

## MINUTES OF THE MEETING

DATE: 30/11/2020

HOURS: 16h00-18h00

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
<b>1. Approval agenda and report</b>		
1.1. Report Previous meeting ( <i>approval</i> )		<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport validé</li> </ul>
1.2. Agenda ( <i>approval</i> )		<ul style="list-style-type: none"> <li>Agenda validé</li> </ul>
1.3. RMG Dashboard ( <i>information</i> )		
<b>2. Situation overview (information)</b>		
2.1 Epidemiological overview ( <i>information – Sciensano</i> )	Tous les indicateurs sont à la baisse. La moyenne journalière au cours de la dernière période de 7 jours affiche 2323 nouveaux cas et 217 nouvelles hospitalisations par jour. 906 personnes séjournent actuellement en USI. Le nombre de tests reste globalement stable avec un taux de positivité de 10%. L'évolution semble globalement favorable, même si en Flandre il semble y avoir potentiellement une stagnation du nombre d'hospitalisations. Cette dernière situation devra être évaluée de façon plus approfondie avant de pouvoir tirer des conclusions.	
<b>3. Prevention</b>		
<b>4. Surveillance and detection</b>		
4.1. RAG advices for the use of Ag rapid tests (RAG subgroup testing)	Sciensano a fait part des recommandations RAG en termes de stratégie de testing, plus précisément en ce qui concerne l'utilisation de tests antigéniques rapides. Les recommandations sont disponibles sur	Le RMG valide les avis du RAG testing concernant l'utilisation des tests rapides antigéniques.

- a. RAG advice antigen tests in ambulatory care
- b. RAG advice antigen tests in secondary school clusters
- c. RAG advice antigen tests in occupational clusters

leur site web : <https://covid-19.sciensano.be/nl/missies-van-sciensano>.

Il est crucial que la sélection des tests antigéniques se limite à ceux qui sont adéquatement validés. Idéalement le seuil souhaitable de sensibilité doit être de minimum 90% pour les cas symptomatiques avec une apparition récente des symptômes et un temps de lecture de 20 minutes maximum. La liste des tests recommandés par l'AFMPS/FAGG est disponible sur le site internet : [https://www.fagg.be/sites/default/files/content/belgian\\_validation.xlsx](https://www.fagg.be/sites/default/files/content/belgian_validation.xlsx).

Dans un premier temps, les tests seront recommandés pour :

- 1) Le test de personnes symptomatiques (symptômes d'une infection des voies respiratoires depuis  $\leq 5$  jours) dans un cabinet de médecin généraliste, un centre de triage/test ou un service d'urgence.
- 2) Le test de personnes dans le cadre d'une investigation d'un foyer de cas dans une collectivité (autre que MR/MRS)

Plusieurs protocoles concernant l'utilisation des tests antigènes rapides ont été élaborés par le RAG testing:

**a/ Protocole RAG pour le diagnostic de COVID-19 en soins ambulatoires**

Compte tenu de la grande sensibilité de ce test lorsqu'il est utilisé correctement, le risque de faux négatifs est très faible. Les résultats négatifs ne devront donc pas être vérifiés par un PCR sauf dans

les cas où il y aurait une forte suspicion de COVID-19.

**b/ Protocole RAG concernant les clusters dans les écoles secondaires (2 ou plusieurs cas)**

La Communauté française demande ce qu'il en est d'un protocole dans les autres niveaux d'enseignement (ex. : enfants de moins de 6 ans pas testés actuellement).

Sciensano explique que l'utilisation d'échantillons salivaires sont en examen mais cela prend du temps. Les clusters étant plus fréquents dans les écoles secondaires et puisqu'il n'y a à ce jour pas d'étude de tests Ag chez les enfants, il n'y a donc pour le moment pas d'indication pour des tests rapides chez les plus jeunes.

La Communauté française remarque également que dans les indications, il est mentionné que les tests rapides sont moins efficaces pour les asymptomatiques, or les gens qu'on va tester par test rapide ce sont justement les bas risques.

Sciensano explique que ces tests permettent de garder l'école ouverte et de voir s'il y a des personnes contagieuses à ce moment-là dans la classe. Il seront répétés 2-3 jours plus tard par sécurité. En outre, tester une personne asymptomatique dans le contexte de la recherche de cluster a une implication différente de celle de tester une personne asymptomatique en dehors de la recherche de cluster (prévalence attendue plus élevée).

L'ONE souhaite savoir que faire si un élève a cours dans 3 groupes différents ?

Sciensano explique qu'on a pas réussi à trouver une définition fixe pour ce qu'est une classe, c'est donc à

	<p>l'appréciation du médecin PSE (en fct de la durée de contact, du placement, de la ventilation...).</p> <p><b>c/ Protocole RAG concernant un cluster dans une entreprise</b></p> <p>La Communauté française remarque que d'un point de vue opérationnel ces tests Ag rapides vont engendrer des défis logistiques en termes de ressource humaine qualifiée et de processus. Sciensano explique que les protocoles ont été faits à la demande des entreprises/écoles afin d'éviter que tout le monde ne doive aller en quarantaine en cas de cluster. Les évidences scientifiques sur les tests Ag sont encore limitées mais évoluent, , dès lors, une révision de la stratégie de testing générale sera prévue une fois par mois (mi-décembre prochaine deadline).</p> <p>L'ONE souhaite savoir si le coût sera bien pris en charge par le fédéral puisque cela entre dans la stratégie du fédéral.</p> <p>L'INAMI couvre les coûts de testing dans le contexte de clusters. Sciensano explique que pour les révisions de stratégie, il faudra toujours préciser si les tests peuvent contribuer à la santé publique, et il y aura remboursement. Le RMG devrait éventuellement faire une distinction à ce niveau et définir les critères pour relever de la santé publique ou non.</p>	
<p><b>5. Health care</b></p>		
<p>5.1 Feedback RMG members on the interfederal research project COVID-19 and health</p>	<p>Le point en question sera de nouveau inscrit à l'ordre du jour le lundi 7 décembre. En outre, le RMG contactera le KCE. Cette décision résulte de la consultation des membres du RMG, comme évoqué ci-dessous :</p>	<p>Le point sera de nouveau agendé lundi 7 décembre et le RMG contactera entre-temps le KCE.</p>

	<p>La Flandre comprend la nécessité d'une coordination entre les acteurs concernés dans le domaine de la recherche sur la COVID-19. En revanche, elle n'est pas convaincue que ceci nécessite deux collaborateurs à temps plein alors que les différentes autorités soutiennent déjà des projets.</p> <p>Le président du RMG réagit à cela en demandant à nouveau qui va diriger ce travail de coordination. Le coordinateur de crise propose de contacter le KCE : celui-ci reçoit déjà un financement de la part des autorités (cf. Santé publique et Affaires sociales) pour effectuer ce genre de travail (d'étude).</p> <p>Les membres du RMG fourniront un feed-back supplémentaire de la part de leurs cabinets et de l'instance compétente pour la recherche scientifique dans leur communauté d'ici la semaine prochaine.</p>	
<b>6. Stocks and shortages</b>		
<b>7. Communication</b>		
<b>8. International</b>		
<b>9. Date next meeting / agenda</b>		La prochaine réunion RMG aura lieu jeudi 3 décembre de 16h à 18h.
<b>10. AOB</b>		
10.1 Feedback RMG members on the OST	La Région bruxelloise a fait part d'un état des lieux sur les OST. Chez eux, les équipes OST sont composées d'un médecin, d'une infirmière et d'un promoteur à la santé. Celles-ci sont activées dans un cadre de gestion de foyers/clusters ou lorsqu'il existe un risque.	

Le rôle de l'OST est pluriel :

- Enquête et suivi épidémiologique proactif ou réactif (par téléphone ou sur le terrain)
- Surveillance/conseils sur les mesures de prévention et de contrôle infectieux
- Reporting sur le suivi/management des clusters
- Rôle de santé communautaire via la sensibilisation/formation des acteurs de terrain

Les OST ont été divisées en fonction de publics cibles prédéfinis, on dénombre 6 types d'OST au total :

- OST interne Cocom (collectivité structurelles, secteur privés, enseignement)
- OST Belta (foyers communautaires, milieu carcéral, Fedasil)
- OST sans-abrisme (sans-abrisme de rue et logements précaires, centres d'hébergements)
- OST Iriscare (MR/S)
- Collaboration avec la CoCof (semi-OST, sans médecin) et Bruzel/Huis voor Gezondheid (médecin en recrutement)

Les OSTs entrent en action en fonction des informations apportées par différentes sources (Sciensano, Limesurvey, call-center, garde/notif-hyg, ONSS). Ils sont notamment appuyés par le call center « collectivités » (ou professionnels - le call center mise en place pour répondre à toutes les questions concernant les circulaires de tous les secteurs, pour le testing, etc - et qui est évalué vers l'entrée unique pour tous les MG et toutes les collectivités pour leurs questions et déclarations des foyers, et pour faire les premiers appels qualitatifs

d'investigation des signaux de foyers) qui effectue à leur demande des appels de compréhension/investigation.

La centralisation s'effectue au niveau de la cellule hygiène. Cette dernière a une vision d'ensemble et peut en fonction des priorités exercer un rôle de dispatching.

A noter que le dépistage de masse, lui, n'est pas pris en charge par les OST. On s'est rendu compte que ce n'était pas tenable donc les OSTs se chargent surtout de l'accompagnement. C'est pour cela qu'une équipe mobile de dépistage a été mise en place le 30/11. Enfin, certaines équipes OST vont être renforcées avec des field agents pour les zones les plus à risque. Premier pilote commence à se mettre en place pour 5 secteurs statiques.

Au niveau des lessons learned depuis la création de la 1<sup>ère</sup> OST en juin, ils ont remarqué que des problèmes en termes de reporting survenaient au début et ont donc amélioré leurs indicateurs. Un autre aspect primordial est la collaboration avec les autorités communales. Des SPOC ont été désignés dans chacune d'entre elles, permettant ainsi des actions très rapides sur le terrain. La région Bruxelloise souligne aussi la nécessité d'avoir une OST par publique spécifique (sans-abris, maisons de repos, secteur handicap). Il est aussi nécessaire de retrouver dans ces équipes au moins un médecin, une infirmière et quelqu'un formé en santé communautaire.

L'objectif est que certains OSTs resteront en place après la pandémie, d'autres pas (par exemple Belta se focalisera sur la prévention après la pandémie).

En fonction de l'ampleur de la pandémie, le focus change de l'intervention vers la prévention.

L'ONE se demande ce que les OST peuvent faire au niveau des écoles, du milieu d'accueil et de la petite enfance ainsi qu'au niveau des structures résidentielles pour éventuellement alléger la charge de travail. Car la question reste de savoir comment arriver à opérationnaliser ce protocole test rapide et comment trouver ces ressources humaines qualifiées...

Bruxelles explique que l'OST d'hygiène est focalisé sur tous les secteurs, celui de Belta et sans-abri sont dans le domaine des SCR; celui des MR/S est coordonné par Iriscare avec un 'dotted line' vers hygiène. Donc, il est envisageable de monter un modèle pour les écoles avec l'ONE dans ce même sens.

L'Aviq demande s'il y a une collaboration établie avec les infectiologues.

Bruxelles explique qu'il y a des échanges ad hoc au niveau des foyers, et pour aider dans des formations comme expert. A côté de ceci, toutes les MR/S ont fait un accord avec un hôpital afin qu'en cas d'urgence dans ces MR/S, une consultation peut avoir lieu entre ces services et les OST.

Le président a partagé brièvement avec les membres l'état des lieux des OSTs en Communauté germanophone. Un groupe de réflexion se réunit chaque semaine pour débattre des mesures. Il se compose des membres suivants :

- 1 délégué de l'inspection d'hygiène, cheffe COVID
- 1 secrétaire général du MDG



- 1 médecin généraliste et en santé publique, contra sur base honoraire
- 1 infirmière hygiéniste
- 1 secrétaire , contact cluster et secrétariat OST

Le groupe suit diverses institutions (WPZS, entreprises , écoles en collab avec Kaleido, sport, restaurant ,...). Une infirmière hygiéniste entreprend des visites sur place en guise de suivi si nécessaire. Aucun membre de l'équipe ne travaille à temps plein, ils cumulent tous leur fonction à un travail de base.

L'Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) a également mis sur pied des *outbreak support teams* qui assument trois tâches principales : formation et éducation en matière de lutte contre les maladies infectieuses, conseil, communication et coordination dans la gestion de foyers, soutien dans la stratégie de test + recherche des contacts et analyse de l'entourage.

Ces tâches sont principalement orientées vers les établissements de soins et les collectivités, mais si nécessaire également vers la communauté (comme les quartiers résidentiels et les entreprises).

À l'époque, il avait été prévu de constituer 15 équipes, soit une par zone de soins régionale, composée d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère) et d'un promoteur de la santé. Ces équipes bénéficient en outre d'un soutien administratif et d'une coordination. Dans l'intervalle, ces équipes ont été constituées pour les 2/3 environ, mais on rencontre (notamment) des difficultés pour trouver des médecins en Flandre occidentale et au Limbourg. On compense cela par la conclusion d'accords judicieux (cf. collaboration

interprovinciale) ou par le recours à des infirmiers supplémentaires. Ensuite, on continue d'étoffer les équipes existantes et celles-ci s'occupent activement de former du personnel.

L'AZG utilise ces équipes mobiles (*mobile teams* - MT) avant tout pour dispenser des formations et pour l'éducation, ce qui à terme représentera 70% de leurs activités. Actuellement, les MT soutiennent encore dans une large mesure les acteurs locaux dans l'identification de clusters et par la fourniture de conseils aux collectivités et aux établissements de soins. Elles font cela notamment par le biais d'entretiens téléphoniques, mais au besoin elles effectuent également une visite sur place.

Ces derniers mois, les MT ont dispensé 126 formations et 163 formations de ce genre sont encore planifiées au cours de la période à venir. Ceci démontre que les choses ont démarré lentement en septembre, en raison d'un nombre réduit de collaborateurs, mais qu'à partir de novembre on est parvenu à bien s'organiser. Pour ce qui est des analyses de clusters, elles offrent cela à toutes les structures, mais se focalisent principalement sur les maisons de repos et de soins (92% de toutes les formations).

Même si l'accent est mis sur les aides-soignants, elles touchent presque tout le monde dans la chaîne des soins : paramédicaux, médecins, infirmiers, personnel logistique, animateurs... En résumé, tout le monde a l'opportunité de participer aux formations. Les formations en question traitent de l'utilisation correcte des EPI, de l'hygiène des mains, de la séparation en cohortes et donnent une formation

générale sur la COVID-19. Tous ces sujets sont pour l'instant demandés dans la même mesure.

On peut en conclure que les MT en Flandre continuent de se développer et accomplissent activement depuis octobre leurs activités en matière de prévention des infections et de soutien en cas de foyer.

En marge des formations décrites ci-dessus, il arrive que des établissements de soins contactent des hôpitaux (locaux) ou d'autres instances pour demander des informations. L'AZG n'a de cela qu'une vision fragmentaire. En outre, au mois d'août, l'AZG a effectué des contrôles inopinés dans divers établissements de soins afin de vérifier dans quelle mesure les directives de prévention des infections sont respectées. L'AZG peut de la sorte mieux évaluer quelles structures nécessitent plus de savoir-faire. Ces établissements, avec ceux où il existe des foyers, sont identifiés comme prioritaires pour ces formations.

Pour ce qui est du caractère "répétitif" ou "obligatoire" des formations précitées, il est à souligner que l'AZG contacte les établissements de soins en fonction d'une liste de priorités afin de contacter d'abord ceux qui nécessitent des informations complémentaires. Ensuite, il est envisagé (peut-être) d'inscrire la formation en prévention des infections de façon permanente dans l'offre de formations.

Enfin, l'AZG souligne une nouvelle fois que le point de mire de ces MT se situe au niveau de leurs tâches de prévention et d'éducation et donc pas, par exemple, dans la réalisation de tests. Ainsi, les MT sont impliquées dans le travail préparatoire en

	<p>matière de testing, mais seront moins concernées par le testing de masse. Pour cela, il est plutôt fait appel à la capacité des centres de test et de tri. Un même raisonnement en découle pour la future vaccination de masse.</p> <p>Dans le cadre de l'aide sur le terrain, on pourrait encore examiner dans quelle mesure une collaboration structurelle est possible entre les équipes OST et HOST. Cette option n'a pas encore été pleinement étudiée puisque les HOST n'ont pas encore vu le jour.</p>	
10.2 Exceptions on quarantine	<p>La Région bruxelloise trouve qu'il est important que ces notions de fonction critique et de secteur essentiel soit bien harmonisées à travers les différents niveaux de pouvoir et demande si l'on ne pourrait pas apporter des précisions à ce document. Un tel document peut être utile pour, par exemple, déterminer la stratégie de vaccination.</p> <p>Le président RMG rappelle aux membres qu'un feedback concernant la note du Commissariat sur l'exception à la quarantaine et les professions essentielles leur avait été demandé le weekend du 21-22 novembre. La note a été modifiée en fonction et renvoyée au Commissariat. Cette dernière sera normalement abordée en Préparatoire aujourd'hui à 18h. Le président précise que le médecin du travail jouera un rôle clé dans ce processus puisqu'il connaît le mieux la situation. C'est lui qui jugera, dans l'entreprise ou l'institution, qui occupe vraiment une fonction critique.</p> <p>La Communauté française remarque que la difficulté est que ce n'est pas définit par secteur. Il y aura des</p>	

variations au sein d'un même secteur en fonction de ce que chaque médecin de travail définira comme critique.

Le président RMG explique qu'il est impossible de fixer une seule et même définition pour tous les secteurs, cela dépend du contexte. Ce sera donc la responsabilité des médecins de travail de tenir compte les différents aspects entrant en jeu. Un peu comme c'est déjà le cas au niveau de la priorisation pour la vaccination contre la grippe.

L'ONE pensait que c'était à l'employeur de rendre la liste du personnel critique.

Le président RMG précise que c'est à l'employeur en concertation avec le médecin de travail.

## List of participants

Last Name	First Name	Organization	Email
Pardon	Paul (voorzitter)	FOD Volksgezondheid	paul.pardon@health.fgov.be
Alen	Victor (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	victor.alen@health.fgov.be
Callens	Michiel	Vlaanderen	Michael.callens@vlaanderen.be
Denonne	Charles	FAGG / AFMPS	charles.denonne@fagg-afmps.be
Decoster	Christiaan	FOD Volksgezondheid	christiaan.decoster@health.fgov.be
Detaille	Emilie	cabinet Christie Morreale	emilie.detaille@gov.wallonie.be
Gijs	Geert	Commissariat	Geert.Gijs@commissariat.fed.be
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.be
Kalimira	Nyota (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	nyota.kalimira@health.fgov.be
Mahieu	Romain	COCOM	rmahieu@ccc.brussel
van de Konijnenburg	Cecile	FOD Volksgezondheid	cecile.vandekonijnenburg@health.fgov.be
Van Gucht	Steven	Sciensano	steven.vangucht@sciensano.be
Lernout	Tinne	Sciensano	Tinne.Lernout@sciensano.be
Deschutter	Iris	Agentschap Zorg en Gezondheid	iris.deschutter@zorg-en-gezondheid.be
Frippiat	Frédéric	AVIQ	Frederic.FRIPPIAT@aviq.be
Tristaert	Thomas	FOD Volksgezondheid	thomas.tistaert@health.fgov.be
Haulotte	Delphine	CFWB	delphine.haulotte@gov.cfwb.be
Quoilin	Sophie	Sciensano	sophie.quoilin@sciensano.be
Cuypers	Sophie	FOD Volksgezondheid	sofie.cuypers@health.fgov.be