

# FACE À LA COVID-19

## CRÉATION ET FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE TRI PRÉ-HOSPITALIERS : EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES COORDINATEURS FRANCOPHONES

JOLY L (1, 2), DUCHESNES C (1), SCHAFFNER P (3), SCHOLTES B (1), BELCHE JL (1, 2)

**RÉSUMÉ :** Lors de la première vague de l'épidémie COVID-19, en mars 2020, des centres de tri (CDT) pré-hospitaliers ont été créés. Leur objectif était double : examiner les patients dans les conditions sanitaires adéquates et limiter l'afflux de patients aux urgences. L'étude vise à décrire ces CDT en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'objectif était de relever, auprès des médecins généralistes (MG) coordinateurs de ces centres, les éléments ressentis comme positifs et négatifs dans la mise en place et le fonctionnement quotidien des CDT afin d'améliorer le dispositif pour de futures implémentations. Cette étude comportait deux volets : un questionnaire en ligne et des entretiens semi-structurés. Sur les 44 MG coordinateurs contactés, 14 questionnaires et 6 entretiens ont été récoltés. Nous avons mis en évidence une organisation très hétérogène des CDT, adaptée au contexte local, ainsi qu'un décalage entre la dynamique locale, décrite comme efficace, et les difficultés de coopération avec les niveaux fédéral et régional. Les résultats de cette étude pourraient aider dans l'implémentation de prochains plans de prise en charge en période de crise sanitaire.

**MOTS-CLÉS :** COVID-19 - Centres de tri - Médecine générale - Service d'Urgences

### CREATION AND FUNCTIONING OF COVID-19 PRE-HOSPITAL TRIAGE CENTRES : EXPERIENCE OF FRENCH-SPEAKING GP-COORDINATORS

**SUMMARY :** Pre-hospital triage centres were created during the first wave of COVID-19 in March 2020. The intention was to examine patients in appropriate sanitary conditions and prevent emergency departments from overcrowding. This study describes triage centres in the Federation Wallonia-Brussels. The aim of the study was to collect key aspects of triage centres, implementation and information about the daily functioning interpreted positively or negatively by the GP-coordinators in charge of their management. This study was divided into two parts : an online questionnaire and semi-structured interviews. Overall, 14 questionnaires and 6 interviews were collected among the 44 initially contacted GP-coordinators. Our results point to a highly heterogeneous organisation of the triage centres, nevertheless adapted to local contexts, as well as a gap between local effective dynamics and challenges regarding federal/regional cooperation. This study may help for further crisis management plans.

**KEYWORDS :** COVID-19 - Triage centre - General practice - Emergency department

## INTRODUCTION

Peu après l'apparition de l'épidémie COVID-19 en Chine, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la pandémie. Les systèmes de santé ont dû s'organiser pour répondre à l'apparition des nouveaux cas.

La circulation des patients au sein des différents services de santé a été régulée pour diminuer le risque de contamination des patients non infectés et du personnel soignant par les malades de la COVID-19 (1).

En Belgique, l'insuffisance d'équipements de protection individuelle (EPI) a empêché les médecins généralistes (MG) d'examiner leurs patients. Quelques centres ont donc été ouverts pour évaluer ces patients dans de bonnes conditions sanitaires (2, 3).

Dès le mois de mars, les hôpitaux ont fait face à un afflux accru de patients. Des centres de tri (CDT) à proximité des centres hospitaliers ont alors été organisés par des MG en collaboration avec les urgences de l'hôpital adjacent pour faciliter l'adressage optimal des patients.

Ceux-ci y ont été évalués en fonction de paramètres objectifs (fréquence respiratoire, taux de saturation en oxygène, température, ...). Beaucoup, dont l'état n'était pas préoccupant, étaient renvoyés à domicile avec des conseils de suivi (4, 5).

Cette étude vise à décrire la mise en place et le fonctionnement de ces CDT francophones du point de vue des coordinateurs MG afin d'en retirer d'éventuels enseignements pour la future organisation de la première ligne de soins en situation d'épidémie.

(1) Unité de Recherche de Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.

(2) Cellule d'Appui Scientifique et Universitaire du Collège de la Médecine Générale Francophone, Bruxelles, Belgique.

(3) Étudiante, ULiège, Belgique.

## MÉTHODE

L'étude comportait deux phases.

### PHASE 1

Durant la phase 1, les MG coordinateurs des CDT étaient invités par courriel, via les listes fournies par la Fédération des Associations de Généralistes de la Région Wallonne (FAGW) et la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB), à participer à une enquête en ligne. Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré abordant plusieurs thématiques (Tableau I).

À la fin du questionnaire, les participants qui le souhaitaient étaient invités à inscrire leurs coordonnées afin de participer ultérieurement à un entretien semi-dirigé.

### PHASE 2

Durant la phase 2, ces coordinateurs étaient invités pour un entretien à distance avec l'un des chercheurs (L. Joly (LJ), ou C. Duchesnes (CD)) suivant un guide d'entretien préalablement testé. Les questions portaient sur la mise en place du CDT, son fonctionnement, les difficultés et les aides rencontrées, ainsi que des leviers d'amélioration envisagés par le répondant.

Enregistré avec l'accord du participant, l'entretien était ensuite retranscrit en garantissant l'anonymat. L'analyse thématique a été menée par les deux chercheurs (LJ et CD) avec une mise en commun répétée pour lever d'éventuelles interprétations du discours.

Le protocole a obtenu l'approbation du Comité d'éthique BE N°2020/102.

**Tableau I. Thématiques abordées dans le questionnaire en ligne**

Ouverture et fermeture du CDT
Structure abritant le CDT
Personnel du CDT
Communication avec les MG traitants des patients
Données de fréquentation du CDT
Matériel disponible

## RÉSULTATS

Sur les 44 coordinateurs contactés en juin 2020, 15 questionnaires ont été retournés. Un a été écarté car seule la 1<sup>ère</sup> question a fait l'objet d'une réponse. Le Tableau II reprend le nombre de questionnaires recueillis par province.

Parmi les 14 questionnaires, deux concernaient des CDT n'ayant finalement pas ouvert en raison de l'absence de demande. Les résultats présentés portent sur les 12 CDT actifs. Six entretiens ont été menés entre le 18/06 et le 13/07/2020. Une relance a été proposée par mail, sans succès.

### LE CENTRE DE TRI

D'après les entretiens, l'initiative de l'ouverture des CDT a été prise de façon hétérogène et par des acteurs très différents : les services d'urgences, les MG individuels ou représentants de leur cercle, les autorités provinciales ou encore la police. Selon nos répondants, il s'agissait soit de CDT créés *de novo*, soit de structures hospitalières qui se sont vues renforcées par l'arrivée des MG.

Il ressort des questionnaires en ligne que les MG coordinateurs se sont auto-désignés pour cette tâche. La plupart endossaient déjà des fonctions de coordination en tant que responsables de cercle ou de poste de garde. La fonction de coordinateur a été soit assumée seul, soit partagée par plusieurs MG. Le travail de coordination a été décrit comme intense. Cette implication a été rendue possible par la réduction du travail clinique quotidien et l'entraide dans les cabinets médicaux (secrétariat, assistants, collègues).

Les répondants ont mentionné un recrutement aisé des MG pour le fonctionnement quotidien du CDT, sur base volontaire, via notamment

**Tableau II. Nombre de questionnaires par province**

Province	Nombre de coordinateurs contactés	Nombre de questionnaires complétés
Liège	15	6
Luxembourg	4	1
Namur	5	2
Hainaut	9	2
Brabant wallon	3	1
Bruxelles-Capitale	8	2
Total	44	14

les listes des associations de médecins et/ou cercles. Quant au recrutement du personnel infirmier et paramédical, les coordinateurs ont évoqué l'intervention de la Croix Rouge ou de l'hôpital.

En moyenne, 15 à 20 patients ont été reçus quotidiennement par les MG dans les CDT. Une grande variabilité a été mentionnée, avec alternance de périodes de forte et de faible affluence. Les entretiens et les questionnaires en ligne ont montré une certaine hétérogénéité dans les actes prestés par les MG dans le CDT. Dans certains centres, leur rôle s'arrêtait à l'anamnèse et à l'examen clinique; dans d'autres, ils étaient amenés à rédiger des certificats médicaux, voire à prescrire des examens complémentaires (prise de sang, scanner, etc.). Ils assuraient le suivi des résultats ou passaient la main aux urgentistes.

Les répondants nous ont expliqué que les EPI étaient fournis par l'hôpital, par les autorités fédérales, par des dons de particuliers ou de la commune, ou encore par d'autres professionnels (ex : vétérinaires). Ils n'ont pas déploré de pénurie d'EPI dans les CDT. La nécessité de prévoir du matériel de diagnostic pour envisager d'autres problèmes que la COVID-19 a été soulignée (ex : otoscope). Le matériel informatique a été installé par les hôpitaux ou par les fournisseurs de logiciels médicaux.

La fonction de tri a duré environ 1 mois. Alors que certains CDT ont fermé faute d'activité, certains ont poursuivi le tri à faible régime avec démarrage, en parallèle, du testing.

## LE PARCOURS DU PATIENT DANS LE CDT

Selon les répondants, le parcours des patients dans le CDT était efficace; il était assez semblable dans les différents CDT. Le patient pouvait se présenter spontanément ou sur demande de son MG. Il était accueilli par un infirmier ou par le personnel de la Croix Rouge. Ensuite, son état clinique était évalué sur base d'un algorithme, dans lequel la saturation et la fréquence respiratoire étaient des éléments pivots. Ces algorithmes provenaient du Collège de Médecine Générale et de sa Cellule d'Appui Scientifique Universitaire, avec ou sans adaptation, ou étaient proposés par l'hôpital, en concertation éventuelle avec les MG. En fonction de son état, le patient était ainsi dirigé vers le MG du CDT ou vers les urgences.

## QUELQUES PROBLÈMES ONT ÉTÉ SOULEVÉS

Différents intervenants répétaient parfois les mêmes actions (anamnèse et prise de paramètres) engendrant une perte de temps.

Ensuite, les patients présentant des symptômes aspécifiques pouvant relever de la COVID-19 ou d'autres pathologies étaient parfois difficiles à orienter entre le CDT et les urgences.

*« Quelqu'un qui arrivait et qui n'était pas bien mais qui [...] ne venait pas forcément pour une suspicion de Covid mais c'était un peu douteux, on ne savait pas si on devait le voir, nous, ou si on devait l'envoyer aux urgences ». (Ent 4).*

Certains répondants ont relevé la nécessité d'aller au-delà du simple tri Covid initialement recommandé pour répondre à la réalité des différentes présentations cliniques.

*« La fonction de tri au départ, c'était vraiment de trier Covid/pas Covid, hospit/pas hospit. Ça, c'était vraiment la fonction première au départ recommandée pour les CDT. Nous, on examinait la gorge, parfois les oreilles et on auscultait et, parfois, on faisait une palpation abdominale. Certaines personnes ont été transférées aux urgences, c'était une pancréatite ou c'était une pyélonéphrite [...] ce n'était pas un Covid finalement. Et donc, heureusement qu'on a examiné certaines personnes ». (Ent 4).*

Enfin, les patients qui nécessitaient une prise en charge hospitalière étaient transférés aux urgentistes. Ceci pouvait engendrer quelques difficultés s'il s'agissait d'un patient non-Covid.

*« Il est arrivé que des médecins de la tente téléphonent en disant : "[...] je t'envoie aux urgences un patient parce que voilà" et les médecins des urgences qui décrochent disent : "non [...] ce n'est pas du Covid, tu le renvoies chez le généraliste". [...] ce n'est pas parce qu'on envoie quelqu'un à la tente et que ce n'est pas du Covid, que ce n'est pas pour autant un infarctus ou une dissection aortique ou autre chose [...] les urgences sont là pour ça quand même ». (Ent 2).*

## FINANCEMENT

Les fonds nécessaires à la mise en place de la structure du CDT ont été initialement dégagés par les hôpitaux et, parfois, par la province.

D'après les entretiens et les questionnaires en ligne, le financement des CDT a été assez complexe. Des budgets ont été prévus par l'INAMI. Ces sommes ont souvent été perçues par l'hôpital qui les a redistribuées aux MG. Cependant, la répartition des sommes n'a pas toujours été négociée avec les MG coordinateurs, ce qui a parfois engendré des tensions.

Quant au paiement des MG assurant le tri quotidien, les coordinateurs expliquent que les directives de l'INAMI sont arrivées tardivement et qu'ils ont dû décider, en urgence, si les méde-

cins seraient payés à l'acte ou de manière globalisée pour le centre.

### **COLLABORATION DES PRESTATAIRES DU CDT AVEC LES ACTEURS DE PROXIMITÉ**

Après leur passage au CDT, la majorité des patients étaient renvoyés au domicile. La communication vers le MG traitant n'était pas toujours aisée et se limitait souvent à un contact téléphonique. Les MG du CDT n'étant pas habitués à utiliser le programme informatique hospitalier, celui-ci n'a que peu servi pour émettre des rapports vers les MG traitants. L'application Safelink® permettant le suivi à distance de patients Covid en ambulatoire, n'a pas été utilisée; les répondants évoquent le petit nombre de MG inscrits sur l'application pour en justifier l'abandon.

Les coordinateurs trouvent que la communication et la collaboration entre MG du CDT et hôpital se sont bien passées. Ils évoquent accueil, respect, disponibilité et écoute des besoins de chacun. Les adaptations à apporter étaient discutées et concertées.

*«Moi, j'ai vraiment senti que la collaboration avec les MG était pour eux vraiment essentielle. [...] Quand on avait des choses à communiquer, des choses à décider ensemble, ils étaient super ouverts.»* (Ent 3).

Le fait que les personnes impliquées se connaissaient préalablement a été évoqué comme facteur favorisant la collaboration. Plusieurs répondants signalent l'impression de reconnaissance du travail des MG par le personnel hospitalier.

*«Tous les protocoles qu'on a mis en place étaient validés systématiquement, et par le CA du poste de garde, et par le directeur de l'hôpital et le chef des urgences et puis après, avec les gens du labo etc. Donc on a eu vraiment un chouette travail, là, je ne m'attendais pas du tout à ça. Les liens se sont vraiment resserrés.»* (Ent 6).

### **COMMUNICATION AVEC LES AUTORITÉS**

Les répondants soulignent le caractère pénible du nombre élevé de sources d'informations et de leur redondance.

*«Et pendant la crise, et encore maintenant, il y a plein de canaux qui sont ouverts. Et ça, c'était au niveau national, fédéral. Et au niveau provincial, c'est pareil, il n'y avait pas de canal d'information correct.»* (Ent 5).

Ils évoquent la communication avec le niveau fédéral en termes peu élogieux : pas de directive,

des contacts téléphoniques qui ne répondent pas, des réponses tardives aux questions adressées par mail. La connaissance d'une personne particulièrement investie permettait parfois d'avoir les renseignements demandés.

*«Il n'y avait pas de général, pas de capitaine ; on était à la guerre, mais il n'y avait pas un meneur de troupes !»* (Ent 6).

Les répondants pensent que les autorités régionales manquaient d'informations de terrain sur les institutions et services existants. Ceci a été perçu comme facteur limitant à l'adaptabilité du système.

*«Moi je suis devenu dingue : vous appelez le fédéral on vous dit "non c'est telle personne du fédéral" qui vous renvoie vers une autre personne du fédéral qui vous dit "non en fait c'est l'AViQ" et l'AViQ vous dit "non c'est cette personne-là" et puis, au bout de six ou sept coups de téléphone, vous ne savez toujours pas ce que vous devez faire et qui vous devez contacter.»* (Ent 2).

Une grande hétérogénéité en termes d'implication est à noter dans les réponses obtenues concernant les autorités provinciales.

Les autorités des différents niveaux de pouvoir ont contacté les coordinateurs pour obtenir des informations concernant la gestion de leur CDT. Les répondants mentionnent des demandes inabouties, inappropriées et ne donnant lieu à aucune forme de communication ultérieure. Une organisation plus claire, pyramidale, avec des personnes de référence aux divers niveaux territoriaux, dont la province jouerait le rôle central de coordination, a été proposée.

*«Il faut une coordination minimum provinciale, ce qui n'a jamais été fait. Ici c'est un plan catastrophe national [...] mais il faudrait que ça passe aussi par les provinces.»* (Ent 5).

*«Cartographe, et savoir dire «Ok, quand je veux poser une question là-dessus [...] c'est cette personne-là, la personne de référence.»* (Ent 1).

### **SOUTIEN DES INSTITUTIONS**

Les cercles de MG, qui ont la responsabilité d'organiser la permanence des services ou des soins de MG sur un territoire, ont transmis les informations à leurs bases et soutenu la mise en place des CDT. Les FAGW et FAMGB ont joué un rôle cohésif en facilitant les liens entre CDT. Les coordinateurs de CDT et les présidents de cercles de MG y trouvaient des informations claires et pouvaient échanger avec leurs homologues pour trouver des réponses aux questions spécifiques de leur CDT.

«On avait souvent des réunions avec le FAG et ça c'était vraiment bien parce que là, c'est le président du FAG qui nous a mis en relation, tous, tous les responsables des CDT ou des postes, des cercles de médecine générale qui essaient d'organiser des CDT.» (Ent 4).

Le Collège de Médecine générale a produit beaucoup de documents scientifiques à destination de tous les MG, perçus comme pertinents. En prendre connaissance représentait cependant, d'après les répondants, une charge de travail importante.

Le soutien du Groupement Belge des Omnipraticiens a été reconnu par les répondants dans la défense des professionnels.

## DISCUSSION

Cette étude visait à explorer l'expérience des coordinateurs MG de CDT pendant la 1<sup>ère</sup> vague de Covid en Fédération Wallonie-Bruxelles, au moyen de questionnaires auto-administrés et d'entretiens semi-dirigés.

### FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Le recrutement des participants a été compliqué par le manque de liste officielle des CDT en activité et de leurs coordinateurs respectifs, en particulier en Wallonie. La liste enregistrée auprès de l'INAMI (6) reprenait des CDT qui n'ont pas ouvert et des données de contact uniquement hospitalières.

Le taux de participation faible peut s'expliquer par le fait que cette étude a été réalisée après la 1<sup>ère</sup> vague, en période de reprise de l'activité clinique. Nous avons interrogé des MG, d'autres parties prenantes des CDT (responsables hospitaliers, provinciaux,...) auraient pu apporter un éclairage complémentaire. Les questionnaires et interviews ont cependant permis de comprendre en détail ce qui s'est joué sur le terrain face à cette crise sanitaire, et de relever les points forts et les difficultés.

### SITUATION LOCALE

La collaboration efficace entre les urgences et les MG peut être expliquée par la présence de partenariats locaux préexistants, formels ou informels. Ici, nous n'avons eu que des exemples positifs d'interactions locales, personnes-dépendantes, mais nous postulons que des relations conflictuelles locales auraient pu avoir des conséquences néfastes sur l'ouverture et/ou le bon fonctionnement des centres, et donc sur la santé publique. Ces éléments soulignent

l'importance d'une connaissance mutuelle et de protocoles de collaboration préexistants entre acteurs locaux (ex : SyLoS) (7) ainsi que d'une structuration territoriale des lignes de soins (MG et hôpital) (8).

Quelques difficultés ont cependant été relevées dans le fonctionnement des CDT. Le coût des infrastructures, la mise à disposition du matériel ont été majoritairement supportés par les hôpitaux avant qu'une décision de financement ne soit prise. Certaines parties du financement ont été versées aux hôpitaux alors qu'aucune règle de répartition entre hôpital et médecine générale n'existait. Ceci a, par endroit, généré des tensions entre l'hôpital et les MG coordinateurs. Ceci souligne le besoin d'un cadre préétabli.

Par ailleurs, la différence relevée entre les centres dans les tâches dévolues aux MG pose la question du profil de compétences endossé : a-t-il été négocié avec le/les MG, était-il adéquat par rapport aux compétences de ces derniers ? Une répartition claire des tâches cliniques entre MG et urgentistes semble importante pour éviter les «flottements» décrits dans la prise en charge des patients hors Covid lorsque ceux-ci nécessitent une référence à la 2<sup>ème</sup> ligne.

En outre, l'importance de la crise sanitaire semble avoir entraîné un «effet tunnel» (focalisation sur la Covid), laissant peu de place aux diagnostics différentiels. Garder l'attention sur les autres pathologies, maintenir dans les CDT la possibilité d'un examen clinique complet, faciliter le transfert aux urgences en cas de doute sur une autre affection, permettraient d'éviter les lacunes de prise en charge. Les effets tunnels sont, il faut le rappeler, un facteur de risque majeur d'accidents médicaux (9, 10).

Enfin, la communication souvent problématique du CDT vers les MG traitants nécessite de réfléchir à des voies de communication rapides, fiables, utilisables par tous les MG pour assurer la continuité des soins des patients orientés vers le domicile.

Malgré ces points d'attention, nous retenons que les CDT ont été créés grâce à une dynamique efficace entre acteurs locaux et qu'ils étaient adaptés au contexte local et aux ressources disponibles.

### RELATIONS DU CDT AVEC LES AUTORITÉS

Paradoxalement, à côté de cette dynamique locale positive, l'action des autorités fédérales et régionales (en particulier en Wallonie) a été perçue comme tardive et peu efficace. En cause, une méconnaissance des acteurs de

terrain et de leurs représentants ainsi qu'une communication déficiente vers la 1<sup>ère</sup> ligne. Ceci est lié, d'après notre étude, à l'absence d'une personne de contact désignée auprès des autorités, de canal de communication efficace et unique, d'une répartition claire des tâches entre les organes de pouvoir, ainsi qu'à des prises de décisions tardives au niveau fédéral.

Nous avons cependant récolté, dans cette étude, un exemple pour lequel la collaboration avec les autorités a été très efficace; ceci était clairement lié à la connaissance du terrain par le représentant de l'autorité provinciale. Entre le niveau local et le niveau fédéral, nous avons également mis en évidence le rôle clef possible de la province (directeurs médicaux et gouverneurs), permettant d'implémenter les directives fédérales et de répondre de façon rapide aux difficultés du terrain.

### PISTES POUR L'AVENIR

Cette crise a agi comme un révélateur des failles et des opportunités préexistantes.

Le renforcement de la coopération entre MG, notamment via les cercles, et entre la médecine générale et les hôpitaux pendant et en-dehors d'une période de crise, apparaît fondamental (1, 8). Il passe aussi par la reconnaissance des compétences et des spécificités de chaque profession et par la formalisation de protocoles de crise conjoints et utilisables sur le terrain.

Réorganiser les niveaux de décision sous forme pyramidale, où l'échelon intermédiaire joue un rôle clé, répartir clairement les compétences entre les différents acteurs (y compris à l'intérieur des centres eux-mêmes), planifier et tester des canaux de communication uniques, désigner des personnes de contact à chaque niveau de pouvoir, connues de tous, joignables et réactives, s'avèrent également indispensables.

Enfin, il semble important d'émettre des recommandations d'organisation claires, mais adaptables au contexte local. Ces éléments nous paraissent être la pierre angulaire d'une adaptation réussie à une crise ultérieure.

### CONCLUSION

Cette étude montre une organisation hétérogène des CDT en Fédération Wallonie-Bruxelles, la présence d'une dynamique locale favorable et une coopération difficile avec les autorités régionales et fédérales.

Pour la gestion de crises ultérieures, il serait judicieux d'établir un cadre clair d'organisation, avec une mise en oeuvre flexible au niveau local.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Belche JL, Joly L, Crismer A, Giet D. Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie de COVID-19. *Rev Med Liege* 2020;**75**(Suppl1):29-37.
2. Gilbert A, Brasseur E, Petit M, Donneau AF, et al. Immersion in an emergency department triage center during the COVID-19 outbreak: first report of the Liège University hospital experience. *Acta Clin Belg* 2020;1-7.
3. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Royen PV. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020;**10**:e039674.
4. Lieux de triage [Internet]. Marche: Collège de Médecine Générale;2020 [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.le-gbo.be/wp-content/uploads/2020/03/200318-Lieux-de-triage.pdf>
5. Covid 19- Communication de la Conférence interministérielle Santé sur le rôle des centres de tri dans la stratégie de testing de la population [Internet]. GBO. 2020 [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.le-gbo.be/11-05-2020-covid-19-communication-de-la-conference-interministerielle-sante-sur-le-role-des-centres-de-tri-dans-la-strategie-de-testing-de-la-population/>
6. INAMI. Centre de triage - Triage Centra Lijst. 2020.
7. Van der Vennet J. La stratégie de coordination des SyLoS. *Santé Conjuguée* 2019;**89**:33-4.
8. Jamart H, Maele LV, Ferguson M, Drielsma P. La première vague de COVID-19 en Belgique et les soins primaires. *Rev Med Suisse* 2020;**16**:2119-22.
9. Bertaux A, Alameda B, Tataw J, Kenfak A. Effet tunnel en contexte d'épidémie. *Rev Med Suisse* 2020;**16**:2392-6.
10. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008;**121**:S2-23.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr L. Joly, Unité de Recherche Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.  
Email : [ljoly@uliege.be](mailto:ljoly@uliege.be)