

MINUTES OF THE MEETING

DATE: 09/11/2020

HOURS: 16h00-18h00

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
1. Approval agenda and report		
1.1. Report Previous meeting (<i>approval</i>)	En attente des remarques de Sciensano.	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport approuvé sauf si des adaptations sont nécessaires après relecture par Sciensano.
1.2. Agenda (<i>approval</i>)	Ajout du point 5.2 et 1 Divers EWRS	<ul style="list-style-type: none"> • Ordre du jour approuvé.
1.3. RMG Dashboard (<i>information</i>)		
2. Situation overview (information)		
2.1 Epidemiological overview (<i>information – Sciensano</i>)	<p>Sciensano a jeté un bref regard sur la situation épidémiologique actuelle, mais un rapport plus détaillé de la part du RAG suivra dans le courant de cette semaine.</p> <p>La diminution du nombre de cas se poursuit : on compte actuellement environ 9500 cas positifs par jour contre 15 800 la semaine précédente. Le taux de positivité a également diminué et avoisine les 25%.</p> <p>Le nombre d'analyses de tests chute également à 45 000 (contre 80 000 il y a deux semaines), mais on ne voit pas clairement quelle est la cause de cette baisse, car elle a rapidement suivi la mise en œuvre des nouvelles mesures. En outre, il est possible que des personnes symptomatiques se fassent moins (rapidement) tester.</p> <p>Outre les signaux positifs précités, le nombre d'admissions diminue légèrement (596 par jour), le nombre d'admissions en USI continue d'augmenter, mais moins rapidement qu'auparavant. Les hôpitaux n'appliquent aucune priorisation au niveau de leur politique d'admission, tous</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>les patients qui nécessitent une hospitalisation sont effectivement hospitalisés. Le groupe HTSC suit cela de près et prendra des mesures s'il reçoit un signal d'un refus d'un patient sans raison médicale fondée.</p>	
<p>3. Prevention</p>		
<p>3.1. Feedback FAGG flu vaccination</p>	<p>La CIM avait précédemment pris la décision de supprimer la seconde phase de vaccination (29/10/2020) afin de prioriser les personnes les plus à risque faisant partie des groupes de catégorie A (+60 ans, comorbidité, personnel soignant). Actuellement la situation s'est dans l'ensemble calmée dans les pharmacies. L'AFMPS est en train de réfléchir aux possibilités de pouvoir rediriger les vaccins déjà achetés par des entreprises. Le problème est que légalement ceux-ci ne peuvent pas être ramenés dans le circuit pharmaceutique, en effet, chaque médicament est lié à un identifiant unique, et celui-ci est désactivé à la sortie. L'AFMPS indique qu'une possibilité serait que l'échange se fasse entre médecins (ex. : médecin d'entreprise cède son stock), mais l'agence n'est pas encore très loin dans cette réflexion. A noter également que certaines organisations internationales (OTAN et Commission Européenne) ont demandé si on ne pouvait pas étendre la priorisation à certains membres de leur personnel. Le FAGG indique que sur ce point ils ne voient pas de raison de changer.</p> <p>Sciensano informe le RMG du fait que comme ils sont considérés comme personnel de soins, un rendez-vous leur a été fixé la semaine prochaine pour se faire vacciner et fait part de son étonnement.</p> <p>Un membre du RMG indique avoir eu des échos de pharmacies continuant à donner des vaccins à des personnes qui avaient commandé leurs vaccins en septembre/octobre mais qui ne figurent pas dans le groupe cible A. L'AFMPS précise qu'il est en effet possible que des personnes figurant dans le groupe B reçoivent encore des vaccins, car la priorisation n'est qu'une recommandation, pas une obligation. Il répète :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durant la phase 1, donner la priorité aux personnes à risque du groupe A est recommandé ○ La phase 2 a été annulée. 	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>La dernière mise à jour de l'AFMPS peut se trouver via le lien suivant : https://www.afmps.be/fr/news/vaccination_contre_la_grippe_priorite_absolue_pour_proteger_les_personnes_les_plus_vulnerables</p> <p>Là, il a été indiqué le 29.10 que dans un délai d'un mois, la couverture vaccinale du groupe cible à risque prioritaire (catégorie A) serait évaluée. La disponibilité des vaccins sera ensuite évaluée pour la vaccination des personnes âgées de 50 à 65 ans qui n'ont pas de maladie chronique, qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé et qui ne vivent pas avec une personne atteinte d'une maladie chronique ou avec des personnes âgées de 65 ans et plus (catégorie B). D'ici là, aucun vaccin ne sera fourni à ce groupe cible. La deuxième phase, destinée au reste de la population et qui devait commencer le 15 novembre, sera donc annulée.</p>	
<p>3.2. Situation overview in hospitals – feedback HTSC</p> <p>A. Problematic respect of hygiene rules in hospitals and limited availability of PPE</p> <p>B. Psychosocial wellbeing and visits in hospitals and other care institutions</p>	<p>Sur les 1500 lits prévus en phase 2A en USI pour des cas COVID-19, 1474 sont actuellement occupés (09/11/2020). Aujourd'hui, les hôpitaux étaient censés monter en puissance en phase 2B, ce qui impliquerait qu'au total 2000 lits seraient prévus en USI pour des cas COVID-19. Ces 2000 lits semblent actuellement irréalisables en raison d'un manque de personnel. Les hôpitaux comptent pour l'instant 1728 lits disponibles en USI pour des cas COVID-19, ce qui offre donc une certaine marge. Le HTSC demande aux hôpitaux de fournir des chiffres en matière de capacité de lits de façon toujours aussi réaliste que possible, et donc de ne comptabiliser que des lits pour lesquels du matériel et du personnel sont disponibles.</p> <p>En ce moment, les hospitalisations continuent d'augmenter dans le Hainaut, tandis qu'à Bruxelles et à Liège une petite diminution est à signaler. Dans les autres provinces, on peut parler de stabilisation. La situation dans le Hainaut peut être considérée comme plutôt préoccupante, car les hôpitaux sont au-delà de leur capacité USI et refusent pour l'instant les transferts de patients vers d'autres hôpitaux, ce qui menace de compromettre d'autres soins.</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Aujourd'hui, la Belgique compte de 550 à 600 cas non-COVID-19 en USI, ce qui signifie donc qu'avec les cas COVID-19 nous sommes au-dessus des 2000 lits agréés depuis cinq jours à peu près. Si les hôpitaux n'avaient pas fourni des efforts supplémentaires, nous aurions dépassé notre capacité maximale.</p> <p>Au total, les hôpitaux belges ont transféré 1032 patients vers d'autres hôpitaux (en Belgique et en dehors) depuis début octobre. Ces derniers jours, moins de patients ont été transférés, ce qui peut s'expliquer par une capacité locale supplémentaire qui a été créée dans le cadre de la montée en puissance en phase 2B.</p> <p>Une projection linéaire selon les chiffres d'hospitalisation actuels prévoit que la capacité maximale en USI sera atteinte le 12 novembre. En fonction d'une (poursuite de la) diminution du nombre d'hospitalisations, cette situation peut survenir plus tard ou être évitée.</p> <p>Le HTSC dispose de plusieurs pistes, si nécessaire, pour décharger les hôpitaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux Länder allemands peuvent accueillir des patients ; - Des hélicoptères sont disponibles pour les transports sur de longues distances ; - Le transport de patients en France par TGV ; - Des équipes internationales et/ou Médecins sans Frontières qui viennent soutenir notre secteur des soins. - Politique de lits dynamique <p>La première piste reste une option valable, mais il y a eu récemment une diminution des transports. Le recours au TGV pour des transports vers la France ne semble pas une piste efficace pour l'instant, puisqu'une capacité existe ailleurs dans notre pays. De même, faire venir d'autres équipes internationales en Belgique ne semble pas une option pour l'instant vu le petit nombre de réponses positives et les modalités pratiques (cf. visa et possibilité de mobilisation rapide).</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Les hôpitaux misent à fond sur une politique de lits dynamique qui suppose un glissement plus rapide entre USI et services non-USI. Cette politique semble fonctionner, mais demande (encore) plus d'efforts de la part du personnel soignant.</p> <p><u>A. Respect problématique des règles d'hygiène dans les hôpitaux et disponibilité limitée d'EPI</u></p> <p>Le secrétariat du RMG a reçu des signaux que certains services hospitaliers sont occupés à la fois par des patients COVID-19 et non-COVID-19, que des masques sont "recyclés" et qu'à certains endroits, les règles d'hygiène ne seraient pas correctement respectées. Le relâchement de l'attention portée à de bonnes mesures d'hygiène est inquiétant et dérangeant car de tels signaux sont difficilement objectivables.</p> <p>Le son de cloche du HTSC est que les hôpitaux respectent en principe les mesures et règles d'hygiène existantes. Tout le personnel concerné respecte ces règles en principe, mais on ne peut jamais exclure que des erreurs humaines soient commises. Le HTSC s'efforce d'assurer un suivi de ce genre d'erreurs et si possible de détecter des problèmes structurels et de s'y attaquer.</p> <p>En outre, certains éléments augmentent le risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La politique de lits dynamique suppose aussi une politique de personnel dynamique, consistant à ce que du personnel "non formé" (cf. cours accéléré ou similaire) vienne soutenir les infirmiers. Ces personnes sont (en principe, de nouveau) au courant des mesures, mais ne bénéficient pas d'une formation de plusieurs années. C'est pourquoi on insiste pour que ce groupe de membres du personnel soit toujours sous la surveillance d'un membre du personnel compétent afin de réduire ainsi les risques potentiels. - La politique de lits dynamique <i>en soi</i> augmente le risque parce que des patients sont (plus rapidement) déplacés entre les services. 	<p>Le RMG souligne la grande importance d'un suivi correct des mesures d'hygiène et demande à tous les membres, dans le cadre de leur compétence, de continuer à accorder l'attention nécessaire à une mise en œuvre permanente de celles-ci dans les secteurs des soins.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>- La non-séparation en cohortes des patients COVID et non-COVID.</p> <p>L'ouverture de la discussion sur le non-respect des mesures de contrôle des infections et d'hygiène par le personnel hospitalier et soignant reste une affaire sensible. Il importe donc que nous osions continuer à évoquer le sujet tant via le RMG que via les canaux du HTSC.</p> <p>L'Agence "Zorg & Gezondheid Vlaanderen" (AZG) déclare qu'un mauvais respect des mesures d'hygiène est depuis longtemps un problème dans les MRS et qu'il y a là nécessité d'une culture où l'utilisation d'EPI devient la norme, c'est un travail de longue haleine.</p> <p>La Défense offre des formations dans les MRS sur l'utilisation des EPI et les mesures d'hygiène, mais elle est hélas limitée en capacité et ne peut pas aider chaque MRS. Du côté des MRS, on est en réalité souvent excessivement sollicité et il n'est pas toujours possible de libérer du temps pour une formation.</p> <p>En ce qui concerne les EPI, il existe des services qui n'ont jamais complètement arrêté la restérilisation de matériel, même si la plupart n'en sont pas partisans, cela reste un "plan B".</p> <p>La stérilisation de matériel EPI ayant déjà servi est susceptible de créer un malaise auprès du personnel soignant, d'où la demande du RMG de continuer à suivre cela de près. Le HTSC signale que le suivi est principalement assuré par les acteurs syndicaux, parce qu'eux aussi ne sont pas contents du recyclage de matériel EPI.</p> <p><u>B. Bien-être psychosocial et visites dans les hôpitaux et autres établissements de soins</u></p> <p>Pendant la première vague déjà, des règlements pour les visiteurs ont été établis. Depuis lors, peu de changements sont intervenus, mais c'est</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>éventuellement possible en termes de nombre de visiteurs ou similaire. Actuellement, la règle pour les adultes est d'1 visiteur par personne à condition que ce visiteur n'ait eu aucun symptôme de maladie au cours des 14 derniers jours, et de 2 visiteurs pour les enfants (les deux parents). Il est déconseillé à certains patients de recevoir des visites en raison de leur vulnérabilité. Dans la pratique, il est chaque fois prévu que le médecin en chef et/ou le médecin traitant peut évaluer la situation au cas par cas et examiner si une visite peut être autorisée ou non afin de trouver un équilibre sur le plan humain, par exemple dans des situations de soins palliatifs. Il s'agit de recommandations de la part du HTSC, ce ne sont pas des règles imposées. Les hôpitaux demandent toutefois de réglementer cela d'en haut et/ou de leur fournir des "leviers", car du fait que la décision est laissée aux hôpitaux individuels, il n'y a pas de politique univoque pour les visiteurs. Sur le terrain, cela se traduit par des règlements plus sévères ou plus souples par comparaison avec un autre hôpital. Ceci peut entraîner un mécontentement et une incompréhension auprès des visiteurs et des patients. La mise en place d'une réglementation univoque éviterait peut-être des discussions et des divergences (potentielles).</p> <p>Après la réunion précédente, le secrétariat du RMG a de nouveau contacté les acteurs concernés dans les MRS à ce sujet et les associations de patients (notamment la plate-forme des patients) pour s'informer de leurs expériences en matière de règlements de visites. Il est manifeste que cela continue de causer du souci en particulier pour les résidents et les groupes de population qui ont le moins voix au chapitre. Des directives existent, mais cela ne signifie pas qu'elles sont transposées telles quelles dans la pratique. Le problème est aussi difficilement objectivable/mesurable en ce moment et il semble qu'il n'existe aucune initiative active pour enregistrer les expériences des personnes les plus vulnérables à l'isolement, des familles qui n'ont pas pu rendre visite à des mourants/personnes décédées, etc.</p>	
<p>4. Surveillance and detection</p>		
<p>5. Health care</p>		

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
6. Stocks and shortages		
7. Communication		
8. International		
9. Date next meeting / agenda		La prochaine réunion du RMG se tiendra le jeudi 12 novembre de 16h à 18h.
10. AOB		
10.1 Feedback regarding workforce strategy	Prochaine réunion	
10.2 Role RMG	<p>Sciensano souligne que plus de flexibilité est nécessaire (cfr. : avis RAG pour les écoles) pour fournir à temps les avis aux autres organes. Dans le cadre du respect du rôle des structures existantes et de cette poursuite d'un fonctionnement efficace, le RMG doit discuter et valider les conseils du RAG.</p> <p>Dorénavant, on appliquera la procédure électronique pour valider les doc RAG. Sciensano transmettra la proposition d'ici demain pour validation Certains membres font la remarque que si avis différents sont émis, le RMG électronique ne permet pas les échanges. Le président répond que dans ces cas-là, un résumé des différentes vues sera rédigé. On communiquera de la manière la plus objective possible (minorité/majorité/collecte des remarques) Les avis RAG seront communiqués aux membres RMG par voie électronique (si nécessaire, la procédure sera adaptée), si le temps le permet, ils seront encore discutés en RMG.</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
<p>10.3 Update minks – situation in Belgium</p>	<p>Le RMG et le RAG Animaux suivent cette thématique depuis longtemps (voir aussi le rapport de juin). Le document que les membres ont reçu dans le cadre de cette réunion date du 3/11/2020, soit avant l'annonce par le Danemark d'un transfert du virus COVID-19 du vison à l'homme avec une éventuelle mutation du génome du virus. Le RMG attend par conséquent une actualisation du document par le RAG Animaux.</p> <p>Actuellement, il n'y a pas de problème en Belgique ; jusqu'à présent, aucune contamination chez des visons n'a été signalée, Sciensano suit cela de près avec l'Agence pour la sécurité alimentaire par le biais d'un système de surveillance. Si une contamination se présentait, un séquençage génétique serait effectué.</p> <p>Sciensano signale que pour l'instant, il n'y a aucune confirmation que la souche qui a muté réagisse moins bien aux anticorps que la souche classique ; en outre, avec les informations disponibles, il n'est actuellement pas exclu qu'il s'agisse d'une variation naturelle.</p>	
<p>10.4 EWRS contact tracing</p>	<p>Le président RMG aborde une nouvelle fois la question du suivi des HRC via la plateforme EWRS. Il indique que le problème est qu'on a aucune vue sur les performances à ce sujet (ex. : lorsqu'un cas index est détecté dans un vol, les personnes l'entourant sont prévenues, mais on n'a aucune vue sur ces personnes considérées comme HR). Il y a une sorte de zone grise, on ignore, parmi ces personnes, combien ont été testées positives. Comment pourrions-nous arriver à ces résultats ? Via Sciensano ce n'est pas possible (cfr. : anonymat du résultat). Cela demande beaucoup d'efforts et il semble que certains pays ont déjà arrêté ce type de tracing. Il serait intéressant d'avoir une vue sur ces données et de connaître les résultats de ce contact tracing pour voir s'il est vraiment pertinent de continuer à fournir autant d'efforts car le contact tracing via EWRS implique une charge de travail conséquente. Serait-ce possible via les entités fédérées ?</p> <p>La Flandre va se renseigner auprès des personnes compétentes pour voir s'ils pourraient parvenir à aboutir à ces données.</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Bruxelles indique que là ce serait possible si la personne dispose d'un code postal à Bruxelles et a été testée positive, sinon ce sera compliqué.</p> <p>Il est également souligné que ces contacts seront probablement peu nombreux, cela n'empêche qu'il serait bon d'avoir une idée du résultat de ces efforts communs.</p>	

List of participants

Last Name	First Name	Organization	Email
Alen	Victor (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	victor.alen@health.fgov.be
Callens	Michiel	Vlaanderen	Michael.callens@vlaanderen.be
Cocquyt	Griet (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	Griet.Cocquyt@health.fgov.be
Cormann	Karin	Deutschsprachige Gemeinschaft	karin.cormann@dgov.be
De Neef	Hans	Crisiscentrum	Hans.deneef@nccn.fgov.be
Decoster	Christiaan	Coordinator Federale Crisiscentrum	christiaan.decoster@health.fgov.be
Denonne	Charles	FAGG / AFMPS	charles.denonne@fagg-afmps.be
Detaille	Emilie	cabinet Christie Morreale	emilie.detaille@gov.wallonie.be
Frippiat	Frédéric	AVIQ	Frederic.Frippiat@aviq.be
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.be
Hercot	David	cabinet Alain Maron	dhercot@gov.brussels
Kalimira	Nyota (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	nyota.kalimira@health.fgov.be
Lernout	Tinne	Sciensano	Tinne.Lernout@sciensano.be
Mahieu	Romain	COCOM	rmahieu@ccc.brussel
Pardon	Paul	FOD Volksgezondheid (Voorzitter RMG)	paul.pardon@health.fgov.be
Tistaert	Thomas (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	thomas.tistaert@health.fgov.be
van de Konijnenburg	Cecile	FOD Volksgezondheid	cecile.vandekonijnenburg@health.fgov.be
Van der Auwera	Marcel	FOD Volksgezondheid	Marcel.Vanderauwera@health.fgov.be
Van Gucht	Steven	Sciensano	steven.vangucht@sciensano.be
Vandenbroucke	Elodie	Cabinet Linard	Elodie.VANDENBROUCKE@gov.cfwb.be
Wildemeersch	Dirk	Vlaamse Overheid	dirk.wildemeersch@zorg-en-gezondheid.be