

MINUTES OF THE MEETING

DATE: 15/10/2020

HOURS: 16h00-18h00

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
1. Approval agenda and report		
1.1. Report Previous meeting (<i>approval</i>)		<ul style="list-style-type: none"> Rapport approuvé
1.2. Agenda (<i>approval</i>)	<p>Le président du RMG propose de se réunir à nouveau deux fois par semaine compte tenu de la gravité de la situation épidémiologique en Belgique. Les membres du RMG conviennent donc de se réunir les prochaines semaines tous les lundi et jeudi de 16h à 18h.</p> <p>En ce qui concerne la demande d'informations sur le fonctionnement futur du commissariat gouvernemental Corona, le président a déclaré que peu de clarté avait été fournie jusqu'à présent sur les fonctions et les pouvoirs du commissariat Corona et sur ce que cela signifie concrètement en termes d'interaction avec les structures existantes. Toutefois, les membres ont été informés de la création (au début de la semaine) et de la composition d'une task force chargée de rendre opérationnelle la stratégie de test et de tracing. Il est également noté qu'il y a peu de transparence sur le baromètre lorsque cela a un impact sur les procédures existantes dans lesquelles le RMG joue un rôle ; le président indique que cela devait apparemment être traité au plus haut niveau politique en premier lieu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Agenda approuvé
1.3. RMG Dashboard (<i>information</i>)		
2. Situation overview (information)		
2.1 RAG epidemiological overview (<i>information – Sciensano</i>)		

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Selon les dernières données épidémiologiques, les cas augmentent le plus nettement en Wallonie et à Bruxelles. Bien que l'augmentation se poursuive également en Flandre, elle est relativement plus faible. Le nombre de tests réalisés a augmenté, mais cette augmentation n'est pas d'une ampleur telle qu'elle puisse expliquer l'augmentation des nouvelles infections.</p> <p>58 % des personnes testées étaient symptomatiques, 36 % étaient des contacts à haut risque et moins de 1 % étaient des voyageurs. Ces informations étaient disponibles pour 46 % des tests. Parmi les tests effectués chez les patients symptomatiques, un sur cinq était positif, tandis que pour les contacts à haut risque, ce taux était d'environ 13 %.</p> <p>Le taux de positivité (PR) pour la Belgique a encore augmenté en une semaine, passant de 7,7 % à 11,7 %. Ce ratio a le plus augmenté dans les tranches d'âge 10-19 et 20-39 ans. Au niveau provincial, c'est principalement dans les provinces wallonnes qu'une forte augmentation est perceptible. En termes de nouvelles hospitalisations, les provinces de Liège et Namur ont connu les plus fortes augmentations.</p> <p>Au niveau local, le rapport du RAG se base sur une approche différente cette fois-ci, car il existe de grandes différences de valeurs de PR entre les provinces. Par conséquent, les communes sont comparées au sein d'une province, en utilisant le PR de la province comme référence, ainsi qu'une incidence cumulée sur 14 jours > 100/100 000 avec une tendance à la hausse ou stable.</p> <p>Pour les provinces de Wallonie et la région de Bruxelles-Capitale, la situation est mauvaise de manière générale, il n'est donc plus nécessaire d'établir une liste distincte de communes nécessitant une attention supplémentaire. Enfin, le rapport note quelques points d'attention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par exemple, il traite de la situation générale détériorée, en particulier chez les jeunes de 20 à 29 ans et de 10 à 19 ans, où l'incidence est respectivement de plus de 750 et 600 sur 100 000. En conséquence, on s'inquiète du sort des universités et des (Hautes) écoles et de la diffusion qui en découle lorsque les étudiants rentrent chez eux le week-end. - En raison du nombre élevé de nouvelles infections, il est de plus en plus difficile pour les CLB/PSE, les médecins généralistes, le 	<p>Le RMG valide l'update épidémiologique du RAG du 14.10.2020.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>contact tracing et les laboratoires de procéder à un testing et un contact tracing de qualité, alors que ces mesures, ainsi que l'isolation/la quarantaine, sont les mesures de base pour contrôler l'épidémie.</p> <ul style="list-style-type: none">- Un autre point d'attention est le nombre croissant d'infections dans les maisons de repos. Les entités fédérées font état d'une augmentation de l'absentéisme du personnel de santé suite au COVID-19 (cf. infections et quarantaine en raison de contacts à haut risque).- Pour les écoles, l'ONE a transmis les chiffres pour la semaine du 05 au 11/10/20 : 2700 nouveaux cas (1300 pour écoles secondaires), 10.000 nouvelles mise en quarantaine. L'augmentation est générale, mais touche particulièrement les écoles secondaires <p>En raison du grand nombre de nouveaux cas, la détection des contacts est mise sous pression, que ce soit au niveau des centres de contact ou dans les écoles. Cela semble de plus en plus difficile, car le personnel est fort sollicité (cf. nombreux appels). Certains services de promotion de santé à l'école ne sont plus en mesure de gérer les cas au jour le jour.</p> <p>En Flandre, on tente déjà d'utiliser davantage la main-d'œuvre (cf. heures supplémentaires possibles). Certains membres du RMG craignent néanmoins une situation intenable dans les écoles et ailleurs en ce qui concerne la recherche des contacts. Une autre piste envisageable consisterait à encourager davantage les citoyens à informer leurs propres contacts. La Wallonie souligne que cette option est impossible pour les collectivités d'enfants.</p> <p>Le suivi ne suit plus sur le terrain. Les call-centers interviennent pour les citoyens adultes (avec système automatisé d'envoi de certificat de quarantaine par mail et code d'activation par sms pour se faire tester) mais ils n'interviennent pas pour les collectivités (par ex : suivis « manuels » pour les équipes PSE ou dans les centres d'accueil).</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
<p>3. Prevention</p>		
<p>3.1 Complexity of the new quarantine system (<i>Discussion</i>)</p>	<p>La Fédération Wallonie-Bruxelles a adressé plusieurs points d'attention à la CIM Santé concernant la situation des services PSE qui sont sous pression et surchargés, vu le nombre de cas qui est en constante augmentation. Parmi les difficultés, la complexité du nouveau système de quarantaine a été exposée.</p> <p>Une première question concerne la différence de durée de quarantaine pour les personnes testées et non testées et les difficultés associées pour les "services de promotion de la santé à l'école" de contrôler correctement cette durée.</p> <p>Une première observation est qu'il convient d'examiner cette question plus en détail dans le contexte de la décision en cours concernant la nouvelle stratégie de testing et sur la priorisation du testing</p> <p>L'application correcte de la durée de quarantaine et d'isolement reste l'un des éléments de base essentiels de la lutte contre le virus ; on ne saurait trop insister sur ce point.</p> <p>En communauté germanophone, il y a eu des fêtes avec des super spreaders, les hôpitaux sont surchargés et ne suivent plus. Un autre point d'inquiétude sont les médecins généralistes qui sont très âgés. Depuis l'écourtement de la quarantaine, il arrive souvent que des gens téléphonent une fois les 7j passés parce qu'ils n'ont pas reçu leurs résultats. Les médecins ne s'y retrouvent plus, les gens ne respectent plus la quarantaine et ne font pas les test au jour prévu (contact +5) ce qui engorge le système de testing.</p> <p>L'ONE ajoute que de plus en plus de généralistes refusent de faire tester les contacts étroits enfants.</p> <p>En effet, la chaîne des processus centres de prélèvements, délais d'obtention des résultats, appels des call centers prend beaucoup de retard.</p>	<p>Les membres RMG échangeront leurs expériences au sein des entités fédérées sur la question du suivi de la différence de durée des quarantaines.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>En outre, l'ONE attire l'attention sur le fait que, vu le travail de tracing, certains services de promotion de santé à l'école ne sont plus en mesure d'assurer les missions de base: bilans de santé et vaccination - ce qui risque d'entraîner un impact important en termes de santé publique</p> <p>L'AVIQ avance que plus personne ne s'y retrouve mais que si on commence à faire des modifications, le temps que ça arrive sur le terrain et que ça soit mis en pratique il y aura 15j de passé au minimum, ce qu'il faut c'est une amélioration de la communication.</p>	
<p>3.2 Management of adults (teachers) in schools feedback FAQ (<i>discussion</i>)</p>	<p>Pour la gestion de cas au sein du personnel enseignant, c'est en principe la médecine du travail qui est responsable. Dans certains cas, la médecine du travail demande des coûts supplémentaires et donc ce sont les PSE qui sont contactés, alors que ces derniers ne sont pas chargés du suivi des adultes. La situation devient vraiment critique car les PSE, qui ne sont pas des inspecteurs de l'hygiène, ont aussi d'autres tâches à accomplir (vaccination, prévention). Les quarantaines sont nombreuses, tant pour les élèves que pour les enseignants, et les protocoles sont difficiles. Les CLB estiment qu'il leur faut 6 heures pour gérer ce type de situation. Certains services de médecine du travail facturent les heures travaillées pour la détection des cas d'adultes.</p> <p>La santé préventive du personnel éducatif est assurée par le médecin du travail. Le coût financier de cette mesure est à la charge de l'école. En raison de la crise corona, les écoles doivent faire appel aux médecins du travail beaucoup plus que prévu, ce qui engendre un coût considérable qui n'était initialement pas prévu dans les budgets. Le gouvernement ne peut pas intervenir car, tout comme pour les entreprises, cela relève des écoles elles-mêmes."</p> <p>Dans un premier temps, les écoles devraient approfondir cette question avec le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Un membre du RMG note que le problème des coûts supplémentaires pour les entreprises concernant la consultation d'un service de médecine du travail se pose également en</p>	<p>Le RMG conseille que le suivi du personnel dans les écoles soit discuté avec le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale en concertation avec les ministères de l'éducation respectifs.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>dehors des écoles. Le président du RMG prendra également contact avec le SPF ETCS à cette fin.</p> <p>Les ajustements opérationnels visant à réduire la charge administrative et autre devraient être examinés plus avant au sein du IFC, qui comprend également les entités fédérées.</p>	
<p>4. Surveillance and detection</p>		
<p>4.1. Update test strategy</p>	<p>L'avis du RAG sur la stratégie de test a été mis à jour.</p> <p>De plus en plus d'informations scientifiques sont disponibles sur les tests rapides et salivaires, ces données sont maintenant incluses dans les recommandations.</p> <p>Un certain nombre de recommandations générales sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un TAT (délai d'exécution) court est important, de préférence < 24 heures. • Les priorités en matière de tests sont les suivantes : personnes et groupes symptomatiques • Se concentrer uniquement sur les tests n'est pas la solution, la mise en quarantaine/l'isolement et la détection des contacts sont indispensables. • Importance d'une communication adéquate des résultats des tests aux centres de contact, (viahealthdata et Sciensano) lors de l'adaptation de la stratégie de test. • Intégrer constamment de nouvelles connaissances scientifiques dans la stratégie de test <p>Tests salivaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité élevée chez les personnes ayant une charge virale élevée • Pour effectuer un test salivaire, un test PCR est actuellement nécessaire, c'est-à-dire qu'il ne résout pas le problème de capacité des tests PCR. 	<p>Le RMG valide l'update du RAG sur la stratégie de test du 12.10.2020.</p> <p>Outre les tests, d'autres mesures à répéter sans cesse sont également cruciales pour limiter la propagation des virus ; par exemple, il faut également déployer un maximum d'efforts pour garantir l'application correcte de la quarantaine et de l'isolement avec une détection précise des contacts. En outre, outre un TAT aussi court que possible, toutes les étapes du processus d'identification des cas positifs devraient être aussi efficaces que possible.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandé uniquement en cas de dépistage répété chez des patients adultes asymptomatiques (par exemple, maisons de repos) • Déconseillé pour : les contacts à haut risque, les voyageurs, les enfants • Ne peut être déployé sans augmenter la capacité actuelle <p>Tests antigène rapides</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promis comme complément si la capacité de test PCR est dépassée • Les nouveaux tests ont une sensibilité élevée • Recommandés pour une utilisation dans des lieux de soins, analyse rapide • Recommandé pour les personnes symptomatiques (symptômes depuis <7 jours, par exemple chez le médecin généraliste, en cas d'urgence), les clusters dans les entreprises et écoles, mais moins appropriées pour les maisons de repos car, en raison d'une sensibilité moindre, il y a une chance de manquer les personnes positives. • Une formation est nécessaire pour le prélèvement mais simple (principe = "test de grossesse complexe") <p>En cas de résultat positif, cela signifie une certitude de 100% quant à la contagiosité de la personne</p> <p>La Flandre a fait savoir que certaines maisons de repose ont acheté elles-mêmes des tests rapides. Sciensano a souligné la différence entre les tests rapides d'antigènes et les tests rapides d'anticorps, ces derniers ne sont en fait d'aucune utilité.</p> <p>L'AFMPS ne va pas valider ces tests → Législation : pour des medical device, on considère que le fabricant est de bonne foi et compétent, la validation est donc faite par le fabricant et, le cas échéant, l'organisme notifié.</p>	
4.2. Testing prioritization	En raison de la saturation de la capacité de tests, une priorité doit être définie. La liste des priorités validée par le CIM a été suivie, les tests PCR	Le RMG confirme son approche antérieure en matière de hiérarchisation des priorités.

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>doivent être réservés aux personnes symptomatiques, à la recherche de clusters dans les collectivités et aux travailleurs de la santé présentant des symptômes. Le premier groupe à ne pas être (temporairement) testé est celui des voyageurs. Ils ne représentent que 1% des tests effectués, de sorte que la suppression de ces tests ne soulagera pas vraiment les laboratoires. Enfin, pour alléger le système, il faudra certainement revoir la stratégie de test pour les contacts à risque, qui représentent 38% de tous les tests effectués.</p> <p>La FWB est d'accord avec cette priorité, mais pas au détriment de la quarantaine de 7 jours, qu'elle estime être une bonne idée. La quarantaine de 14 jours est problématique et présente de nombreux inconvénients, en termes d'impacts sur le bien-être des enfants/familles, de rupture des liens sociaux, de continuum pédagogique et d'accroissement des inégalités. Il faut trouver un équilibre par rapport à la durée de la quarantaine. Peu de gens asymptomatiques respectent la quarantaine de 14 jours, et avec le test de 7 jours, on se rend compte que le système est saturé.</p> <p>Sciensano et la Flandre soulignent le danger d'une quarantaine de 7 jours sans test puisque vous laissez alors une personne potentiellement infectée de retour dans la société au moment où elle est probablement la plus contagieuse. Ils sont donc favorables à une quarantaine plus longue si aucun test ne peut avoir lieu.</p> <p>L'ONE est favorable à une prolongation de la période de quarantaine compte tenu des problèmes qui se sont récemment posés après la réduction de la période de quarantaine, la complexité du système et la saturation du testing. En outre, dans le cadre de ce nouveau système, certains élèves sont régulièrement retirés des classes et il remonte du terrain un manque de suivi pour ces élèves pendant cette période, de sorte qu'ils retournent dans une classe qui a progressé entre-temps. L'ONE, en accord avec l'AVIQ et la COCOM, propose de ne plus tracer à partir d'un deuxième cas déclaré dans une classe et de mettre tout le groupe en quarantaine de 14 jours par défaut, avec une quarantaine réduite en cas de test. D'une part, cette mesure</p>	<p>Le RMG décide en outre ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Au cours des deux prochaines semaines, les voyageurs ne seront plus soumis à des tests et ne devront pas être mis en quarantaine à leur retour. Cette mesure sera réexaminée par la suite ➤ Les contacts à haut risque doivent être testés aussi longtemps que les capacités locales de test le permettent. Si les laboratoires sont saturés, ils devraient, si possible, traiter les échantillons des contacts à haut risque comme moins prioritaires. Si les laboratoires ne peuvent plus traiter ces échantillons, les contacts à haut risque dans cette région ne seront plus testés. Cependant, ils doivent être mis en quarantaine. La majorité est favorable à une période de quarantaine de 10 jours, suivie de 4 jours de vigilance ; une minorité est favorable à une période de quarantaine de 7 jours. Une vigilance accrue doit être exercée jusqu'à 14 jours après le contact à haut risque avec ces personnes, en accordant une attention particulière aux mesures d'hygiène et en limitant les contacts sociaux avec un test immédiat en cas de symptômes. <p>L'application de la priorisation est temporaire, elle est invoquée lorsque la capacité (locale) de collecte/test est atteinte et est interrompue si la capacité s'améliore.</p> <p>La stratégie de testing globale sera étudiée à la TF testing</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>répondrait à une logique en termes de santé publique, d'autre part, elle serait plus réalisable d'un point de vue organisationnel, enfin elle permet de réduire le risque d'inégalité pédagogique entre les élèves.</p> <p>L'AVIQ souligne qu'il est nécessaire de communiquer avec les médecins traitants, car il n'y a pas d'unité sur le terrain. Il est également important de rappeler aux enseignants les règles concernant la distance et l'hygiène des mains.</p> <p>La communauté germanophone souligne qu'il est un peu étrange de mettre les voyageurs en quarantaine à leur retour, étant donné l'incidence cumulée sur 14 jours élevée que connaît actuellement la Belgique par rapport aux autres pays européens. Ils soulignent que de nombreuses entreprises sont très satisfaites du récent changement de la durée de la quarantaine, qui est passée de 14 à 7 jours. Ils craignent cependant que dans le système actuel, de nombreuses personnes soient testées avant le cinquième jour et mettent prématurément fin à leur quarantaine en cas de test négatif. Ils suggèrent de ne tester les contacts à haut risque qu'à partir du moment où ils deviennent symptomatiques.</p> <p>Le RMG valide que les voyageurs ne seront temporairement plus testés ou mis en quarantaine ; à l'exception possible des personnes de retour de certains pays où l'on sait que le niveau de positivité parmi les voyageurs est très élevé (à voir). En outre, une vigilance accrue pendant 14 jours est recommandée et, comme pour le reste de la population, se faire tester en cas de symptômes. Cela signifie que les SAT complétés durant cette période (les deux prochaines semaines) ne seront plus complétés. Le RMG note que cet outil redeviendra utilisable lorsqu'il y aura davantage de capacité.</p> <p>Les contacts à haut risque seront testés aussi longtemps que la capacité du laboratoire le permet. En cas de saturation, ils seront placés en dernier sur la liste des priorités. Si le laboratoire n'est pas en mesure de traiter tous les tests, les contacts à haut risque ne seront (temporairement) pas testés. Ils devront toutefois encore être mis en quarantaine.</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>Le RMG souligne que la stratégie de l'OMS consiste toujours à tester, prévenir et mettre en quarantaine. En ce qui concerne la quarantaine des contacts à haut risque s'ils ne sont pas (ou ne peuvent pas être) testés, les propositions suivantes ont été avancées par les différents membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une quarantaine de 10 jours (majorité) - Une quarantaine de 7 jours (minorité) <p>Le RMG soutient la volonté de maintenir la cohérence des politiques de test et de quarantaine dans le pays. Il est important d'éviter les disparités. Dans le cas contraire, la situation peut devenir ingérable et la communication désastreuse.</p>	
<p>4.3. Shutdown of alerts messages based on the Flemish controletoren</p>	<p>/</p>	
<p>5. Health care</p>		
<p>6. Stocks and shortages</p>		
<p>6.1 Dossier oxygen a. IMC question about oxyconcentrateurs</p>	<p>L'AFMPS est venu présenter la gestion de l'approvisionnement en O2 en cas de seconde vague .</p> <p>6 scenarii concernant les patients oxygénodépendants ont été établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5000 à progression lente ou rapide - 7000 à progression lente ou rapide - 9000 à progression lente ou rapide <ol style="list-style-type: none"> 1) Scénario moins grave que ce qu'on a connu au printemps 2) Scénario du printemps 3) On voit arriver la grippe 4) La grippe arrive et la croissance de la demande est rapide 	<p>Le RMG prend note de la note et des conseils pour assurer une disponibilité suffisante des matériels d'oxygénothérapie en fonction des scenarios d'évolution des besoins.</p>

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>5) Scénario difficile à gérer, croissance lente, grippe plus active et covid agressif.</p> <p>6) Scénario catastrophe, plus possible de gérer les choses à l'avance</p> <p>L'idée fondamentale c'est qu'il faut rester proactif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de patients isolés plus on consomme de matériel • Une croissance rapide de la demande est synonyme d'un collapse de la distribution • Manque de matériel au niveau mondial → peu de possibilité d'achat (pas de gros stock à disposition, ça se fait à la demande) • Manque d'objectivation du besoin patient (matériel mal employé auprès de la mauvaise personne) • Thésaurisation du matériel = désorganisation (ex. : clients qui ne rendent pas le matériel) • Volonté de maintenir les patients dans leur environnement = doit être lié au projet de vie du patient (des plaintes ont été faites dans un sens comme dans l'autre) <p>Les scénarii de 1 à 3 sont gérables, dans une moindre mesure le 4. En effet, le scenario 4 ne peut s'effectuer que si le personnel est à pied d'œuvre (cfr. : manque de personnel du au covid). Par contre, il sera impossible de faire face aux scénarii 5&6 avec les moyens actuels.</p> <p>Diverses rencontre avec différents partenaires ont eu lieu pour discuter de la problématique.</p> <p>Le problème c'est la quantité de matériel pas la production d'oxygène (cylindre, manomètre, oxyconcentrateur...). Deux solutions sont donc envisageables pour pallier à cette problématique</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acquérir du matériel supplémentaire (faisable que dans la mesure du possible, pas toujours envisageable en cas de pénurie) 2) Economiser le matériel dont on dispose 	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<ul style="list-style-type: none"> ○ regrouper les patients disséminés permet de limiter la quantité dont on a besoin ○ limiter le matériel personnel ○ ne pas faire de réserve de matériel quel qu'il soit et veiller à faire remonter l'appareillage vers le loueur pour favoriser la répartition. ○ Utiliser un système de piping préexistant pour administrer l'oxygène de manière la plus efficiente possible (arrive au lit du patient) → recenser les endroits qui disposent toujours dans leurs murs de tels systèmes de piping. Voir s'il existe un système de cadastre où ce genre d'infos se trouvent ou si l'on doit demander aux institutions une à une ? <p>Si ces deux option ne suffisent pas, la seule autre solution est de transporter les malades qui en ont besoin vers l'hôpital le plus proche (si leur projet de fin vie est compatible avec ce transfert) ou vers des hôpitaux plus éloignés ne faisant pas face à des problèmes de cluster.</p> <p>Une dernière alternative serait de trouver une structure de type Green hospitals où les tanks à oxygène seraient facilement réinstallés. Ou encore d'avoir recours à des halls d'exposition où l'on installerait des système de piping d'hôpitaux de campagne. Mais cela demanderait une organisation extrêmement lourde et poserait un problème logistique (cfr. : lits, personnel...).</p> <p>L'AFMPS conseille de prendre toutes les dispositions adéquates pour que le patient, en cas de situation grave, soit envoyé vers un hôpital proche. Elle demande s'il existe de grands volumes inoccupés dans certains hôpitaux où un système de piping installé ?</p> <p>La Wallonie explique qu'ils ont aussi exploré différentes pistes et rencontré les coupoles à plusieurs reprises. Souvent les maisons de repos qui étaient d'anciens hôpitaux ne disposent plus de tels systèmes car les chambres ont été rénovées. Ils avaient pensé à St Joseph comme structure intermédiaire et essayé de coordonner avec la Croix Rouge, mais cette dernière avait refusé</p>	

AGENDA	DISCUSSION	DECISION/TO DO
	<p>du volume trop important. En psychiatrie et dans les centres de revalidation, on n'en trouve pas non plus.</p> <p>La capacité est de de 18.000 STOT (short term oxygen therapy). Actuellement aucun critère n'a été défini pour décider où déployer (premier arrivé = premier servi). A un niveau supérieur, aucune indication ou déclaration de coordination n'a été faite. Cela se fait sur base d'une prescription médicale, autant pour les individus que pour les maisons de repos. Les pharmacies coopéreront avec un fournisseur qui loue des bouteilles d'oxygène et fournit l'oxygène au patient.</p> <p>Lors de la première vague, une plateforme avait été créée où les pharmacies pouvait entrer en contact avec d'autres fournisseurs, car en général les pharmacies coopèrent souvent avec une seule entreprise et il leur était difficile de trouver un nouveau fournisseur en cas de pénurie. Cette plateforme existe toujours et rappel a été fait auprès des organisations des pharmaciens de l'employer dès qu'ils rencontrent un problème.</p>	
7. Communication		
8. International		
9. Date next meeting / agenda		La prochaine réunion RMG aura lieu lundi 19/10/2020 de 16h à 18h.
10. AOB		
10.1. RAG malaria cases	/	

List of participants

Last Name	First Name	Organization	Email
Henry	Anne-Claire	Fédération Wallonie Bruxelles	anne-claire.henry@one.be
Cochez	Barend	Crisiscentrum	barend.cochez@nccn.fgov.be
van de Konijnenburg	Cecile	FOD Volksgezondheid	cecile.vandekonijnenburg@health.fgov.be
Denonne	Charles	FAGG / AFMPS	charles.denonne@fagg-afmps.be
Decoster	Christiaan	Coordinator Federale Crisiscentrum	christiaan.decoster@health.fgov.be
Cuignet	Deborah	cabinet Bénédicte Linard	deborah.cuignet@gov.cfwb.be
Haulotte	Delphine	Cabinet Glatigny	Delphine.HAULOTTE@gov.cfwb.be
Detaille	Emilie	cabinet Christie Morreale	emilie.detaille@gov.wallonie.be
Matthys	Emilie	FOD Volksgezondheid	emilie.matthys@health.fgov.be
Stassen	Florentine		
Cocquyt	Griet (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	Griet.cocquyt@health.fgov.be
De Schutter	Iris	Agentschap Zorg en Gezondheid	iris.deschutter@vlaanderen.be
Cormann	Karin	Deutschsprachige Gemeinschaft	karin.cormann@dgov.be
Piraprez	Laura	Deutschsprachige Gemeinschaft	laura.piraprez@dgov.be
Dispas	Marc	Sciensano	Marc.Dispas@sciensano.be
Callens	Michiel	Vlaanderen	Michael.callens@vlaanderen.be
Lardennois	Miguel	Cabinet Alain Maron	mlardennois@gov.brussels
Kalimira	Nyota (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	nyota.kalimira@health.fgov.be
Mahieu	Romain	COCOM	rmahieu@ccc.brussel
Cuyppers	Sofie (RMG support)	FOD Volksgezondheid	sofie.cuyppers@health.fgov.be
Lokietek	Sophie	Région wallone	Sophie.lokietek@aviq.be
Van Gucht	Steven	Sciensano	steven.vangucht@sciensano.be
Tistaert	Thomas (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	thomas.tistaert@health.fgov.be
Lernout	Tinne	Sciensano	Tinne.Lernout@sciensano.be
Alen	Victor (RMG Support)	FOD Volksgezondheid	victor.alen@health.fgov.be