en tenant compte du contexte et des besoins locaux.

La stratégie et les priorités nationales de test doivent être considérées comme complémentaires aux lignes directrices de la stratégie de tests destinée aux hôpitaux généraux, psychiatriques et de réadaptation, qui ont été communiquées ces 8 mai et 10 juillet 2020. Les indications de test sont maintenues, mais un niveau de priorité a été spécifié en cas de capacité de test insuffisante.

Même si notre ambition, lorsque nous sommes dans une certaine phase, est de pouvoir réaliser toutes les indications de test de cette phase, il est néanmoins important de préciser des priorités au sein des indications de test. En effet, la capacité de test telle que mentionnée ci-dessus dépend de nombreux facteurs, de sorte qu'à un moment donné, il peut être nécessaire de se concentrer sur les indications de test ayant la plus haute priorité en fonction de la capacité réelle. Dans ce cas, cette priorisation se fera au moment de la prescription ou du prélèvement de l'échantillon. Si, à un moment quelconque, il est nécessaire de prioriser les tests, nous vous en informerons et vous indiquerons quels tests ne peuvent temporairement plus être effectués, en commençant par les catégories inférieures du tableau des priorités.

Cette stratégie de test globale est régulièrement évaluée et pourra être révisée à l'avenir sur la base de nouveaux développements, mesures ou circonstances. De nombreux éléments importants qui influencent la stratégie de test, y compris l'augmentation et le suivi de la capacité de test, l'introduction de méthodes de pooling ou de nouvelles techniques, l'organisation de l'overflow des laboratoires hospitaliers et extramurs vers la plateforme nationale de Testing, l'augmentation de la capacité de prélèvement d'échantillons en première ligne, etc. sont en plein développement. Chaque fois que cela est possible et pertinent pour le secteur hospitalier, nous vous tiendrons informés des évolutions dans ce domaine, y compris de tout changement dans la stratégie de test et leurs priorités.

En outre, les prestataires de soins de santé primaire et des collectivités qui sont également concernés par cette décision de la CIM en seront dument informés par leurs autorités de tutelle.

Nous vous demandons de bien vouloir prendre connaissance de la stratégie de test nationale ainsi que des priorités et de les intégrer à vos procédures. Ceci sera tout spécialement important si vous deviez être confronté à des événements qui vous obligeront à prioriser le prélèvement d'échantillons dans votre hôpital, ainsi que les analyses de laboratoires effectuées au sein de votre hôpital (le cas échéant). Les hôpitaux généraux, psychiatriques et aux hôpitaux de réadaptation peuvent prendre contact avec info@sciensano.be pour toute question sur la stratégie de test. Nous rappelons que les mesures et dispositions générales de la prévention et de la gestion du risque COVID-19 sont de première importance et restent bien entendu d'application.

La gestion de la crise sanitaire des mois précédents a clairement montré que les médecins-chefs, en collaboration avec les équipes de prévention et de contrôle des infections (y compris les hygiénistes, infectiologues et microbiologistes) et avec les directeurs généraux ont fait preuve d'un grand sens des responsabilités, de compétence en regard de la politique médicale pour les hôpitaux pendant l'épidémie de COVID-19. Ils jouissent de toute notre confiance pour l'opérationnalisation de ces aspects complémentaires de la stratégie et des priorités de test au sein de leurs hôpitaux.

Nous tenons à nouveau à vous remercier vivement, pour votre collaboration aux efforts communs et votre participation à la stratégie nationale de la gestion de la crise COVID-19.

Dr. Paul Pardon

Pedro Facon

Belgian Chief Medical Officer

Pour le Comité Hospital & Transport Surge
Capacity

Président du Risk Management Group

Secrétaire de la Conférence Interministérielle
Santé Publique

1. Phases d'épidémie

La CIM décide, faisant suite à l'avis de Sciensano et du RAG de 04/08/2020, d'appliquer les phases définies ci-dessous de "pré-alerte", "alerte", "épidémie" au niveau du Royaume sur la base du niveau de circulation du virus. Une seule phase est attribuée au niveau national et il n'y a pas de différenciation supplémentaire de la phase épidémiologique par région.

Sciensano et le RAG déterminent ensemble la phase dans laquelle le Royaume se situe, compte tenu de tous les éléments identifiés, notamment de la vitesse de propagation sur le territoire et l'incidence cumulée sur 14 jours de cas positifs pour 100.000 habitants. Sciensano est responsable de la communication de la situation épidémiologique actuelle en Belgique, y compris la phase épidémiologique dans laquelle le pays se trouve.

2. Stratégie et priorités nationales de test

Suite à l'avis de Sciensano et du RAG, la CIM a approuvé la stratégie et des priorités de test par phase d'épidémie (voir tableau). Au fur et à mesure que l'épidémie évolue, les objectifs et, par conséquent, les priorités en matière de dépistage changent. Le tableau présente, pour chaque phase, l'ordre de priorité des tests dans le cas où la capacité de test serait insuffisante, sur la base des indications de test définies précédemment.

Les phases et priorités du tableau correspondent à une classification de niveau national. Les priorités sont fixées au niveau national, car la situation peut évoluer rapidement et des clusters régionaux peuvent s'étendre rapidement à d'autres provinces ou régions. La stratégie s'applique à l'ensemble du système de soins de santé en Belgique, c'est-à-dire aux hôpitaux généraux et psychiatriques, aux hôpitaux de réadaptation, aux soins primaires, aux collectivités ainsi qu'aux laboratoires qu'ils soient hospitaliers ou non.

Cette stratégie et ces priorités en matière de tests aideront les différents acteurs impliqués dans l'échantillonnage et l'analyse. Pour la mise en œuvre pratique, nous soulignons l'importance d'évaluer le tableau clinique du patient (symptômes et facteurs de risque) en combinaison avec la situation locale, la décision finale de l'indication ou non d'un test incombant au médecin traitant.

Il est adopté comme principe et ambition que toutes les priorités au sein d'une phase donnée doivent pouvoir faire l'objet d'un test et que toutes les initiatives nécessaires à cet effet seront prises. Chaque laboratoire analyse les échantillons qui lui parviendront dans la mesure du possible. Parvenu à ses limites d'analyse, il fait appel à la solidarité existante entre laboratoires, en premier lieu, sur la base des accords mutuels existants entre les hôpitaux pour l'assistance, soit au sein de leur propre réseau hospitalier, soit entre les réseaux.

Car comme cela est en effet déjà le cas, des initiatives sont prises par les laboratoires afin d'organiser entre eux « l'overflow » (débordement des capacités d'analyse et gestion de demandes excédentaires) en cas d'éventuels problèmes de capacité. Si l'organisation d'une répartition de « l'overflow » entre laboratoires ne devait pas apporter de réponse suffisante, « l'overflow » pourra être orienté vers la plateforme nationale de Testing. L'organisation et l'opérationnalisation du débordement seront communiquées séparément aux laboratoires, y compris par voie écrite.

Au cas où, malgré les deux niveaux et mécanismes de débordement décrits ci-dessus, la capacité d'analyse devait rester problématique, alors la priorisation sera opérationnalisée au moment de la prescription et du prélèvement de l'échantillon, quel que soit l'endroit où le prélèvement a lieu (médecin généraliste, hôpital, centre de tri et de prélèvement, laboratoire, etc.). C'est à ce niveau que les priorités et le refus éventuel de priorités moins élevées sont appliquées en fonction de difficultés rencontrées en termes de capacité pour le prélèvement ou pour l'analyse en laboratoire. En cas de changement de phase épidémiologique ou de l'abandon éventuel de priorités moins élevées, les prescriptions déjà faites restent valables.

Table : Priorités par phase de l'épidémie (dans le cadre des indications autorisées et avec remboursement)

ORDER OF PRIORITY	FASE		
	"Pre-alarm"	"Alarm"	Epidemic
PRIORITY: WITHIN INDICATIONS AND REIMBURSED			
1	Symptomatic	Symptomatic	Hospitalized symptomatic
2	Cluster investigation in collectivity	Cluster investigation in collectivity	Cluster investigation in collectivity
3	Close contacts 2 tests	Close contacts 1 test	Symptomatic Health Care Workers
4	One-shot screening of personnel of nursing homes for elderly when red alert threshold in local community is exceeded *	One-shot screening of personnel of nursing homes for elderly when red alert threshold in local community is exceeded *	One-shot screening of personnel of nursing homes for elderly when red alert threshold in local community is exceeded *
5	New entry in a nursing home	New entry in a nursing home	New entry in a nursing home
6	Non COVID-19 hospitalizations in risk services	Non COVID-19 hospitalizations in risk services	Non hospitalized symptomatic belonging to risk group for severe disease
7	New entry in a residential collectivity other than nursing home	New entry in a residential collectivity other than nursing home	Non COVID-19 hospitalizations in risk services
8	Returning travelers from red zone	All new non COVID-19 hospitalizations	New entry in a residential collectivity other than nursing home
9	Returning travelers from orange zone **	Close contacts 2 nd test	All new non COVID-19 hospitalizations
10		Returning travelers from red zone	All other symptomatic
11			Close contacts 1 test
NOT RECOMMENDED AND NOT REIMBURSED			
	Pre-travel request	Returning travelers from orange zone **	Returning travelers from orange or red zone **
	Preventive testing local communities, enterprises (e.g. firms, seasonal work, etc.), education institutions (e.g. exchange), etc.	Pre-travel request	Pre-travel request
		Preventive testing local communities, enterprises (e.g. firms, seasonal work, etc.), education institutions (e.g. exchange), etc.	Preventive testing local communities, enterprises (e.g. firms, seasonal work, etc.), education institutions (e.g. exchange), etc.

* 1) Alerte rouge : incidence cumulée 14j > 50/100.000 2) Dépistage one-shot : maximum 1 fois par mois et en tenant compte de la capacité disponible. 3) À condition que toutes les mesures soient prises au niveau de la communauté et de l'établissement de soins aux personnes âgées en matière de mise à disposition d'équipements de protection individuelle, de régime de visites strict et sûr, etc. 4) Il est convenu au cas par cas avec les Communautés de la manière dont le niveau local est délimité, p.ex. la commune, plusieurs communes, la province, etc. A une incidence cumulée sur 14j > 50/100 000, le niveau local peut s'appliquer à l'ensemble de la province. 5) Le débat est toujours en cours sur la mesure dans laquelle un screening one-shot pour les autres collectivités résidentielles est à prévoir.

** La discussion concernant l'approche à propos des personnes qui reviennent d'une zone orange, est encore en cours au moment de la finalisation de cette lettre. La possibilité est examinée de prévoir entre autres un outil d'autoévaluation, validé sur le plan médical, afin de réaliser un triage de ces voyageurs en vue de décider pour qui un testing est indiqué.