

MINUTES OF THE MEETING

DATE: 09/09/2021

HOURS: 16h00-18h00

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
1. Approval agenda and report		
1.1 Report Previous meeting (approval)		<ul style="list-style-type: none"> • Rapport approuvé
1.2 Agenda (approval)	Une question du Commissariat et du NCCN sur l'arrêt de la phase fédérale est reprise au point 3.1.	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda approuvé
1.3 RMG Dashboard (information)		
2. Situation overview (information)		
2.1 Epidemiological overview (information – Sciensano)	<p>Sciensano présente l'aperçu épidémiologique. Vous trouverez ci-dessous un résumé des principales recommandations et constatations :</p> <p><i>Le nombre de nouvelles infections est resté globalement stable au niveau national, avec une très légère diminution observée ces derniers jours. Cependant, des tendances différentes sont toujours observées en fonction des régions. En Flandre, l'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas est à présent en baisse, mais des différences sont également observées entre les provinces (pas de diminution observée dans le Limbourg et le Brabant flamand). La diminution est plus marquée pour le groupe d'âge 10-19 ans, ce qui peut être dû à la campagne de vaccination plus récente pour les 12-17 ans ainsi qu'à la diminution du nombre de tests effectués pour des voyages, des festivals, etc. En Wallonie, l'augmentation ralentit, surtout pour les 10-19 ans (peut-être aussi en raison de la vaccination) et les plus de 65 ans. Mais des différences importantes entre les provinces de Wallonie sont</i></p>	Le RMG valide l'aperçu épidémiologique.

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p><i>également observées. À Liège, il y a une forte augmentation, alors que dans les autres provinces la tendance est stable ou légèrement à la baisse. À Bruxelles, l'augmentation reste importante dans la plupart des groupes d'âge, l'incidence sur 14 jours pour le nombre de cas atteignant des valeurs comparables au pic de la troisième vague. Un certain nombre d'indicateurs, tels que le taux de reproduction (Rt) et le taux de positivité (PR), ont évolué plus favorablement au cours de la semaine dernière. Cependant, la fin des vacances d'été et la forte diminution du nombre de voyageurs ont un impact sur le nombre d'infections asymptomatiques détectées (avant ou après le voyage) ainsi que sur le PR. Il est donc actuellement plus difficile d'interpréter correctement le nombre d'infections. Dans les deux prochaines semaines, quand le nombre de tests pour les voyageurs sera plus stable, la tendance des infections et du PR pourra à nouveau être mieux interprétée. L'impact du début de l'année scolaire et de l'assouplissement des mesures au 1^{er} septembre reste également à voir. Néanmoins, à Bruxelles, le PR plus élevé pour les personnes symptomatiques et l'incidence plus élevée des infections pour les personnes entièrement vaccinées (comparé aux autres régions) confirment clairement une circulation plus importante du virus.</i></p> <p><i>Le nombre d'hospitalisations a de nouveau augmenté la semaine dernière, principalement à Bruxelles, à Liège et en Communauté germanophone, mais aussi légèrement à Anvers, dans le Limbourg, à Namur et au Luxembourg. Le profil des patients hospitalisés reste inchangé. Ces patients sont pour la plupart âgés de moins de 60 ans (médiane de 50 ans), et la plupart d'entre eux ne sont pas vaccinés. Les patients vaccinés hospitalisés sont, par rapport aux patients non vaccinés hospitalisés, plus âgés (âge médian 82 vs 64), et proviennent plus souvent d'une maison de repos et de soins (MRS) (47,6% vs 3,8%) (voir rapport surveillance clinique hospitalière).</i></p> <p><i>Le niveau d'alerte au niveau national reste inchangé. Au niveau provincial/régional, le niveau est augmenté pour la province de Liège (de 3 à 4), pour la province de Namur (de 1 à 2) et pour la Communauté germanophone (de 2 à 3) (voir section Provinces). Il est recommandé de réunir la cellule de crise provinciale à Liège. La situation continue également à évoluer défavorablement à Bruxelles, notamment en ce qui concerne le</i></p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p><i>nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de lits occupés aux soins intensifs</i></p> <p><i>Décision de classement au niveau national : Niveau d'alarme 2 avec une tendance à la stabilisation des infections et une augmentation des hospitalisations.</i></p> <p>À Bruxelles, les voyageurs non vaccinés qui reviennent d'une zone rouge, dans ou hors de l'UE, devront toujours se mettre en quarantaine (quarantaine de 10 jours qui peut être raccourcie si le test qui a été prélevé au plus tôt au jour 7 est négatif). En outre, l'accord de coopération relatif au Covid Safe Ticket a été approuvé. Notamment à Bruxelles, cette mesure serait élargie à partir du 1^{er} octobre.</p> <p>Sciensano demande à Bruxelles d'être informé lorsque la règle de quarantaine entrera en vigueur, afin que cette information puisse également être adaptée sur le site web de Sciensano.</p> <p>Bruxelles demande à Sciensano s'il est possible de mentionner dans l'aperçu épidémiologique les mesures prises par Bruxelles pour lutter contre le virus. Sciensano est disposé à prévoir dans le prochain aperçu épidémiologique un lien vers un document contenant les mesures prises.</p>	
<p>3. Prevention</p>		
<p>3.1. Presentation inventory legal covid in the context of the cessation of the federal phase (<i>Information – Legal Covid</i>)</p>	<p>Legal covid est venu présenter en RMG un aperçu des aspects juridiques liés à l'arrêt futur de la phase fédérale. Cette présentation a déjà été faite au niveau de la cellule de crise. Un tableau reprenant l'ensemble des réglementations, législations, AR et accords de coopérations a été réalisé, il s'agit de la version consolidée du 26 août.</p> <p>L'accord de coopération du 25 août 2020 détermine la fin des mesures liées à la publication de l'AR proclamant la fin de l'épidémie de coronavirus. Cet arrêt aura un impact sur toute une série de mesures (ex : PLF, base de données, autorisation personnes non qualifiées à exercer des actes de l'art</p>	<p>Le RMG ne considère pas qu'il soit actuellement opportun de mettre fin à la phase fédérale dans les prochains mois.</p> <p>Les membres rendront leur feedback pour ce lundi 13/09/2021 à midi concernant les principaux points à risque identifiés liés à l'arrêt potentiel de la phase fédérale et sur la façon dont ils envisagent la coordination de la phase d'arrêt et de la phase post-</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>infirmier,...). Ce qui par extension pourrait mettre en péril de nombreux projets en cours. C'est pourquoi il est nécessaire de déterminer quelles mesures doivent être prolongées. Legal covid a fait des propositions de modifications (cfr. : tableau récapitulatif), celles-ci doivent être validées par les instances compétentes impliquées.</p> <p>La cellule de crise va mettre en place un GT (réunissant l'INAMI, la DGGS et des personnes ayant participé à la création des accords de coopération) afin de faire une proposition sur le long terme.</p> <p>Sciensano espère qu'on ne va pas décider de la fin de l'épidémie au vu du contexte épidémiologique actuel. Il demande si le RAG sera celui qui sera en charge de déclarer cette fin comme ce fut le cas pour l'activation de la loi pandémie.</p> <p>Legal covid ne dispose pas de l'information.</p> <p>La FWB se demande si le même travail sera effectué pour tout ce qui se rapporte à l'outillage technique.</p> <p>Le but de cette présentation est surtout d'informer les membres sur les implications liées à l'arrêt de la phase fédérale. Entre-temps le Commissariat et le Centre de crise ont également adressé un email afin d'interroger les différentes entités et cellules de crise départementales à ce sujet. Suite à la décision OCC du 20 août il est demandé à ceux-ci de réfléchir à cette phase de transition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que voit-on comme point à risque si on arrête la phase fédérale. - Qu'est-ce qui doit absolument rester après la phase fédérale et comment procéder (cfr. : quelle réglementation) ? <p>Dans le mail du NCCN, une réponse est attendue au plus tard pour le 11/09/2021 (cfr. : COFECO le 13/09 et Comité de concertation le 17/09). Les membres regrettent une deadline si courte pour une question si importante.</p>	<p>fédérale. Le secrétariat de RMG transmettra au Commissariat ces inputs.</p> <p>En ce qui concerne le cadre juridique relatif aux capteurs de CO2 dans les établissements de soins, un groupe de travail juridico-technique coordonné par Legal covid sera organisé pour discuter d'un projet de texte. Le groupe de travail sera composé de représentants des différents services juridiques. Les entités sont priées d'envoyer les coordonnées de leur représentant respectif au secrétariat du RMG, qui les transmettra à legal covid. Ces derniers enverront une invitation pour la réunion de la semaine prochaine. Un retour d'information sera donné lors du RMG du 23/09/2021, puis la proposition sera transmise à la Préparatoire/CIM. Le président du RMG contactera la DG Environnement pour l'informer des compétences existantes des Communautés en matière de mesures de lutte contre les risques sanitaires liés à la pollution intérieure (entre-temps fait).</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le souhait de l'OCC est que cette phase fédérale s'arrête le plus vite possible. Mais le RMG indique qu'il est encore trop tôt pour arrêter cette phase fédérale (cfr. : critères d'urgence épidémiologique) et donne le signal qu'on est toujours en situation d'épidémie/de pandémie.</p> <p>Une présentation en RMG sur la loi Pandémie sera prévue ce lundi 13/09/2021.</p> <p>Bruxelles indique déjà qu'une chose qui devra subsister est la gestion des lieux hospitaliers car cela doit faire office de discussions entre entités.</p>	
<p>3.2. Preventive testing with rapid tests in companies (<i>Discussion - AZ&G</i>)</p>	<p>L'agence flamande « Zorg & Gezondheid » attire l'attention du RMG sur le fait que de nombreuses entreprises effectuent encore un screening au moyen de tests rapides auprès de travailleurs totalement vaccinés, et demande qu'un courrier soit adressé aux médecins du travail. Le recours aux tests rapides dans ce contexte n'est pas indiqué si le travailleur concerné n'est pas en contact avec des groupes à risque.</p> <p>Dans le groupe de projet flamand Testing, les maisons de repos et de soins demandent d'également dépister les personnes vaccinées à l'aide d'un test rapide, du fait que quelques foyers ont déjà été constatés. Il y a aussi un grand nombre de tests disponibles qui, sans cela, seront bientôt périmés. La faible utilisation des tests rapides s'explique en partie par le fait que ces tests doivent être prélevés par du personnel infirmier. Les MRS intéressées en Flandre ont déjà pu commander des tests rapides.</p> <p>Le Commissariat vérifie si, dans le cadre de COVAX, il est possible de faire don de tests rapides aux pays ou régions qui en ont besoin.</p> <p>La Flandre signale qu'il est difficile de refuser aux MRS et entreprises de prélever des tests. Cela confère aussi plus de garantie et un sentiment de sécurité aux entreprises et MRS. A contrario, ces tests peuvent donner un faux sentiment de sécurité vu la faible probabilité de pré-test positif par rapport à d'autres indications.</p>	<p>Le secrétariat du RMG écrit aux médecins d'entreprise/SPF Emploi concernant les directives relatives à l'utilisation des tests rapides.</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	Le secrétariat du RMG écrira aux médecins d'entreprise concernant les directives relatives aux tests rapides.	
4. Surveillance and detection		
4.1. Monitoring/warning system indicators (<i>Information – Sciensano</i>)	<p>Le RMG avait demandé à Sciensano de fournir à nouveau les données relatives à la surveillance syndromique (monitoring en temps réel avec détection d'alerte de syndromes cliniques et données pré-diagnostiques) dans le cadre de la préparation aux pandémies, conformément aux recommandations de l'OMS et de l'ECDC. Un objectif majeur de la surveillance syndromique est la détection précoce en temps réel de menaces et leur impact clinique (p. ex. maladies infectieuses et non infectieuses (résultant d'actes de bioterrorisme, facteurs environnementaux...)). Sciensano a effectué la proposition d'indicateurs suivante :</p> <p>Proposition <i>Étant donné que ce type de données revêt actuellement une importance encore plus grande pour le suivi de la santé publique, une alternative consisterait à mettre en place une surveillance fortement simplifiée de données pré-diagnostiques dans les services d'urgences.</i></p> <p><i>L'enregistrement pourrait se limiter à la plainte principale (sur la base de la classification ICPC-2), à quelques paramètres socio-démographiques et à une évaluation de la gravité (comme définis aujourd'hui dans l'enregistrement AMBUREG¹, l'enregistrement obligatoire des données d'intervention de tous les services ambulanciers agréés en Belgique). L'ajout du numéro de registre national permettrait de consulter les données au niveau du patient (vu le risque d'avoir un nombre relativement élevé de patients récurrents dans cette population), et permettrait à terme de relier les données à d'autres registres afin de davantage encore rationaliser l'enregistrement et de limiter la charge d'enregistrement.</i></p>	<p>Le RMG soutient sur le principe la proposition de Sciensano 'Proposition alternative à l'enregistrement UREG dans le cadre de la surveillance syndromique', et souligne la valeur ajoutée et la nécessité d'un tel système de surveillance. Il approuve la poursuite de l'élaboration de ce concept ; à cette fin, une consultation entre Sciensano et les communautés est prévue, Sciensano apportera au RMG un feedback à ce sujet. Le secrétariat RMG se renseignera auprès de la DGGS concernant l'état d'avancement des actions au sein du groupe de travail concernant l'ancien UREG.</p>

¹ <https://www.health.belgium.be/nl/ziekenwagenregistratie-ambureg>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La classification ICPC-2 (ou ICPC-3)² est également utilisée dans d'autres pays européens comme base pour définir la plainte principale³.</i> <p><i>L'avantage d'utiliser les variables AMBUREG est que ces données sont déjà collectées pour les patients qui arrivent en ambulance à l'hôpital, ce qui permet d'éviter une double charge d'enregistrement.</i></p> <p>La Flandre soutient cette proposition et fait également référence à une question dans le joint external evaluation relative aux défauts dans le système belge. Ne serait-ce pas là une réponse appropriée d'implémenter cela?</p> <p>Il est important de tenir compte de la charge de travail qu'impliquera cet enregistrement. Est-ce que l'on attend quelque chose de supplémentaire du personnel ou est-ce que cela peut se faire via le système d'enregistrement préexistant ?</p> <p>Sciensano indique que dans un premier temps il s'agira peut-être d'un enregistrement manuel (cfr. : informations supplémentaires concernant les symptômes).</p>	

² World Organization of Family Doctors. International Classification of Primary Care, (ICPC-2). 2nd ed; 2016.

³ Levola JM, Sailas ES, Säämänen TS, Turunen LM, Thomson AC. A register-based observational cohort study on persistent frequent users of emergency services in a Finnish emergency clinic. BMC Health Serv Res. 2019 Nov 21;19(1):881.

Malmström T, Huuskonen O, Torkki P, Malmström R. Structured classification for ED presenting complaints - from free text field-based approach to ICPC-2 ED application. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2012 Nov 24;20:76.

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>La planification hospitalière est une compétence des communautés, à l'avenir une approche coordonnée sera nécessaire pour implémenter cela.</p> <p>L'AViQ note l'amplitude qu'un tel outil pourrait prendre. On a parlé que de la mortalité mais il y a aussi les syndromes neurologiques dont on peut tenir compte. Si on avait eu ça au niveau du covid depuis le début, on aurait pu suivre l'évolution. Surveiller des syndromes aide vraiment à prendre un temps d'avance en cas de crise.</p> <p>A ce jour aucune proposition concrète n'a été faite, le RAG a juste proposé une série d'indicateurs.</p> <p>A terme, le souhait est de développer le suivi de l'enregistrement et l'analyse des données. Le système devra être testé dans un premier temps pour en évaluer la fiabilité.</p> <p>Cette proposition va être discutée avec les communautés, un retour en RMG sera prévu. Le secrétariat s'informerera auprès de la DGGS pour voir ce qu'il en est à leur niveau (cfr. : UREG)</p>	
<p>4.2. Advices RAG Testing (<i>Validation – Sciensano</i>)</p>	<p>Sciensano a présenté l'avis du RAG Testing 'Recommandations pour l'utilisation des tests PCR multiplex pour la détection simultanée du SRAS-COV-2 et d'autres infections respiratoires' dont voici les principales recommandations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Que les autorités compétentes prennent une décision dans les meilleurs délais concernant le remboursement des tests PCR pour les infections respiratoires autres que COVID-19 (y compris les tests multiplex).</i> • <i>Que les tests multiplex qui détectent simultanément le SARS-CoV-2 et d'autres agents pathogènes respiratoires sont utiles dans les périodes où plusieurs agents pathogènes respiratoires sont en circulation, comme lors d'une épidémie simultanée de COVID-19 et de grippe.</i> 	<p>Le RMG valide les avis du RAG testing suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Recommandations pour l'utilisation des tests PCR multiplex pour la détection simultanée du SRAS-COV-2 et d'autres infections respiratoires' • 'L'utilisation de salive et des écouvillons nasaux pour la détection du SARS-COV-2'

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>L'utilisation de ce type de test multiplex est prioritairement destinée aux patients souffrant ou risquant de souffrir d'une infection respiratoire aiguë (IRA) grave. Il s'agit principalement de patients en hôpital (hospitalisés ou aux urgences) présentant une IRA grave ou à risque d'IRA grave (tels que les patients immunodéprimés, les patients avec comorbidités graves et les personnes âgées).</i> • <i>La deuxième priorité concerne les résidents des maison de repos et des soins atteints d'une IRA, en particulier dans un contexte de clusters.</i> • <i>L'utilisation de tests multiplex en médecine générale n'est actuellement pas recommandée, mais peut être envisagée à long terme.</i> • <i>Les tests multiplex ne doivent être utilisés que si le diagnostic différentiel conduit effectivement à une meilleure approche, telle que des mesures d'isolement appropriées, l'évitement d'investigations et de traitements supplémentaires et inutiles, ou une prise en charge clinique appropriée.</i> <p>Le contenu de cet avis reste conforme à celui de l'année dernière, aucune modification en termes d'implémentation n'est prévue.</p> <p>La Flandre demande s'il y aura un intérêt à avoir recours à des tests multiplex quand la grippe arrivera.</p> <p>Sciensano indique que ce ne sera pas utile pour toutes les personnes hospitalisées. Par contre pour quelqu'un qui a une infection sévère, il sera important de savoir si on peut exclure le covid ou pas, notamment pour la prise en charge à suivre.</p> <p>La surveillance sentinelle sera utilisée comme indicateur pour avoir une vue sur quand les virus arrivent. Mais il faudra être plus proactif que cela et ne pas attendre ce signal pour tout mettre en place.</p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Les multiplex sont déjà partiellement en vigueur, pour le moment à la charge du patient.</p> <p>Sciensano prendra contact avec l'INAMI mercredi prochain à ce sujet.</p> <p>Sciensano a présenté l'avis du RAG Testing 'L'utilisation de salive et des écouvillons nasaux pour la détection du SARS-COV-2', ci-dessous les recommandations principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le RAG Testing considère que les recommandations actuelles concernant l'utilisation d'échantillons de salive et d'écouvillons nasaux antérieurs sont toujours valables.</i> • <i>Leur utilisation est déjà possible dans plusieurs situations et cela devrait être communiqué plus clairement aux prestataires de soins de santé.</i> • <i>Les échantillons de salive sont actuellement déjà considérés comme une alternative acceptable pour les tests RT-PCR dans :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>les patients présentant des symptômes <=5 jours ;</i> ○ <i>lorsqu'un prélèvement nasopharyngé ou un prélèvement combiné nez-gorge est très difficile ou impossible, par exemple en cas de malformation de la cloison nasale, chez les patients très jeunes, chez les patients souffrant de troubles psychiatriques ou chez les patients qui ressentent une douleur ou un inconfort excessif lors du prélèvement nasopharyngé ou du prélèvement combiné nez-gorge ;</i> ○ <i>dépistage répété ;</i> ○ <i>le dépistage avant de participer à un événement.</i> • <i>Les échantillons de salive sont obtenus de préférence après un raclage de gorge, comme décrit dans le protocole préparé à cet effet.</i> • <i>Les écouvillons nasaux antérieurs ou mi-turbiné sont déjà considérés comme une alternative acceptable pour les:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>tests RT-PCR ou Ag rapides chez les patients présentant des symptômes <=5 jours dans les cas où le patient ressent trop de</i> 	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p><i>douleur ou d'inconfort avec un écouvillon nasopharyngé ou combiné nez-gorge ;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>autotests.</i> <p>Le président RMG remarque que le dernier point a également été soulevé dans le cadre de la TF Testing</p>	
5. Health care		
6. Stocks and shortages		
7. Communication		
8. International		
9. Date next meeting / agenda <i>(approval)</i>		La prochaine réunion aura lieu le lundi 13/09/2021 de 15h30 à 17h.
10. AOB		
10.1. Article in "De Morgen" about quarantine in a secondary school (<i>Feedback – AZ&G</i>)	Les mesures prises ont été examinées lors de la concertation des bourgmestres en Flandre. Les pouvoirs locaux concernés ont été informés du fait que la décision prise n'est pas conforme aux directives établies.	
10.2 RMG's internal rules (Validation – FPS Public Health)	Le règlement d'ordre intérieur a été adapté en fonction du feed-back des membres. La règle relative aux votes au sein du RMG a été supprimée. Le RMG valide le document.	Le ROI du RMG est validé

Participation list

Last Name	First Name	Organization	Email
Alen	Victor (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	victor.alen@health.fgov.be
Bossuyt	Nathalie	Sciensano	nathalie.bossuyt@sciensano.be
Callens	Michiel	Vlaanderen	Michael.callens@vlaanderen.be
De Ridder	Ri	Kabinet Vandenbroucke	Ri.DeRidder@vandenbroucke.fed.be
Gijs	Geert	FOD Volksgezondheid	Geert.Gijs@health.fgov.be
Hitabatuma	Vincent	FWB	Vincent.HITABATUMA@gov.cfwb.be
Kalimira	Nyota (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	nyota.kalimira@health.fgov.be
Lernout	Tinne	Sciensano	Tinne.Lernout@sciensano.be
Pardon	Paul	FOD Volksgezondheid (Voorzitter RMG)	paul.pardon@health.fgov.be
Van Veldhoven	Matthias	FOD Volksgezondheid	Matthias.Van Veldhoven@health.fgov.be
Verbeken	Bert (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	Bert.Verbeken@health.fgov.be
Kombadjian	Mona	FOD Volksgezondheid	mona.kombadjian@health.fgov.be
Delandsheere	Pierre	FOD Volksgezondheid	Pierre.delandsheere@health.fgov.be
Yacoubi	Kenza	Région Bruxelles-Capitale	kyacoubi@gov.brussels
Borms	Maurien	FOD Volksgezondheid	maurien.borms@health.fgov.be
Detaille	Emilie	cabinet Christie Morreale	emilie.detaille@gov.wallonie.be
Haulotte	Delphine	Cabinet Glatigny	Delphine.HAULOTTE@gov.cfwb.be
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.be
Lardennois	Miguel	Région Bruxelles-Capitale	mlardennois@gov.brussels
Martens	Tina	Région Bruxelles-Capitale	
Van Gucht	Steven	Sciensano	steven.vangucht@sciensano.be
Wildemeersch	Dirk	Vlaamse Overheid	dirk.wildemeersch@zorg-en-gezondheid.be