

MINUTES OF THE MEETING

DATE: 29/10/2020

HOURS: 16h00-18h00

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
1. Approval agenda and report		
1.1. Report Previous meeting (<i>approval</i>)		Rapport approuvé
1.2. Agenda (<i>approval</i>)		Agenda validé
1.3. RMG Dashboard (<i>information</i>)		
2. Situation overview (information)		
2.1 Epidemiological overview (information – Sciensano)	<p>La situation reste catastrophique : au niveau national nous sommes au niveau d'alarme 4. L'urgence sanitaire a été fixée au niveau national en raison d'une augmentation continue du nombre de cas avec une incidence de 1.500/100.000 au cours des deux dernières semaines, ce qui est actuellement l'incidence cumulée sur 14 jours la plus élevée en Europe. Aucun impact de ces mesures ne peut encore être établi. Cependant, il y a une stabilisation apparente à Bruxelles, les mesures prises dans cette ville remontant à 3 semaines, ce qui rend peu probable qu'elles aient donné lieu à cette stabilisation apparente.</p> <p>De même, une diminution du nombre de tests était attendue après l'ajustement des priorités, mais là encore, il n'y a pas de réelle diminution. Au contraire, certains jours, davantage de tests qu'auparavant ont été effectués, avec un pic de 80 000 le 21/10/2020 et une moyenne d'environ 67 000 tests par jour. Néanmoins, l'influence de la priorisation des tests est perceptible, car le nombre de contacts à haut risque et de voyageurs de</p>	<p>Le RMG approuve l'avis du RAG.</p> <p>Le RMG souligne la recommandation du RAG selon laquelle "des mesures supplémentaires devraient être prises au niveau national, qui ont un impact sur le nombre de contacts sociaux (sur lesquels les mesures ne semblent pas avoir d'impact jusqu'à présent)".</p> <p>En outre, le RMG souligne qu'il n'y a plus de place pour des mesures progressives si l'on ne veut pas perdre le moment de la décision de la "dernière chance".</p> <p>Au vu de l'augmentation dramatique et continue du nombre d'infections et d'hospitalisations et de</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>retour testés a fortement diminué depuis le 21 octobre, alors que le nombre de patients symptomatiques testés a fortement augmenté.</p> <p>Le taux de positivité a encore augmenté, passant à 22,5 % contre 15,8 % la semaine dernière. Alors qu'auparavant une augmentation était particulièrement sensible dans la tranche d'âge 10-39 ans, l'augmentation concerne maintenant principalement les 40 ans et plus. L'hypothèse est que le premier groupe a été contaminé à l'école et la transmet maintenant aux groupes plus âgés, qui à leur tour propagent le virus dans leur groupe d'âge par le biais des contacts sociaux.</p> <p>L'augmentation rapide du nombre de personnes symptomatiques, ainsi qu'un taux de positivité de près de 50 % dans ce groupe et une charge virale élevée, supposent qu'il s'agit d'infections récentes à forte infectiosité et que l'on peut parler d'une forte circulation du virus.</p> <p>L'augmentation rapide des hospitalisations se poursuit. Nous avons déjà dépassé le pic de fin mars / début avril (au moment du lockdown), mais actuellement avec des mesures moins strictes. Lors de la première vague, les hospitalisations ont continué à augmenter pendant deux semaines après la mise en place du lockdown. Selon les prévisions actuelles, nous devrions bientôt dépasser la capacité maximale des hôpitaux. Ce deuxième pic sera "vraisemblablement" bien plus élevé que le premier.</p> <p>Après un nombre limité de décès, il va maintenant suivre, comme prévu après la récente augmentation de la population dans son ensemble, une période où les décès seront plus nombreux. C'est surtout à Liège, dans le Hainaut et à Bruxelles que le nombre de décès augmente...</p> <p>1/3 du total des décès liés à la COVID-19 concerne des résidents de MRS, dont la plupart meurent en MRS. Compte tenu du nombre croissant d'infections au sein des MRS, cette part semble augmenter (+142 % en Wallonie, +146 % en Flandre, +325 % à Bruxelles et +350 % en Communauté germanophone). Le nombre de MRS ayant au moins deux cas continue également d'augmenter de 250 % par rapport à il y a sept jours.</p>	<p>l'impact désastreux croissant sur le secteur des soins de santé, le RMG préconise avec insistance un renforcement fort et ferme des mesures nationales. Cette approche doit également tenir compte du bien-être psychosocial général. Avant tout, la stratégie devrait contrer la déshumanisation croissante de l'offre de soins et garantir le droit actuellement menacé à des soins de qualité pour chaque citoyen, en particulier les plus vulnérables.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le RAG réitère la recommandation selon laquelle des mesures supplémentaires pouvant avoir un impact sur le nombre de contacts sociaux (sur lesquels les mesures ne semblent pas avoir eu d'effet jusqu'à présent) doivent être prises au niveau national. À ce stade, l'harmonisation des mesures dans toutes les régions est nécessaire pour faciliter la compréhension et la mise en œuvre par le public. En outre, une discussion approfondie est nécessaire sur l'organisation de l'enseignement après la période de vacances.</p> <p>Compte tenu de la situation épidémiologique décrite ci-dessus, le RMG soutient qu'il est impératif de formuler avec force que des mesures doivent être prises dès maintenant. Ce n'est qu'en prenant des mesures fermes et décisives qu'il sera possible d'affaiblir et d'inverser l'évolution actuelle. Dans la mesure du possible, il faut désormais éviter que les prestataires de soins aient à prendre la décision éthique de savoir à qui apporter ou non de l'aide. Se pose en outre la question de l'<i>accountability</i>, de la responsabilité des mesures qui sont prises ou ne le sont pas. Outre le fait qu'au cours de la première vague, les mesures prises visaient principalement à préserver la capacité hospitalière requise, il a également été demandé que l'on prête attention et que l'on tienne compte des aspects moins spécifiques des soins moins/non aigus, tels que le report (injustifié) des soins réguliers, le bien-être psychosocial, la solitude, les difficultés d'apprentissage, l'impact économique sur la santé... Nous devons conclure que nous nous trouv(er)ons dans une situation où la qualité des soins ne peut plus être garantie et où les médecins devront également faire des choix éthiques ; en d'autres termes, choisir à qui ils dispensent encore les meilleurs soins et qui devra se contenter de moins. Est-ce donc la stratégie que nous soutenons et ajoutons-nous en connaissance de cause la perte de qualité et des décès supplémentaires parce que cette approche sera, au final, la plus bénéfique pour la société ? Le réalise-t-on pleinement, cela est-il affirmé assez clairement et, au final, qui décide (a décidé) de cette approche ?</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Les membres du RMG s'accordent à dire qu'une leçon à tirer pour une (éventuelle) troisième vague est que des mesures rapides, rigoureuses et à seuil peu élevés sont nécessaires (par exemple, le lockdown provincial à Anvers et la stratégie en Allemagne). Il faut oser prendre des mesures courtes et fermes sur la base de seuils bas au lieu de risquer de courir un marathon.</p> <p>Il y a un temps et un lieu pour équilibrer l'économie et la santé, mais en cas d'urgence sanitaire, l'accent doit être mis sur la mortalité. En outre, les psychologues du groupe CELEVAL ont indiqué qu'ils préféreraient des mesures courtes et énergiques à des mesures ponctuelles graduelles. Ceci est confirmé par une étude de l'UGent où les participants ont indiqué être plus motivés pour des actions courtes et puissantes.</p> <p>Actuellement, les décisions concernant les mesures sont apparemment trop souvent prises au coup par coup, avec des ajustements répétés après les commentaires critiques des experts dans ou via les médias ; une fois de plus, nous devons conclure que (les experts via) les médias semblent orienter la politique. Cette situation est extrêmement confuse à différents niveaux, concernant la gouvernance, le soutien...</p> <p>Malgré ces mesures, la situation actuelle ne peut être qualifiée que de dramatique. En substance, nous devons limiter la circulation des personnes car les infections se produisent dans les milieux domestiques et sociaux. Une action énergique est nécessaire pour respecter le bien-être psychosocial de la population et pour accorder une attention particulière aux personnes les plus vulnérables.</p> <p>La situation dans les écoles est ensuite devenue claire : grâce à la forte circulation du virus, toutes les frontières entre les différentes catégories d'âge ont été franchies. Le point de vue du RMG est qu'à partir de la deuxième année de l'enseignement secondaire, y compris l'enseignement supérieur, il convient de recourir au maximum l'enseignement à distance. Les leçons de la 1^{ère} vague ne doivent pas être oubliées, le bien-être psychosocial des jeunes ne doit pas être oublié. Les adolescents les plus âgés et les étudiants de l'enseignement supérieur, en particulier, ont joué un</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>rôle majeur dans l'émergence de la deuxième vague en raison de leur mobilité dans la société (cf. retour à la maison depuis leur kot). Dans le cas de l'enseignement inférieur, en revanche, le RMG conseille de les maintenir à l'école car ils ne sont pas le moteur de l'épidémie et que ces groupes, à leur tour, se mélangent le moins possible avec d'autres (cf. soins extrascolaires).</p>	
<p>2.2 Situation in hospitals (<i>information – HTSC</i>)</p>	<p>Le millier de lits ICU disponibles, comme prévu dans la phase 1B, sont occupés depuis le 29/10/2020. En conséquence, il a été demandé d'augmenter jusqu'à 1500 lits en USI et jusqu'à 7200 lits en bloc d'hospitalisation d'ici le 02/11/2020. Par la suite, elles continueront à s'étendre progressivement jusqu'à ce que la capacité maximale des hôpitaux belges, soit 2000 lits en USI et 7200 lits en bloc d'hospitalisation, soit enfin atteinte.</p> <p>La représentation graphique du nombre d'hospitalisations par province montre trois "pionniers" sur la base du nombre cumulé de patients par province : Hainaut, Liège et Bruxelles (plus de mille patients chacun). Ces provinces représentent un total de 3.000 patients belges sur un total de 6000. Ces provinces sont suivies par Namur, la Flandre orientale et occidentale, et Anvers. Ces quatre provinces devraient également compter environ 1000 patients par province d'ici une semaine.</p> <p>Actuellement, 76 % des lits de soins intensifs disponibles en province de Liège sont occupés par des cas COVID-19. Cela représente déjà 16 % de plus que les 60 % prévus (du nombre de lits en USI disponibles), tels que déterminés après la première vague. Par conséquent, Liège pourrait ne plus disposer d'aucun lit pour les cas potentiellement non-COVID-19. Le Brabant wallon est également confronté au même problème et a déjà atteint un taux d'occupation de 74 % des patients COVID-19 dans l'unité de soins intensifs. Au total, les patients COVID-19 occupent 53 % de tous les lits des unités de soins intensifs.</p> <p>Lors de la première vague, il y a eu un pic de 1500 lits occupés par des patients COVID-19, 2000 lits en USI étaient disponibles avec la possibilité</p>	<p>Le RMG insiste sur l'adoption en temps utile d'une position politique concernant la demande d'aide internationale.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>de créer 1000 lits supplémentaires, soit un total de 3000 lits disponibles. Une mortalité plus élevée a été observée dans les hôpitaux où une capacité supplémentaire a été libérée, la cause de cette situation étant multifactorielle et due, entre autres, à la nécessité de changer les respirateurs artificiels, au manque de ressources adéquates, à la pénurie de personnel spécialisé...</p> <p>Actuellement, au cours de la deuxième vague, on constate qu'il est encore possible de libérer des lits, mais qu'il y a un manque de personnel pour les prendre suffisamment en charge. Par conséquent, la marge actuelle semble se situer autour de 400 lits.</p> <p>Depuis quelques semaines, les hôpitaux transfèrent des patients vers des hôpitaux moins occupés. Au total, quelque 550 transferts ont été effectués depuis le 01/10/2020, dont un nombre considérable est encore effectué au sein de notre propre réseau. D'autre part, certains transferts ne sont pas effectués, ou sont effectués tardivement, pour diverses raisons (par exemple, refus du patient, de la famille, du médecin, du spécialiste... ; pour des raisons médicales...).</p> <p>Dans les médias, beaucoup de choses peuvent être faites autour des hôpitaux d'urgence (poste médical avancé, hôpital de campagne...), mais dans la pratique, cela ne semble pas nécessaire. Les infrastructures sont suffisantes pour créer et/ou libérer des lits, mais il y a un manque de personnel pour accueillir les patients qui ont besoin de soins moins aigus. En principe, ce groupe de patients pourrait sortir de l'hôpital, mais il a besoin de soins de réadaptation ou d'un changement de soins. D'autres alternatives aux hôpitaux d'urgence, telles que les postes médicaux ou les hôpitaux de campagne, seraient confrontées au même problème de sous-effectif et seraient superflues pour l'instant car les hôpitaux existants disposent d'une infrastructure.</p> <p>=====</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le HTSC a discuté de pistes supplémentaires dans le cas où la capacité actuelle des USI serait dépassée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corona high care oxygen unit - Cela suppose que l'on identifie les patients qui sont actuellement dans l'unité de soins intensifs mais qui n'ont plus besoin de cette infrastructure essentielle. Bien qu'ils aient besoin d'optiflow, ils pourraient être transférés dans un service autre que celui des soins intensifs, ce qui libérerait à nouveau des lits de soins intensifs. Une condition, cependant, est que les hôpitaux obtiennent des systèmes suffisants et que leurs systèmes soient suffisamment stables pour prévoir des patients. - Initiatives législatives - Le Parlement a adopté (29/10/2020) un certain nombre de textes législatifs visant à renforcer les capacités des médecins chefs et des inspections sanitaires. Ce "bâton derrière la porte" pourrait obliger à d'éventuels transferts de patients. Cependant, il s'agit d'une question très complexe et sensible car la liberté de choix des patients est l'une des pierres angulaires du système de santé belge. - EMT International – Il faut oser faire appel à des équipes et des experts étrangers. Ils n'ont pas toujours besoin de beaucoup d'expertise, mais ils peuvent aussi aider notre personnel à accomplir ses tâches de soins. Cela aussi peut être politiquement sensible, mais à un moment donné, il faut oser admettre que la Belgique est dans une situation d'urgence et a besoin d'aide. - Une capacité de transport supplémentaire a été fournie : 3 SMUR supplémentaires, 30 ambulances et un transport aérien. Le transport aérien n'est pas toujours facile sur le plan logistique. <p>Cette présentation montre une fois de plus l'état d'urgence, non seulement épidémiologique mais aussi dans nos hôpitaux. Il souligne l'urgence et la nécessité de mesures sévères pour éviter une implosion du système de soins.</p>	
<p>3. Prevention</p>		

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
3.1. Feedback invoices school doctors (<i>information</i>)	Le RMG s'est renseigné auprès de l'INAMI : lorsque les médecins scolaires prescrivent une ordonnance pour un test conformément aux directives relatives aux tests, celui-ci est éligible au remboursement. Des informations sur les personnes pouvant prescrire un test sont également disponibles dans la FAQ (13) de l'INAMI.	
4. Surveillance and detection		
4.1. Feedback contact tracing (<i>information</i>)	Parfois, le contact tracing ne comporte qu'un nom et une adresse des contacts à haut risque. A la demande du RMG, un règlement officiel est en cours d'élaboration pour obtenir des données supplémentaires. Une fois que cette directive sera officielle, les membres du RMG en seront informés.	
4.2. Testing in collectivities (WZC/MRS, ...) (<i>decision</i>)	<p>La Préparatoire demande au RMG une éventuelle adaptation de la stratégie générale de test en MRS. Actuellement, ces collectivités font l'objet de tests approfondis dès la présence de plus de deux cas positifs (cf. cluster). En outre, il y a une analyse de risque si une institution compte un cas. Néanmoins, il existe des CME qui font déjà des tests approfondis à partir d'un cas.</p> <p>La Communauté Française a demandé qui prenait en charge le coût du testing préventif dans les écoles. Elle précise que pour les autres collectivités résidentielles (ex. : aide à la jeunesse, pouponnière) il y a de plus en plus de cas, et lorsque le directeur veut faire tester, l'Aviq refuse de prendre en charge ce type de structure, étant donné qu'il ne rentre pas dans les conditions de l'aviq et de la cocom. Situation très compliquée, car il y a de nombreux cas dans ce type de structure. Suivant les procédures, des tests réalisés en cas de cluster est remboursé par l'INAMI. Ceci est possible de préciser sur le E-form, ce n'est pas toujours faisable avec la version en papier. Est-ce que les laboratoires ont la possibilité de distinguer les indications des tests ?</p> <p>La RW précise que l'Aviq n'a jamais refusé de tester qui que ce soit et a assisté ses collègues de l'aide à la jeunesse en les mettant en relation avec la plate-forme fédérale.</p>	Les recommandations actuelles restent valables, l'accent étant mis sur une analyse des risques appropriée.

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le président rappelle que ces collectivités sont reprises dans les priorités formulées dans la dernière lettre de l'IMC.</p> <p>Cependant, le président demande au membre de la Communauté Française de lui envoyer un Email avec l'identification spécifique des groupes de collectivité citée (collectivités résidentielles, ex : aide à la jeunesse, pouponnière) afin de poser la question concrète auprès de l'INAMI.</p> <p>En ce qui concerne l'indication d'examen sur les clusters, le RMG préconise une solution pragmatique maintenant les recommandations actuelles. Il recommande de procéder à une analyse de risque approfondie et de procéder à un traçage lors chaque cas survenant en MRS sur lequel les mesures suivantes sont basées. L'application du traçage et de l'analyse des risques garantit la capacité à réagir rapidement en cas de besoin. En outre, elle garantit et facilite les mesures proportionnelles qui peuvent être justifiées dans le contexte local et dans la réalité nationale. En outre, le dépistage systématique d'un groupe sans analyse approfondie des risques ne peut se justifier dans une situation telle que celle que nous connaissons actuellement, où la capacité de dépistage a atteint ses limites.</p>	
<p>4.3. Nota concerning masks and disabilities (<i>decision</i>)</p>	<p>Cette note adressée au RMG a été compilée par le Secrétariat du RMG en concertation avec Sciensano. Il expose la situation suite à la question posée au secrétariat du RMG par Unia en ce qui concerne les exceptions à l'obligation de porter un masque buccal.</p> <p>La note propose, conformément à l'interprétation d'UNIA, de confirmer l'application de la possibilité de dérogation sur toute la ligne, y compris donc aussi dans les transports publics. Une personne munie d'un certificat médical en bonne et due forme peut utiliser les transports publics sans se couvrir la bouche ou le visage. Dans ce cas, le RMG demande au NCCN de clarifier la législation car seul un médecin est autorisé à évaluer une "raison médicale" et une personne invoquant l'exception doit pouvoir le prouver par un certificat médical.</p>	<p>Le RMG demandera au NCCN de modifier la législation conformément à la note du RMG.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>En ce qui concerne les écrans faciaux en lieu et place de masques buccaux, la note propose de clarifier ce point dans la législation. Le port d'un écran facial nécessite également un certificat médical, car celui-ci est clairement inférieur en termes de protection et ouvre la porte aux abus. Le certificat médical doit indiquer explicitement que la personne concernée ne peut pas porter de masque ou d'alternative en tissus. Le certificat médical pour les personnes qui ne peuvent pas non plus porter d'écran facial doit indiquer que la personne concernée ne peut porter ni de masque ou une alternative en tissus, ni d'écran facial. Le RMG précise qu'une "protection au menton" n'est autorisée dans aucun scénario. Des enquêtes ont été menées auprès du SPR Économie pour savoir si la vente d'une protection au menton n'est pas interdite. L'accent est mis sur l'importance d'une bonne information disponible concernant les masques qui peuvent ou non être utilisés.</p> <p>Le RMG propose la suppression complète de l'option de l'écran facial dans certaines professions (les vendeurs sur les marchés et les vendeurs forains et leur personnel pendant qu'ils tiennent un stand, et dans les établissements appartenant au secteur de l'hôtellerie, de la restauration et des autres locaux sous licence, le personnel de restaurant et de cuisine) comme décrit dans la législation évoquée, afin d'éviter un faux sentiment de sécurité et le risque accru qui y est associé. Cela peut avoir pour conséquence qu'un nombre très limité de professionnels qui, parce qu'ils ne peuvent pas porter de masque buccal pour des raisons médicales, seront temporairement incapables d'exercer certains aspects de leur profession.</p>	
<p>4.4. Nota concerning quarantine enforcement (<i>information</i>)</p>	<p>Il a été demandé au NCCN de fournir plus de précisions en ce qui concerne les secteurs clés. La question a été posée au NCCN le 06/10 et le RMG attend encore une réponse ; le représentant du NCCN présent indique qu'il y donnera suite.</p> <p>En ce qui concerne le maintien de la quarantaine par les entités fédérées, le Secrétariat du RMG a préparé une note (basée sur les le 12/10/2020).</p> <p>Un constat est que la terminologie "quarantaine" n'est utilisée que dans la Région de Bruxelles-Capitale. Dans les autres règlements, ce terme n'est</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>pas utilisé en <i>tant que tel</i>, mais des termes <i>tels que</i> "mise à l'écart" ou "interdiction de contacts".</p> <p>La mise en quarantaine est effectuée par les fonctionnaires énumérés ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un médecin fonctionnaire à l'Agence Zorg en Gezondheid en Flandre ; - Un médecin-inspecteur d'hygiène in Bruxelles ; en - Un inspecteur d'hygiène régional et des personnes auxquelles ce pouvoir a été délégué en Wallonie. <p>En outre, conformément à la réglementation applicable, les personnes suivantes doivent être mises en quarantaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wallonie : voyageurs en provenance des zones rouges et contacts à haut risque - Bruxelles et la Communauté germanophone : les voyageurs en provenance des zones rouges <p>L'exécution de la mesure de quarantaine est assurée par les acteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruxelles : police judiciaire - Flandre : médecins du service de contrôle des maladies infectieuses ou par des officiers de police judiciaire - Wallonie : inspecteurs d'hygiène régionaux, au besoin assistés par les autorités locales (police et bourgmestre) <p>Concrètement, cette mise en application est rarement appliquée, mais l'accent est mis sur la sensibilisation et l'orientation des citoyens dans la mise en œuvre et l'information sur la quarantaine.</p> <p>Toutefois, lorsqu'on impose une quarantaine, il faut garder à l'esprit que les informations sur lesquelles reposent les centres de contact ne peuvent pas être simplement communiquées aux autorités locales. L'application de la loi</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>sur la base de ces données est très sensible et il n'y a pas toujours de base juridique pour cela.</p> <p>L'application de la loi n'a lieu que dans des cas très exceptionnels. L'accent est mis sur la sensibilisation et l'aide aux citoyens pour la mise en œuvre et l'information de quarantaine. Lorsque vous voulez imposer la quarantaine, sachez que les données RH sont toujours transmises de manière confidentielle via le call center. L'application de la loi sur la base ces données = sensible + ne constituent pas toujours une base juridique pour le partage des données avec les autorités locales.</p> <p>La coopération entre la détection de contacts et les autorités locales se déroule également de différentes manières selon les entités fédérées. En Flandre, ce sont le conseil des soins et les experts médicaux qui s'en chargent, tandis qu'en Wallonie, on travaille avec des "case managers" qui soutiennent les autorités locales. À Bruxelles, une coopération formelle avec le bourgmestre est possible, mais elle n'est pas appliquée au suivi de la quarantaine.</p> <p>En bref, il n'y a actuellement aucune application systématique des règles de quarantaine.</p> <p>Pour la Région wallonne le décret a évolué depuis que l'analyse a été faite. Concernant la quarantaine, la Région wallonne informe que le décret sur la quarantaine a été modifié, un autre décret a été adopté, suite aux décisions du Codeco qui informait qu'il ne fallait plus tester les voyageurs en provenance de zone rouge. Ce nouveau décret a été approuvé il y a une semaine par le parlement. Un arrêté d'exécution existe cependant pour tout potentiel changement, dans lequel apparait la possibilité d'octroyer des dérogations aux quarantaines, auquel le Conseil d'État vient de rendre un avis défavorable. Problème juridique pour l'octroi des quarantaines.</p> <p>Demande de la communauté germanophone que leur information sur le sujet apparaisse et signale qu'ils ont une législation propre et que l'inspecteur d'hygiène et deux fonctionnaires délégués remplissent la</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>fonction d'inspection d'hygiène.</p> <p>La note sera mise à jour.</p>	
5. Health care		
6. Stocks and shortages		
7. Communication		
8. International		
9. Date next meeting / agenda		La prochaine réunion RMG aura lieu lundi 2 novembre de 16h à 18h.
10. AOB		
10.1. Accepting foreign patients	<p>Le président annonce que la Belgique vient de recevoir une demande internationale d'admission d'un patient étranger ; dans un passé récent, plusieurs patients étrangers ont été admis en Belgique. Dans la situation actuelle, cette demande ne peut être acceptée en raison de la surcharge des capacités hospitalières. Toutefois, cette réponse a déjà été transmise afin que la demande d'aide puisse être rapidement adressée à un autre pays.</p>	
10.2. Communication IMC	<p>La communication du 28.10.2020 de la CIM parle de certains groupes professionnels qui peuvent bénéficier d'une exception à la stratégie de test. Le président du RMG demande spécifiquement que l'attention soit attirée sur la stratégie proposée pour les contacts à haut risque, qui propose un test le 5^e jour et une levée de la période de quarantaine le 7^e jour en cas de résultat négatif au test.</p> <p>Historiquement, le RMG n'a jamais accepté une période de quarantaine de sept jours avec un test le cinquième jour. Cette décision a été prise en dehors du RMG, et par la suite un RAG a indiqué qu'une telle stratégie n'était pas souhaitable.</p>	<p>Le RMG communiquera auprès de l'IMC qu'il regrette que de telles exceptions à la procédure de test et de quarantaine existent et encourage l'IMC à reconsidérer la question car le nombre de tests par jour continue d'augmenter malgré la stratégie de test modifiée.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le RMG avait précédemment opté pour une période de quarantaine de 10 jours avec un test au début (voir décisions 21/09/2020). Pour le personnel de santé, le RMG a proposé un deuxième test le 9^e jour de la quarantaine. Il convient de rappeler qu'une période de quarantaine de 7 jours n'a été testée que sur les voyageurs de retour et qu'il n'existe aucune preuve scientifique permettant de l'appliquer aux contacts à haut risque. En outre, on rate 10 % des personnes qui deviennent symptomatiques après un contact à haut risque si l'on arrête la quarantaine le 10^e jour, par comparaison au 14^e jour.</p> <p>Les membres du RMG soulignent lors de cette réunion des 29/20/2020 qu'il n'y a pas de preuve qu'un test au 5^e jour donne une exclusion suffisante. De plus, ils considèrent qu'une période de quarantaine de sept jours est trop courte. Le fait que d'autres organisations internationales reconnues telles que l'OMS et l'ECDC, de même que la majorité des pays de l'UE+, préconisent une période de quarantaine plus longue (seuls 5 pays de l'UE+ ont une période de quarantaine de 7 jours) souligne encore davantage ce point.</p> <p>En conséquence, le RMG regrette que la dernière communication soit basée sur un test au cinquième jour, y compris pour le personnel de santé, et sur une quarantaine de 7 jours, y compris pour le personnel de santé.</p> <p>Par ailleurs, le RMG remet en question la longue liste d'exceptions et demande à la CIM de les reconsidérer. Après tout, malgré l'adaptation de la stratégie de dépistage, le nombre de tests continue à augmenter en raison de l'augmentation du nombre de personnes symptomatiques. Une longue liste d'exceptions et de personnes qui doivent encore être testées en raison de contacts à haut risque menace de compromettre à nouveau cette situation. Un argument en faveur des exceptions est de garantir la continuité dans des secteurs essentiels, mais il existe déjà à cet effet des mesures "à titre exceptionnel". Un problème supplémentaire est que la multitude d'exceptions ouvre la porte à une réduction considérable de l'adhésion aux mesures, ce qui compromet davantage la santé publique.</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
10.3. Flu vaccins	Au sujet de la vaccination de la grippe, le FAGG s'est penchée sur la question ce jour, une communication devrait sortir d'ici peu, expliquant que compte tenu du risque de pénurie effective de vaccin, la phase 2 va être annulée (vaccination des personnes qui ne sont pas à risque), et de recommander aux professionnels de la santé de privilégier le groupe A dans la vaccination, à savoir de vacciner en priorité les personnels de santé, les + de 65 ans, les personnes avec des comorbidités.	

List of participants

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
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
Cuypers	Sofie (RMG support)	FOD Volksgezondheid	sofie.cuypers@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
Haulotte	Delphine	Cabinet Glatigny	Delphine.HAULOTTE@gov.cfwb.be
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.be
Husden	Yolande	cabinet Christie Morreale	yolande.husden@gov.wallonie.be
Lernout	Tinne	Sciensano	Tinne.Lernout@sciensano.be
Mahieu	Romain	COCOM	rmahieu@ccc.brussel
Matthys	Emilie	FOD Volksgezondheid	emilie.matthys@health.fgov.be
Stassen	Florentine	NCCN	Florentine.Stassen@nccn.fgov.be
Tistaert	Thomas (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	thomas.tistaert@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