

Comité Primary and Outpatient Care Surge Capacity

Proposition au RMG concernant le pre-triage

Contexte

Vanaf 2 maart werden in de schoot van de RMG en onder coördinatie van het DG Gezondheidszorg een reeks maatregelen genomen om tot een Hospital & Transport Surge Capacity Plan (HTSC-plan) te komen. Dit plan werd op het niveau van de RMG besproken en gevalideerd. Een Hospital & Transport Surge Capacity Comité (HTSC-comité) komt op dit moment elke dag samen om 12h.

Het HTSC-plan kent verschillende risicofactoren die het mandaat van het HTSC-comité overstijgen, o.m. de beschikbaarheid van PPE, maar ook de mate waarin de organisatie en beschikbaarheid van zorg buiten het ziekenhuis, zowel voorafgaand aan opname, als na opname, optimaal is. Daarom heeft het HTSC-comité aan de RMG van 13 maart voorgesteld ook een Primary & Outpatient Surge Capacity-comité (POSC-comité) in te stellen om deze kwesties beter te coördineren. Veel van deze elementen, maar niet alle (bv. 1733, wacht, die nog federaal zijn), zitten in de bevoegdheid van de gemeenschappen, die de voorbije dagen en weken vaak ook specifieke oplossingen hebben gezocht en voorzien. Doel van het POSC-comité is deze oplossingen te stroomlijnen, te harmoniseren waar nodig, te versterken en te ondersteunen, en meer kracht te geven nu we ook sinds 12 maart in de federale fase zijn beland.

De RMG van 13 maart heeft een GO gegeven voor dit POSC-comité. Het DG Gezondheidszorg heeft aangeboden om, naast het HTSC-comité, ook de coördinatie van dit comité te verzekeren.

Het POSC-comité is op 14/03 een eerste maal samengekomen van 14h tot 16h.

Composition du groupe de travail

Sont présents autour de la table des représentants :

- des différentes Communautés et Régions : Thomas Boecks (Flandre), Muriel Quinet (Bruxelles), Sophie Verhaegen (Bruxelles), David Hercot (Bruxelles), Brigitte Bouton (Wallonie), Christele Charlet (Wallonie), Karin Cormann (Communauté germanophone), Nicolas Breuer (Communauté germanophone)
- des fédérations hospitalières et des hôpitaux : Margot Cloet (Zorgnet-Icuro), Marc Geboers (Zorgnet-Icuro), Patricia Lanssiers (GIBBIS), Benoit Hallet (Unessa), Emmanuelle Ceysens (Santhea),
- du Comité scientifique COVID-19 : Erika Vlieghe (UZA)
- des médecins généralistes : Thomas Orban (SSMG), Guy Delrée (FAGW), Christophe Barbut (FAMGB), Roel Van Giel (Domus Medica), Stefan Teughels (Wachtposten Vlaanderen)
- de la DG Soins de santé du SPF santé publique : Pedro Facon (directeur général soins de santé), Marcel Van der Auwera (chef de service Aide médicale urgente), Winne Haenen (Inspecteur d'hygiène), Jean-Michel Grégoire (1733), Pascal Rosière (coordinateur stratégique), Isabelle van der Brempt (chef de service Soins aigus et chroniques)

Contexte et objectif du groupe de travail : explications au participants du comité POSC

Dans le cadre de la crise du COVID-19, deux groupes ont été mis en place par la Conférence Inter ministérielle Santé publique : un Risk Assessment Group (RAG) et un Risk Management Group (RMG).

Dans le cadre du RMG, un premier groupe de travail (Comité Hospital & Transport Surge Capacity) a été mis en place pour coordonner les activités au niveau des hôpitaux et de services d'ambulances. Le présent groupe de travail constitue un second comité.

Il est attendu de ces comités, bien qu'ils n'aient pas pouvoir de décision final, qu'ils formulent des propositions concrètes, à l'attention des membres du RMG et en vue d'aider un maximum les acteurs de terrain. L'expérience avec le premier groupe de travail montre que les propositions faites en concertation, avec les entités fédérées et les acteurs de terrain, ont beaucoup de chance de se transformer en décision au niveau du RMG.

Ce second groupe a été motivé par le fait qu'il est essentiel de gérer correctement les flux de patients en amont et en aval de l'hôpital pour permettre aux hôpitaux de fonctionner correctement. Différentes initiatives locales ont été prises en matière de règles de triage, de gestion de la crise dans les maisons de repos, etc. Il semble utile d'avoir un échange sur les pratiques afin d'évaluer leurs impacts, mais aussi de tenter de les coordonner afin d'avoir un message plus uniforme et plus clair vers les professionnels de la première ligne et vers la population.

Il est proposé et accepté de consacrer cette première réunion à la question des pré-triages par les médecins généralistes en vue d'éviter les débordements au niveaux des hôpitaux et des services d'urgence. Dans un second temps d'autres éléments seront mis en discussion : les flux de patients sortant des hôpitaux, la gestion des cas en maison de repos, les structures de soins intermédiaires, ...

La question de l'équipement de protection (masques et autres) est débattue au sein du RMG.

Éléments de la discussion

Les modalités mises en place dans les différentes régions et les problèmes rencontrés actuellement par les médecins généralistes en ce qui concerne la phase de pré-triage sont :

- En Wallonie (avec également les collègues francophones de Bruxelles), la SSMG souligne la difficulté pour certains médecins de se résoudre à suivre les directives de Sciensano (cela les oblige à travailler tout à fait à l'inverse de ce qu'ils font d'habitude). Ils ont encore régulièrement tendance à se rendre au domicile des patients et/ou à accepter de voir des patients en consultation alors qu'ils sont COVID19 possibles.
Le Collège de Médecine Générale francophone de Belgique a prévu ce dimanche une conférence via YouTube pour rappeler les consignes : anamnèse par téléphone ; les cas non inquiétants reçoivent instruction de rester chez eux ; les cas sévères sont envoyés vers l'hôpital (utiliser de préférence les ambulances dédiées Covid-19) ; en cas de doute, prévoir un second contact téléphonique et/ou une visite au domicile chez le patient pour pouvoir apprécier l'évolution de la situation.
Les représentants des MG du SSMG, de la FAGW et de la FAMGB estiment qu'il faut être plus directif en termes de messages vers les médecins, mais aussi vers les patients et vers les hôpitaux. Le rôle du généraliste n'est pas de diagnostiquer COVID-19 ou pas, mais bien

d'évaluer si l'état du patient se dégrade ou non et, donc, si le patient doit ou non être hospitalisé.

Il est aussi souligné que, si les médecins généralistes n'ont plus que des contacts téléphoniques avec les patients, les masques et autre matériel de protection ne leur sont plus nécessaires (et pourraient être réorientés vers les hôpitaux ou autres prestataires qui en ont davantage besoin). Il faut donc un stock limité, mais tout de même présent pour permettre les rares visites au domicile des patients.

- A Bruxelles, s'ajoute le problème des patients qui n'ont pas de médecin généraliste, les sans-abri qu'on ne sait pas confiner 'à domicile', les populations étrangères qui n'ont pas intégré les règles mises en place, ... Un numéro d'appel a été rendu accessible, donnant lieu éventuellement au renvoi vers les cercles (où des médecins sont prêts à recevoir les appels), mais **malgré tout beaucoup de personnes vont encore directement vers les hôpitaux**. Ceci plaiderait pour un triage physique à l'entrée des hôpitaux, avant les urgences. Par ailleurs, pour les postes de garde, la tâche est rendue plus difficile par le fait que les généralistes ne connaissent pas le patient. Or, ce sont aussi souvent des jeunes médecins qui ont moins d'expérience.
- En Flandre, les médecins rencontrent des **difficultés à gérer la pression des appels téléphoniques, y compris dans les postes de garde (parfois plus d'une centaine d'appels par jour)**. On veut examiner des formules de call-centers pour réduire la charge téléphonique qui pèse sur les généralistes (au niveau des communes, des zones de 1^{ère} ligne, ... ?). **Un problème, comparable à Bruxelles, se pose pour les hôpitaux de Flandre face aux patients qui se rendent directement à l'hôpital sans passer par un généraliste. Un poste de pré-triage pourrait être organisé à l'entrée des hôpitaux avec la collaboration des médecins généralistes et infirmiers à domicile pour tous les patients présentant des plaintes pulmonaires. Le cas échéant, ces patients seraient redirigés vers leur généraliste. Concentrer la mise à disposition de matériel de protection sur de tels postes de pré-triage serait pertinent.** A noter : les patients s'inquiètent si on ne leur propose pas un examen médical, un test, ou quelque chose du genre. **La question est posée d'un 'plan d'urgence' pour la médecine générale : postposer toutes les consultations qui ne sont pas urgentes.**

Points complémentaires soulignés par les représentants des entités fédérées et des hôpitaux :

- protéger le personnel d'aide et de soins qui se rend au domicile des patients,
- réfléchir à l'impact en cas de contamination des aidants-proches,
- se coordonner avec les services sociaux
- prendre des actions visant à faire respecter le principe du contact par téléphone par les généralistes (certains ont eux-mêmes contaminé leurs patients !)
- rappeler aux hôpitaux que les tests sont réservés aux patients admis à l'hôpital et au personnel de soins
- que faire en maison de repos avec les patients dont l'état ne justifie pas une hospitalisation et comment protéger le personnel des maison de repos ?
- peut-on prévoir l'ouverture du 1733 24h/24 ?

Concernant le 1733 :

- **bien qu'il n'a pas été présenté comme porte d'entrée pour les patients, on constate qu'il est très sollicité**

- les difficultés se posent principalement entre 8h et 18h, lorsque les appels sont transférés vers le 112 qui n'est pas en mesure de traiter ces appels, les patients sans réponse se rendent donc aux urgences.
- proposition d'examiner la possibilité de mettre 1 à 2 médecins dans les centrales provinciales, particulièrement dans les zones où les patients ont pris l'habitude d'appeler le 1733 ;
- l'opérateur pourrait alors leur transmettre les appels pour un entretien téléphonique et les rediriger vers leur généraliste, vers un centre de triage ou leur inviter à rester chez eux ;
- voir s'il serait possible d'activer des médecins de Medex, par exemple, si les médecins de la zone ne peuvent pas assurer ; cela supposerait de les informer de façon précise des protocoles de triage
- ceci ne doit pas faire l'objet d'une communication grand public (ne pas encore augmenter les appels vers le 1733), mais doit être vu comme une mesure de renforcement des centres 1733 compte tenu de la pression qu'ils subissent

Conclusions et propositions au RMG du 16/03/2020

Les options suivantes sont proposées dans le cadre d'une communication vers l'ensemble des généralistes et vers la population :

1. **Le suivi par téléphone par le médecin traitant doit être la règle**, si cas de suspicion ou confirmé de COVID-19. Encore plus dans le contexte de pénurie de matériel de protection, tout doit être mis en œuvre pour protéger la santé et l'employabilité des médecins généralistes. **Le mode d'organisation de la téléphonie vers le médecin généraliste est fixé dans le cadre de concertations entre médecins généralistes, leurs cercles et, le cas échéant, d'autres acteurs tels que les autorités locales, etc.**
2. **Imposer le report des consultations MG non urgentes** (« plan d'urgence généralistes ») et donner aux médecins généralistes le même type d'instructions que celles données le 13 mars aux hôpitaux concernant l'annulation des soins non urgents. La question de l'impact sur les rémunérations des médecins qui travaillent sur la base d'honoraires devra être prise en compte dans les discussions au niveau de l'INAMI.
3. **Prévoir des centres de triage physique permettant une anamnèse de visu et un examen clinique (plutôt que basé sur des tests) à proximité des urgences des hôpitaux (éviter des transports additionnels) et/ou dans les postes de**

Conclusies en voorstellen voor de RMG van 16/03/2020

De volgende opties worden voorgesteld voor een communicatie naar alle huisartsen en naar de bevolking:

1. **Telefonische opvolging door de behandelende arts moet de regel zijn**, als er een vermoeden of bevestiging van COVID-19 is. Zeker in een context van afwezigheid van voldoende PPE moeten we ten allen prijze de gezondheid en inzetbaarheid van onze huisartsen beschermen. **De manier waarop de telefonie naar de huisarts wordt georganiseerd wordt vastgelegd in afspraak tussen de huisartsen, hun kringen en zo nodig andere actoren zoals lokale besturen, enz.**
2. **Het uitstellen van niet-spoedeisende huisartsenzorg op te stellen** ("noodplan huisartsgeneeskunde"). Zelfde soort instructie geven aan huisartsen als gebeurd is op 13/03 aan ziekenhuizen wat annulatie electieve zorg betreft. De kwestie van de gevolgen voor de beloning van artsen die op honorariumbasis werken, zal in de besprekingen op het niveau van het RIZIV in aanmerking moeten worden genomen.
3. **Voorzien in fysieke triagecentra die een visuele anamnese en een klinisch onderzoek (eerder dan gebaseerd op test) in de buurt van de spoedgevallendiensten van het ziekenhuis (om bijkomend transport te vermijden) en/of in een**

garde qui pourraient se concentrer sur les patients pour lesquels le généraliste a réellement un doute, mais aussi pour freiner ceux qui se rendent directement à l'hôpital.

L'orientation vers ces centres de pré-triage est effectuée de préférence par le médecin traitant lui-même qui connaît le patient, mais si nécessaire - selon la situation - également à partir des centres 112/1733, voir ci-dessous.

Ces centres de triages doivent être **organisés sur la base d'une concertation entre cercles, services d'urgence et postes de garde, en tenant compte du contexte spécifique** (besoins différents en zone urbaine ou rurale). L'organisation concrète des centres (ainsi que la désignation des médecins qui y seront présents) est de leur ressort. Les structures mises en place dans le cadre de zone de 1ère ligne pourraient par exemple intervenir en Flandre.

Cette organisation devrait être mise en place dans tout le pays et le plus rapidement possible après la décision du RMG, sachant qu'à certains endroits, cela est heureusement déjà en cours.

4. **Revoir le plan de distribution du matériel de protection pour le concentrer sur les points stratégiques, lieux de contacts physiques** (voir si le RMG peut encore revoir sa position...). **Un stock limité sera prévu pour les médecins généralistes individuels. Il faut encore décider comment et combien.**
5. **Besoin d'une communication tout à fait officielle pour mettre la pression sur les médecins qui ne suivent pas les recommandations, mais aussi pour avoir une communication claire vers les patients et obliger les hôpitaux à renvoyer les patients vers leur généraliste (s'ils viennent de leur propre initiative).**
6. **Rappeler aux hôpitaux que les tests sont réservés aux patients admis à l'hôpital et au personnel de soins et expliquer à la population le pourquoi de ce choix.**
7. **Pour le renforcement du 1733, les responsables du SPF examinent comment l'implémenter, là où le besoin s'en fait sentir.**

wachtpost die zich kunnen concentreren op patiënten voor wie de huisarts echt twijfelt, maar ook om degenen die rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan af te remmen.

De verwijzing naar deze pretriage-punten gebeurt bij voorkeur door de behandelend arts zelf die de patiënt kent, maar zo nodig – in functie van situatie – ook vanuit 112/1733-centrales, zie verder.

Deze triagecentra moeten worden **georganiseerd op basis van overleg tussen kringen, spoeddiensten en wachtposten, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke context** (verschillende behoeften in stedelijke of plattelandsgebieden). De concrete organisatie van de centra (en de aanwijzing van de artsen die er aanwezig zullen zijn) is hun verantwoordelijkheid. In Vlaanderen kan bv. gebruik gemaakt worden van de structuur van de eerstelijnszones.

Deze organisatie moet zo snel mogelijk na beslissing RMG tot stand worden gebracht over gans het land, wetende dat op sommige plaatsen dit gelukkig al lopende is.

4. **Het distributieplan voor beschermingsmiddelen te herzien om het te concentreren op strategische punten, plaatsen van fysiek contact** (kijken of het RMG zijn positie nog kan herzien...). **Een beperkte stock wordt voor individuele huisartsen toch voorzien, nog te bekijken hoe en wat.**
5. **Noodzaak van formele communicatie om druk te zetten op artsen die de aanbevelingen niet opvolgen, maar ook om duidelijke communicatie naar patiënten te hebben en om ziekenhuizen te verplichten om patiënten naar hun huisarts te verwijzen (als ze op eigen initiatief komen).**
6. **Aan de ziekenhuizen te herhalen dat de tests voorbehouden zijn aan patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en aan het gezondheidszorgpersoneel; aan het publiek uit te leggen waarom deze keuze.**
7. **Voor de versterking van 1733 onderzoeken de ambtenaren van de FOD**

