

MINUTES OF THE MEETING

DATE: 21/12/2020

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 validé à condition de prendre acte des remarques de Sciensano.
1.2. Agenda (approval)		<ul style="list-style-type: none"> Agenda validé
1.3. RMG Dashboard (information)		
2. Situation overview (information)		
2.1 Epidemiological overview (Information – Sciensano) UK Mutation (threat assessment) (Information, validation – Sciensano)	<p>Le RAG a présenté son analyse de risque de la souche mutée de la COVID qui a été observée au Royaume-Uni. Il y aurait une forte corrélation entre l'augmentation du nombre de cas dans une certaine région et la circulation de la souche en question. Un lien de cause à effet et, donc, une contagiosité accrue n'ont pas encore été confirmés.</p> <p>Selon les experts concernés, tant du RAG que du RMG, une hausse générale du nombre de cas était prévisible, vu les comportements que nous remarquons au sein de la population au cours de la même période, quelle que soit la souche du virus en circulation. Il est et reste important de bien respecter les mesures actuelles et futures, et d'intervenir si nécessaire. Une autre et/ou nouvelle variante n'exclut pas le fait que le non-respect ou un assouplissement des restrictions peuvent engendrer une augmentation du nombre de cas.</p>	<p>Le RMG valide le rapport épidémiologique et l'avis du RAG Epidemiology sur le risque de mutation COVID-19 au Royaume-Uni.</p> <p>Le RMG fait appel aux responsables de la communication du NCCN, du Commissariat Corona et du SPF Santé publique pour rationaliser la communication sur la quarantaine et les tests post-voyage sur les différents canaux d'information publique.</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Afin d'améliorer la surveillance des différentes souches virales en Belgique, on établit actuellement une liste des laboratoires équipés pour assurer cette surveillance et un plan de surveillance est en cours d'élaboration.</p> <p>On doit aussi être conscient du fait que la pratique du « séquençage génomique » n'est pas appliquée partout et que de nombreuses variantes différentes peuvent déjà circuler. C'est une raison supplémentaire pour imposer une quarantaine et un testing aux voyageurs de retour de zones rouges et de s'y tenir.</p> <p>Le RMG insiste aussi sur le fait que de nombreuses zones d'ombre persistent autour de l'obligation de quarantaine et de testing pour les voyageurs en provenance de zones rouges. Plusieurs membres avaient compris que, peu importe le score de l'outil d'auto-évaluation (SAT), tout le monde était tenu de se mettre en quarantaine et de se faire tester le 7^{ème} jour après le retour d'une zone rouge (et un séjour de plus de 48 heures). Le comité de concertation (OCC) du 18 décembre 2020 a décidé de ne pas (encore) instaurer cette obligation générale, mais de continuer à utiliser le SAT : seules les personnes dont « le risque d'infection par le comportement dans une zone à haut risque est estimé comme étant faible » ne doivent pas se mettre en quarantaine et ne doivent pas se faire tester. Les membres du RMG signalent néanmoins être favorables à une obligation de se mettre en quarantaine et de se faire tester en début de quarantaine pour tous les voyageurs qui reviennent des zones concernées quel que soit le résultat du SAT vu que ce dernier donne une évaluation subjective.</p> <p>Par ailleurs, tous les canaux de communication officiels doivent faire passer un seul message cohérent et constructif. Il faut toujours éviter, le plus rapidement et le mieux possible, de diffuser sur ces canaux des messages contradictoires et des informations, protocoles, etc. dépassés. Le RMG attire une nouvelle fois l'attention des différents responsables communication du NCCN, du commissariat Corona et du SPF Santé publique sur ce point.</p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Il a également été demandé une plus grande coordination européenne en ce qui concerne les contrôles aux frontières et les restrictions de voyages ; en effet, il n'est pas logique que l'Europe s'oppose à l'interdiction de voyager et ne cesse de mettre l'accent sur la quarantaine, qui est toutefois difficile à faire respecter et qui, en plus, donne lieu à des contrôles (aux frontières). Surtout aussi parce que l'Europe dit également que les restrictions aux frontières doivent se faire de manière coordonnée. Le fait que les voyages non essentiels ne soient pas tout simplement interdits reste donc contradictoire.</p>	
<p>2.2 Methodology of COVID-19 deaths between 20 countries and the share of the SSC in the number of deaths (Information – Sciensano)</p>	<p>1^{er} Partie : Mortalité COVID-19 en Belgique: Il y a une corrélation élevée entre mortalité COVID-19 et toutes causes confondues durant les 2 vagues de l'épidémie. Lors de la canicule de cet été on constate peu de décès COVID-19 durant la vague de chaleur d'août 2020, les personnes décédées ne sont pas en lien avec la COVID.</p> <p><u>Les différences par rapport au statut diagnostic:</u> Pour rappel tout au début de l'épidémie, l'on a pas pu tester un grand nombre de personnes. Lors de la 1^{er} vague de Mars au 21 Juin 2020 ; 69% des décès Covid 19 ont été confirmés par un diagnostic labo, 27% de cas possibles et 4% par scanner. Tous les décès sont actuellement confirmés par un test de laboratoire.</p> <p><u>Lieux de Décès :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lors de la 1^{er} vague ; 50% des décès ont lieu en MR, 49% à l'hôpital et 1% dans les autres lieux. - Lors de la période Inter-Wave du 22 Juin au 30 Août 2020 ; 73% de décès en Hôpital - Actuellement 2^e vague (31 Août au 18 Décembre) ; 63% des décès ont lieu à l'hôpital et 36% en MR <p><u>Profils des décès :</u> « Résidents de maisons de repos » versus « non-résidents de MR(S) » Durant la première vague, 63% des décès COVID-19</p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>étaient des résidents de MR(S) (tous lieux de décès confondus), ça représente 1 décès sur 2. Actuellement 49% des décès Covid sont en MR . Et sur la totalité de l'épidémie, on a dépassé les 10.000 résidents en MR décédés. Depuis le début de l'épidémie, 57% des décès COVID-19 sont des résidents de MR(S).</p> <p><u>Où les résidents de MR(S) sont-ils décédés?</u> Durant la 1ère vague, 78% des décès COVID-19 parmi les résidents de MR(S) ont eu lieu en MR(S) et c'est ce qu'il se passe aussi actuellement. (similarité avec la 2ème vague).</p> <p><u>Décès des résidents de MR(S) par régions ;</u> (la proportion des décès des résidents de MR(S)) Lors de la 1^{er} vague ; 3000 décès en Flandre ce qui représente 63% des décès Covid et les proportions sont +/- identiques avec les autres régions Lors de la 2ème vague : Flandre (58%) > Wallonie (43%) > BXL (37%)</p> <p><u>L'hospitalisation COVID-19 des résidents de MR ;</u>Le pourcentage de résidents hospitalisés sur le total des patients hospitalisés pour COVID-19, est plus élevé parmi les plus de 65 ans. 25% des hospitalisés de plus de 65 ans étaient des résidents de MR et beaucoup moins dans cette seconde vague +/- 17%. La proportion de résidents de MR(S) hospitalisés est plus élevée durant la 1ère vague (25,4%) par rapport à la 2ème vague (17%).</p> <p><u>La proportion de résidents de MR(S) en Belgique par rapport à d'autres pays ;</u> en termes de nombre de lits de MR(S) pour 100 000 habitants, l'OMS classe la Belgique au 2ème rang (1 232) derrière la Suède (1 276) et devant la Finlande (1 152) et l'Allemagne (1 120). La Belgique se situe donc largement au-dessus de la moyenne européenne. L'OCDE classe en 2014 la Belgique au 1er rang quand on regarde les proportions des populations vivant en LTCF (long-term care facilities) : 9% des 65+ ans vivent en MR en Belgique et 24% des 80+ ans, suivi de la Suisse, Lux et Pays-Bas. Et d'après les sources de l'IMA en 2018, 6% des 65+ ans et 28% des 85+ ans vivent en MR en Belgique (source IMA, 2018).</p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p><u>Lien avec la mortalité toutes causes</u> : 1ère vague (Mars – 21 juin 2020): véritable corrélation entre les mortalités toutes causes et les mortalités covid. Pas d'excès de mortalité à cette époque de l'année.</p> <p>Durant le pic de la 1ère vague, 35% des décès toutes causes confondues concernent des résidents de MR(S) (<> 20-25% habituellement, même en hiver). 31% durant la vague de chaleur, août 2020.</p> <p>2ème Partie : Particularités internationales</p> <p>Comparaison des chiffres de décès COVID avec ceux de autres pays, suite à une conférence menée par l'INED en France (institut de démographie) ; On y remarque une grande hétérogénéité des sources de données, via l'utilisation de sources de surveillance (ex : COVID-19 confirmés en laboratoire) ou via les certificats de décès. Il existe cependant de gros problèmes d'exhaustivité, d'interruption d'enregistrement, tests provenant d'une sélection de laboratoires. Voir le site https://dc-covid.site.ined.fr/en/</p> <p>Voir le résumé des méthodologies (20 sources, 17 pays, résumé Excel) https://www.ined.fr/fichier/rte/166/Page%20Data/Pooled%20Datasets/Pooled_metadata_file_Nov-2020_A&S.xlsx.</p> <p>La Belgique est classée avec l'Ecosse, l'UK et les Etats-Unis parmi les pays avec les données les plus complètes (labo + symptômes + causalité avec le COVID-19 + tous lieux de décès). Les données sont journalières en Belgique et hebdomadaires en UK, Ecosse et USA.</p> <p>Les pays avec les données les plus précises (labo + causalité avec le COVID-19) sont la Suède, l'Australie et UK.</p> <p>Les pays avec les données les plus incomplètes : La France (50-90% des décès covid notifié), l'Espagne (<50% jusque mi-avril, 50-90%), l'Italie (tests des labos de référence régionaux) et l'Ukraine.</p>	

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le réseau EuroMOMO (26 pays) est aussi un indicateur fort mobilisé. Les avantages sont le Quasi real-time (délai 3 semaines), c'est très exhaustif (sauf pour la France 77%, Italie 14% (19 villes), Espagne 93%, Allemagne (seulement les régions de Berlin & Hesse), ça donne une bonne idée de l'évolution au sein du pays. Mais les inconvénients sont que les Z-scores ne sont pas comparables entre pays (pas de standardisation sur une population de référence commune).</p> <p>Conclusion : Il y a une surmortalité importante en Belgique liée au COVID-19 car il y a eu 2 épidémies différentes ; celles en MR(S) et celle de la population. La population de résidents de MR(S) est élevée en Belgique et peut avoir contribué à la surmortalité, mais c'est surtout d'abord lié au nombre de MR(S) infectées.</p> <p>Les comparaisons internationales sont biaisées par plusieurs sortes d'indicateurs (méthodologie, statut diagnostic, lieu de décès, densité de population,...).</p> <p>Le message est qu'il faut arrêter de comparer les pays ou plutôt comparer les pays qui ont des méthodologies similaires.</p> <p>Informations disponibles sur : Be-MEuroMOMO: https://www.euromomo.eu/ Rapport épidémiologique COVID-19 hebdomadaire Be-MOMO warning autorités hebdomadaire OMO: https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Pages/Epistat.aspx Via Sciensano</p> <p>D'après les membres, on observe que les résidents en MRs est une question d'ordre culturelle et historique, par exemple aux Pays-Bas les personnes plus âgées préfèrent rester chez elles car les soins à domicile y sont plus développés que chez nous.</p>	
<p>3. Prevention</p>		

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
<p>4. Surveillance and detection</p>		
<p>4.1. Project of interfederal research platform: feedback on the consultation with the KCE + feedback from the RMG members</p>	<p>Le RMG a pris contact avec le KCE en ce qui concerne la plate-forme de recherche interfédérale. Lors de la réunion, il a également été question d'une étude sur la relation entre les hôpitaux et les MR(S). Cette étude tente, d'une manière constructive, de cartographier les problèmes rencontrés durant cette épidémie afin de collecter des données et conclusions qui pourront être utiles également en dehors de cette crise.</p> <p>Concernant la plate-forme de recherche, le KCE confirme qu'ils peuvent assurer dans une certaine mesure les tâches prévues, mais qu'un financement supplémentaire sera nécessaire vu l'ampleur de cette plate-forme. Les entités fédérées et l'autorité fédérale doivent par conséquent voir s'ils peuvent prendre en charge ce financement. En outre, tout feed-back en lien avec cette plate-forme est le bienvenu.</p>	<p>Le RMG demande aux entités fédérées de fournir un retour d'information sur les derniers développements concernant la plate-forme de recherche proposée (cf. financement).</p>
<p>4.2. Publication protocols rapid Ag tests on Sciensano's website (Comments)</p>	<p>Le RAG publiera prochainement deux types de protocoles pour des tests (antigéniques rapides) : niveau 1 et niveau 2. Les protocoles de niveau 1 concernent les définitions de cas et indications de testing s'ils sont nécessaires du point de vue de la santé publique et doivent être suivis (cf. remboursement INAMI). Les protocoles de niveau 2 sont jugés pertinents et peuvent être appliqués (cf. financement par des entreprises ou particuliers). La position du RMG est demandée concernant le lieu de validation des protocoles de niveau 2.</p> <p>Le RMG préfère que les protocoles ne soient pas validés dans des structures créées temporairement, notamment pour garantir la cohérence. Par conséquent, le RMG préfère que l'application de tests antigéniques pour les deux niveaux - lesquels sont toujours d'abord élaborés par le RAG - soit toujours discutée et validée au sein du RMG.</p> <p>Ceci est conforme au rôle joué par le RMG en tant qu'organe décisionnel pour les aspects stratégiques. En ne confiant pas la validation de ces protocoles à un autre organe, on maintient et favorise aussi une</p>	<p>Le RMG décide que tous les protocoles RAG (niveau 1 et 2) concernant les tests d'antigènes doivent être soumis au RMG pour validation.</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>communication claire. En revanche, l'opérationnalisation de ces avis relève des missions des task forces concernées.</p> <p>Le suivi et l'évaluation des tests réalisés dans le cadre d'un protocole de « niveau 2 » peuvent fournir des informations qui, à leur tour, peuvent influencer la stratégie de test générale.</p>	
<p>5. Health care</p>		
<p>5.1 RMG note on the application of the quarantine and isolation for health care providers following the wrong communication on the matter in the dentistry sector</p>	<p>Le site web du Verbond van Vlaamse Tandartsen (association flamande des dentistes) mentionne ce qui suit :</p> <p><i>“Een tandarts die een hoogrisicocontact heeft gehad met een positief geteste persoon kan blijven verder werken mits hij zelf geen symptomen heeft en mits het rigoreus toepassen van de beschermingsmaatregelen.</i></p> <p><i>De tandarts kan zich in dit geval na 5 dagen laten testen. Dit is niet verplicht, maar wij raden dit wel ten stelligste aan.</i></p> <p><i>Indien binnen het gezinsleven iemand besmet is kan een thuisquarantaine worden toegepast en heeft de tandarts minder kans op besmetting. Desondanks moet de tandarts tegenover patiënten steeds rigoreus het protocol opvolgen.</i></p> <p><i>(dit wil dus zeggen dat als bijvoorbeeld de vrouw/man of kinderen van een tandarts thuis in quarantaine moeten, de tandarts nog altijd mag gaan werken)</i></p> <p><i>Een tandarts die zelf een positieve Covid-test heeft afgelegd moet stoppen met werken, met of zonder symptomen en moet 7 dagen in quarantaine gaan.”</i></p> <p>Cette description n'est pas conforme aux procédures et protocoles que l'on retrouve sur https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-procedures.</p>	<p>Le RMG écrira aux acteurs concernés afin qu'ils adaptent les procédures décrites conformément aux protocoles actuels.</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Ceux-ci impliquent entre autres que « si le soignant est exposé, professionnellement ou à titre privé, à un patient COVID-19 sans équipement de protection individuelle adéquat, il suivra les mesures décrites dans la procédure «contact» ».</p> <p>Le RMG prendra contact avec les acteurs concernés afin qu'ils puissent adapter conformément aux protocoles susmentionnés les procédures décrites en matière de contacts à haut risque et les mesures de quarantaine et de testing y afférentes.</p> <p>Si un dentiste (ou un autre prestataire de soins) doit se mettre en quarantaine, il peut continuer à travailler à titre très exceptionnel (s'il se conforme aux exigences telles que celles définies dans la procédure pour les médecins généralistes en cas de suspicion de maladie COVID-19). En conséquence, de telles exceptions ne sont autorisées qu'après que le prestataire de soins concerné a consulté pour ce faire le cercle de garde.</p>	
<p>5.2 Feedback on RMG's demand to restart OMG's activities</p>	<p>Après la réunion du RMG du 17 décembre 2020, il a semblé urgent d'apporter une aide supplémentaire aux MR(S), de sorte qu'il a été demandé à l'OMG de redémarrer ses activités. L'OMG jouerait ainsi un rôle dans le rattachement des MR(S) à d'autres acteurs de soins comme les hôpitaux, Médecins Sans Frontières et la Défense.</p> <p>Après une nouvelle consultation entre les membres du RMG, on ne s'attend pas à ce que l'OMG puisse contribuer aux nombreux efforts déjà réalisés sur le terrain. Les acteurs concernés confirment qu'ils sont déjà en contact avec les acteurs de soins susmentionnés et qu'ils exploitent déjà leur capacité au maximum. Toutes les communautés sont disposées à accueillir de nouveaux partenaires ou à étudier de nouvelles possibilités d'aide. Si ces formes de soutien sont proposées via l'OMG, ce sera une plus-value. Toutefois, à l'heure actuelle, en raison de la situation très aiguë sur le terrain, il n'est pas souhaitable d'organiser de nouvelles réunions (cf. échange de bonnes</p>	<p>Suite aux réactions de l'OMG et des entités fédérées, le RMG accepte de ne pas réactiver l'OMG. Le RMG se renseignera sur la réalisation du soutien HOST prévu auprès du Commissariat et reviendra vers le RMG par la suite.</p>

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>pratiques) ; ce dernier n'était pas le but, celui-ci étant de faciliter la prise d'actions pratiques.</p> <p>Toutes les communautés sont demandeuses d'un soutien par les HOST, mais manquent d'informations claires sur l'état de la situation en la matière, vu que ces équipes ne sont pas encore opérationnelles. L'AVIQ s'informerait auprès du commissariat et rendra un feed-back au RMG.</p> <p>Le RMG demande aussi au service fédéral concerné de faire un point de la situation concernant l'aide HOST prévue.</p> <p>Comme action très concrète et à titre d'exemple, l'AVIQ souhaiterait avoir des informations sur le refinancement des HOST hospitalières ; une collaboration avec celles-ci est nécessaire mais actuellement infaisable car elles ne disposent pas du soutien nécessaire du fédéral en termes de financement. Les entités fédérées attendent également des réponses sur ce que le fédéral peut faire au niveau des hôpitaux afin de soutenir les MRs. Ce point a seulement été discuté lors d'une réunion sur la mise en place d'une plateforme interadministrative avec Annick Poncé.</p> <p>Actuellement, aucune réponse n'a été fournie quand à un potentiel soutien des hôpitaux en direction des MRs .</p> <p>La question sera posée par l'AVIQ auprès de Pedro Facon et d'Annick Poncé afin de savoir s'il y a une avancée sur ces points.</p>	
6. Stocks and shortages		
7. Communication		
8. International		
9. Date next meeting / agenda (approval)		La prochaine réunion du RMG aura lieu le mercredi 23 décembre de 16h à 18h. Il y aura également un

AGENDA ITEM	DISCUSSION	DECISION/TO DO
		RMG électronique le jeudi 24 décembre pour valider l'épidémiologie du RAG.
10. AOB		
10.1. Feedback from the RMG members on the role of the RMG in the current crisis	Les membres du RMG prévoient un feed-back sur la note en question pour le samedi 26 décembre, de sorte que la note pourra ensuite être transmise au commissariat et autres opérateurs stratégiques.	Les membres du RMG font part de leurs commentaires sur la note en question avant 16 heures le samedi 26 décembre.
10.2. Minks update	Le RAG CA signale que les élevages de visons belges ont abattu leurs animaux. Par conséquent, il n'y a provisoirement aucun élevage de visons actif sur le territoire belge.	

Participation list

Last Name	First Name	Organization	Email
Alen	Victor (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	victor.alen@health.fgov.be
Bakrim	Dounia (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	dounia.bakrim@health.fgov.be
Bouton	Brigitte	Région wallonne	Brigitte.BOUTON@aviq.be
Bustos	Natalia	Sciensano	Natalia.BustosSierra@sciensano.be
Callens	Michiel	Vlaanderen	Michael.callens@vlaanderen.be
Cuypers	Sofie (RMG support)	FOD Volksgezondheid	sofie.cuypers@health.fgov.be
De Schutter	Iris	Agentschap Zorg en Gezondheid	iris.deschutter@vlaanderen.be
Detaille	Emilie	cabinet Christie Morreale	emilie.detaille@gov.wallonie.be
Frippiat	Frédéric	AVIQ	Frederic.Frippiat@aviq.be
Haulotte	Delphine	Cabinet Glatigny	Delphine.HAULOTTE@gov.cfwb.be
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.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 Gucht	Steven	Sciensano	steven.vangucht@sciensano.be