

COMMISSION SPECIALE CHARGE D'EXAMINER LA GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

LUNDI 08 MARS 2021

Après-midi

BIJZONDERE COMMISSIE BELAST MET HET ONDERZOEK NAAR DE AANPAK VAN DE COVID-19-EPIDEMIE DOOR BELGIË

van

MAANDAG 08 MAART 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 04 et présidée par Mme Laurence Hennuy. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.04 uur en voorgezeten door mevrouw Laurence Hennuy.

Hoorzitting met mevrouw Florence Caeymaex, voorzitter, en de heer Paul Cosyns, ondervoorzitter van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

Audition de Mme Florence Caeymaex, présidente, et M. Paul Cosyns, vice-président du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique.

La **présidente**: Bonjour chers collègues, nous accueillons aujourd'hui Florence Caeymaex, présidente du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique et Paul Cosyns, qui en est le vice-président. Je leur souhaite la bienvenue. Ils ont prévu un *powerpoint* de présentation qui contient une partie des réponses à nos questions. Je leur laisse une heure pour cette présentation, ensuite nous ferons le tour des groupes pour les questions supplémentaires.

Paul Cosyns: Mevrouw de voorzitter, wij hebben de tien bladzijden aan vragen die u ons hebt gesteld, in verschillende thema's ondergebracht. We zullen u eerst het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek voorstellen, hoe we werken en hoe we worden samengesteld. Daarna zullen we iets vertellen over advies nr. 48: "Belgisch operationeel plan influenzapandemie", waarover u verschillende vragen hebt gesteld. Wij hebben dat advies uitgebracht in 2009, maar daaraan is geen of weinig gevolg gegeven. Daarna komen we tot de aanbevelingen over de prioriteiten in de zorg, vervolgens bij de prioritering bij de vaccinatie en het thema van de verplichte vaccinatie. In het volgende punt zullen we de situatie van de woonzorgcentra belichten en de catastrofale situatie tijdens de eerste golf. Er zijn ook vragen

gesteld over de mentale gezondheid en ook hebt u vragen gesteld over de moeilijkheden die wij hebben ondervonden bij het uitvoeren van ons werk en bij het opstellen van onze adviezen.

Ik geef eerst het woord aan mijn collega Florence Caeymaex.

Ik zal ook mezelf even voorstellen. Ik ben covoorzitter van het Raadgevend Comité en emeritus hoogleraar Psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen.

Florence Caeymaex: Madame la vice-présidente, mesdames et messieurs les commissaires, je vais prendre la parole en tant que présidente du Comité consultatif. Mes qualités sont d'avoir une formation de philosophe et de travailler comme chercheuse et professeur à l'université de Liège dans ce domaine, et plus particulièrement dans l'éthique.

Il nous a semblé nécessaire au démarrage de cette audition de refaire le point sur le fonctionnement du Comité et de vous dire qui nous sommes. Nous savons que beaucoup de gens ignorent le fonctionnement, voire même l'existence de notre Comité. Le Comité a été créé par un accord de coopération conclu en 1993 entre le gouvernement fédéral, les Communautés et les Régions. Il s'agissait là de l'acte législatif. Son installation réelle pour le premier mandat a eu lieu en 1996. C'est une instance qui est créée par un accord de coopération, mais qui reste indépendante des autorités qui ont signé l'accord de coopération. Cela veut dire que nous travaillons de manière indépendante et non pas à la ou sous la surveillance des autorités.

Comment le Comité est-il composé? Il y a 35 membres effectifs, 35 suppléants et 8 membres dont l'avis, la voix est consultative. Cela fait quand même pas mal de monde. C'est une composition

équilibrée à plusieurs niveaux ou sur plusieurs aspects. D'une part, les compétences professionnelles: vous avez des médecins, des juristes, des académiques des sciences humaines. Vous avez parfois aussi d'autres professions, comme une infirmière qui est professeur dans une université. D'autre part, il y a aussi un équilibre quant aux profils philosophiques et idéologiques, qui s'alignent en quelque sorte sur des piliers bien connus en Belgique. Il y a un équilibre dans le nombre de femmes et d'hommes qui composent le Comité et il y a bien sûr aussi, au niveau des langues, une représentation équilibrée des membres néerlandophones et francophones.

Le travail est piloté par un bureau qui est composé de quatre co-présidents. Comme un mandat est de quatre années, parmi ces quatre membres du bureau, chacun à son tour sera président pour une année. Nous sommes assistés par un secrétariat où nous avons l'aide de six fonctionnaires qui sont détachés des services liés aux autorités qui ont signé l'accord.

Ce sont ces autorités signataires de l'accord de coopération qui nous financent et nous accordent un financement sur leur propre budget.

À ce jour, le Comité a publié 75 avis depuis son tout premier concernant l'euthanasie que vous pouvez consulter facilement sur le site du Comité, en deux langues et parfois même trois, car nous procédons parfois à la traduction en anglais. Notre mission est de remettre des avis et que ceux-ci aient à la fois une valeur pour l'animation du débat public et parlementaire et plus largement, d'information à direction de la société et de conseil aux autorités, en particulier de santé.

L'objet de notre travail, défini par l'accord de coopération, est de travailler sur des problèmes surgissant suite ou dans la vague de la recherche et des applications dans le domaine de la biologie, de la médecine et des soins de santé. L'on pourrait dire que nous interrogeons la pratique médicale, mais également les sciences et les technologies médicales qui s'insèrent dans les pratiques.

Notre recherche porte toujours sur les aspects éthiques, sociaux et juridiques avec une attention plus précise aux droits de la personne, aux droits de l'Homme. C'est cela la cible de nos travaux, en général.

Petite précision pouvant vous intéresser concernant les personnes habilitées à nous saisir: les ministres, les présidents de Parlement, les universités et les hautes écoles, les institutions de soins, les institutions de recherche scientifique et également les comités d'éthique présents dans les

hôpitaux ou les universités.

Nous sommes saisis par des instances diverses parmi celles-ci, mais nous pouvons publier – et l'avons très souvent fait – des avis à notre initiative. Quelquefois lorsque les personnes qui veulent nous interroger ne sont pas habilitées à le faire, nous pouvons transformer leurs demandes en autosaisine. Nous l'avons régulièrement fait.

Sur les 75 questions ou demandes d'avis qui ont d'ailleurs parfois été portées par plusieurs instances, 12 émanent des Parlements, 32 des ministres, 4 des institutions de soins, 18 des comités d'éthique, 15 sont des autosaisines et 12 ont été portées par des universités.

Nous avons aussi publié d'autres documents qui ne sont pas des avis à proprement parler, à savoir neuf avis par lettre – il s'agit ici de réponses par lettre qui ont un peu moins d'ampleur que les avis –, une réponse par lettre toute simple, et une recommandation qui est le texte que nous avons publié au mois de décembre sur la priorisation dans les soins. Nous rendons aussi des avis dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 qui ont pour objet de valider l'inscription de certains centres comme expérimentateurs. En effet il s'agit de demandes d'organismes afin d'être agréé comme promoteur d'expérimentations non commerciales ;c'est l'AFMPS qui accorde l'agrément et qui demande notre avis. Mais il s'agit ici d'un point assez technique qui ne nous intéresse pas directement.

Notre rôle consiste aussi à informer le public, les gouvernements et les Parlements: à travers nos avis, mais aussi à travers un rapport d'activités annuel qui est ou qui était traditionnellement envoyé aux parlementaires des différents gouvernements. Dans ce rapport, nous présentons les travaux effectués en cours d'année, les avis publiés. Nous informons aussi la presse et à travers la presse.

Nous avons une mission de constitution de documentation. Nous avons une bibliothèque assez fournie en matière d'éthique médicale qui est accessible au public sur demande.

Une autre de nos missions importantes est d'organiser de manière bisannuelle une conférence dans le cadre de laquelle sont traitées des questions éthiques actuelles. Il s'agit d'un événement tourné vers le grand public et vers les étudiants en particulier. Cette année, sera organisée une conférence bisannuelle qui correspondra à l'anniversaire des 25 ans du Comité. Le thème de la conférence de cette année est un sujet de bioéthique bien classique, à savoir l'autonomie, thème que nous allons tenter de

revisiter et d'aborder d'une nouvelle manière, grâce notamment à l'apport des sciences humaines.

Enfin, je vous présente rapidement quelques images de la page web du Comité ainsi que les titres des avis dont nous allons parler, à savoir la recommandation concernant les aspects éthiques de la priorisation dans les soins et l'avis 75.

Paul Cosyns: De eerste reeks vragen die wij gekregen hebben van uw diensten betreft advies 48, over het Belgische operationeel plan betreffende influenzapandemie op vraag van minister Onkelinx in 2009. Zij vroeg ons advies over wat er moet voorzien worden ingeval van een pandemie. In dat advies, dat ongeveer 40 bladzijden telt, behandelen wij eigenlijk uitvoerig thema's die nu aan de orde zijn, zoals quarantainemaatregelen; de nood aan een kaderwet met betrekking tot influenza, zoals er nu sprake is van een kaderwet met betrekking tot de pandemie; prioritering en deprioritering; de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden en maskers.

Het plan-Onkelinx voorzag in 2008 32 miljoen maskers, maar het Comité zei in zijn advies dat dit onvoldoende was. Wij kunnen alleen maar vaststellen, nu de pandemie uitgebroken is, dat er niets voorhanden was van hetgeen voorzien of aanbevolen was, met alle negatieve gevolgen van dien.

U stelde ons vragen in verband met de opvolging van dat advies. De opvolging van een advies is geen taak van het Raadgevend Comité. Wij geven een antwoord aan degene die ons de vraag stelt, maar het is de overheid die verantwoordelijk is en beslist om daaraan wel of niet gevolg te geven.

Wij hebben ons de vraag gesteld of onze adviezen wel voldoende bekend zijn door de beleidsmakers. Wij hebben inderdaad kunnen vaststellen bij contacten dat personen die toch een hoge positie hadden, het bestaan van ons advies uit de pers vernomen hadden en niet eens wisten dat het bestond.

Wij brengen jaarlijks een jaarverslag van onze activiteiten aan de parlementsleden. De vraag is echter of het niet nuttig zou zijn dat wij ons jaarverslag jaarlijks voorleggen aan het Parlement en de parlementsleden, met de bedoeling om de nadruk te leggen op hetgeen maatschappelijk relevant is in de periode die voorbij is. Dat is een suggestie.

Het volgende punt dat wij willen behandelen aan de hand van de vragen die u gesteld hebt, gaat over prioritering van zorg.

In de eerste plaats wil ik iets zeggen over de prioritering en de triageproblemen. In beginsel, en dat is zeer duidelijk, moet de toegankelijkheid tot de zorg maximaal gevrijwaard worden voor alle patiënten en zijn alle patiënten fundamenteel gelijkwaardig. Als u vraagt of patiënten getrieerd werden voor opname uit een woon-zorgcentrum of getrieerd worden voor opname op intensieve zorgen, dan is mijn antwoord ja. Het is natuurlijk ja, want ook in de reguliere geneeskunde, buiten de covidpandemie, gebeurt triage. Ik denk bijvoorbeeld aan de transplantatiegeneeskunde. Als wij een nier, een lever of een hart hebben, dan moeten wij kiezen aan wie wij die zullen geven, wetende dat de patiëntenwachttijd lang is en dat er patiënten zullen sterven omdat er geen organen beschikbaar zijn. Triage betekent dus dat artsen patiënten selecteren of kiezen voor een welbepaalde behandeling. Dat heeft ethische implicaties. Kiezen betekent ipso facto een ongelijke behandeling. Niet kiezen, is ook een vorm van kiezen en een actieve keuze.

De triagevraag in deze pandemie was natuurlijk zeer scherp, wegens de schaarste aan middelen en bedden. Op welke basis wordt op een ethisch verantwoorde wijze gekozen? De basisvraag voor elke opname, covidgerelateerd of niet, is: maakt de patiënt een redelijke kans op overleving en kan een gunstige uitkomst van de behandeling verwacht worden, wat de levenskwaliteit betreft? Betekent de opname een gezondheidsvoordeel voor de patiënt? De ethische overweging van de arts betreft eigenlijk het efficiënt gebruikmaken van schaarse middelen, volgens wat men het maximalisatieprincipe noemt. Dat wil zeggen dat men beslissingen neemt ten voordele van het grootste goed voor het grootste aantal. "*Offrir des soins à qui en profitera le plus.*"

Wij zijn er ons natuurlijk van bewust dat dat utilitaristische perspectief in contrast staat met het rechtvaardigheidsbeginsel van een gelijke behandeling of een gelijke toegang tot de behandeling voor iedereen en de bescherming van de meest kwetsbaren. Er is veel discussie geweest over de leeftijd. Het is duidelijk dat leeftijd op zich geen beslissende factor gebleken is voor een opname. De kans dat een patiënt een gezondheidsvoordeel kan halen uit een opname is afhankelijk van comorbiditeiten en zijn algemene toestand. Er is veel gesproken over het gebruik van schalen, zoals de *clinical frailty scale*. Het is echter niet nuttig om daar verder op in te gaan.

Florence zal de inhoud van het advies nader beschrijven.

Florence Caeymaex: J'aborderai quelques éléments saillants de l'avis qui doivent être

soulignés.

Première chose, donner un avis éthique, ce n'est pas donner des critères de tri ni un arbre décisionnel. De fait, qu'on soit dans une situation de pénurie ou dans une situation dite normale, comme Paul Cosyns vient de l'expliquer, cela demande des critères médicaux. Cela demande des décisions qui seront toujours des décisions singulières effectuées par les médecins en situation.

Un comité d'éthique n'a pas vocation à se substituer aux personnes qui doivent prendre des décisions. Que fait un avis éthique? C'est donner des repères éthiques à combiner avec les critères de décision ou de priorisation médicaux. Donner des repères éthiques, cela signifie donner des valeurs, des principes ou des orientations qui sont susceptibles de fonder éthiquement des décisions qui resteront des décisions prises par les médecins et qui seront toujours singulières. C'est cela l'orientation que nous avons donnée à notre avis.

Un deuxième point important dans cet avis et qui devrait sans doute valoir pour des circonstances autres en réalité, dans le cas d'une autre pandémie ou d'autres problèmes sanitaires de grande ampleur, c'est que, pour nous, les recommandations éthiques ne devaient pas porter seulement sur les décisions médicales individuelles. Nos repères éthiques ne sont pas seulement des repères pour la décision médicale individuelle mais ils portent sur l'écosystème où ces décisions ont lieu. Nous avons donc abordé la question de l'organisation des soins dans l'hôpital, l'aspect "patient" et l'importance des droits du patient dans les décisions qui sont à prendre. Il ne s'agit pas seulement de respecter les droits du patient mais la référence aux droits du patient peut être une aide à la décision.

Nous avons abordé la décision médicale en tant que telle - j'y reviens -, c'est-à-dire tous les repères éthiques qui nous semblent être importants pour les prises de décision médicale. Nous avons également abordé la coordination avec les acteurs du soin extérieur à l'hôpital, c'est-à-dire l'organisation entre les hôpitaux et les autres institutions de soins.

Je ne vais pas détailler tout cela. Je vais seulement souligner quelques points essentiels concernant la décision médicale, c'est-à-dire ce qui nous paraissait important ou les points d'attention pour ce qui concerne les décisions médicales.

Notre perspective est qu'il faut tenir au maximum, autant que possible dans une situation de pénurie ou d'anticipation de la pénurie, le principe d'une

décision médicale. Pourquoi disions-nous cela? Parce qu'il arrive que, dans certaines circonstances, la décision médicale cède la place à la loterie, aux effets des privilèges et du hasard. En réalité, c'est une véritable décision éthique. Le principe de tenir et de faire jusqu'au bout une décision médicale dont quelqu'un peut répondre est très important éthiquement, plutôt que de dire, par exemple, à un moment "premier arrivé, premier servi".

C'est un sujet de controverse en éthique: garder le principe jusqu'au bout, aller le plus loin possible dans une décision qui est assumée par les gens qui la prennent et qui n'est pas déléguée à la loterie, au hasard, au social ou au jeu des privilèges sociaux.

Un deuxième principe qui est fondamental pour nous est que dans une situation de pénurie, il est important de garder le cap d'un maximum de vies sauvées et d'années de vie de qualité pour le patient. Pourquoi souligner ceci? Cela semble aussi aller de soi mais vous pouvez également avoir des stratégies qui viseraient un nombre global d'années de vie sauvées, ce qui n'est pas du tout la même chose. Si vous visez un nombre global d'années de vie sauvées, vous allez potentiellement donner la priorité aux personnes les plus jeunes; mais si vous réfléchissez à un maximum de vies individuelles sauvées et qui doivent être sauvées avec un objectif d'une qualité minimale de vie après, c'est-à-dire que le patient soit mieux après qu'avant, alors vous avez un critère complètement différent qui, bien évidemment, va inclure les personnes âgées ou certaines personnes fragiles, pour autant que le soin soit indiqué pour elles.

Un troisième point qui nous a paru important et qui a déjà été souligné par Paul Cosyns, c'est l'inévitable tension entre l'utilitarisme médical d'un côté, nécessaire pour assurer le bon usage des ressources disponibles et d'un autre côté le principe d'égalité d'accès aux soins. Quand vous êtes dans une perspective d'utilitarisme médical - et celle-ci peut se dramatiser quand les soins viennent à manquer -, vous mettez en jeu le principe d'égalité d'accès aux soins car vous allez devoir faire des différences, prendre en compte les différences qui comptent et des différences qu'il va falloir pouvoir justifier, tant médicalement qu'éthiquement.

Ce sont trois axes très importants. C'est le sens profond. C'est le sens éthique de l'avis, de la recommandation que nous avons publiée. Il nous semblait important, en conséquence de ces trois points, de mettre à l'avant-plan le stress moral que cette tension entre l'impératif utilitaire et l'impératif

d'égalité engendre pour les soignants. Ne pas le dissimuler, ne pas le mettre sous le tapis parce qu'en réalité, c'est cela qu'ont vécu beaucoup de soignants qui anticipaient la pénurie ou qui étaient ou se sentaient tout près de la pénurie. Prendre des décisions dans des circonstances comme celles-là n'engendre pas seulement une tension intellectuelle entre deux principes. C'est quelque chose qui est vécu. Nous voulions le souligner pour dire que c'est parfaitement normal que cela arrive.

La réflexion éthique aide à prévenir, ou plutôt justement à résoudre en partie ce stress moral, sans qu'aucune solution tout terrain ne puisse évidemment être donnée.

Je crois que ce sont trois points essentiels qui bien sûr sont déclinés en recommandations plus précises. Toutes les recommandations que nous avons données, celles que nous pouvions donner, partent de, et en quelque sorte approfondissent cette tension entre les deux.

Je vais juste en donner un exemple. On sait que certaines personnes peuvent arriver à l'hôpital dans des circonstances tendues avec certaines vulnérabilités. Si on réduit l'analyse clinique des personnes à un algorithme ou à simplement un ensemble de scores sur des échelles, leurs vulnérabilités vont jouer en défaveur de ces personnes quand il s'agit de prioriser.

Nous avons souligné l'importance de pouvoir distinguer ici des vulnérabilités qui ne sont pas compensables de vulnérabilités qui pourraient l'être. On pourrait dire: attention, il y a des vulnérabilités qui vont peut-être amener à déprioriser les gens, mais n'oublions pas qu'on peut peut-être les corriger en même temps qu'on va leur donner un accès aux soins.

Il faut faire très attention aussi que certaines vulnérabilités ne sont pas seulement strictement médicales, mais peuvent être corrélées à des facteurs sociaux, à des facteurs économiques, et que, quand on prend une décision de priorisation, on est parfois aussi en train, en quelque sorte, de valider les inégalités sociales. Cela doit rester quelque chose de présent à l'esprit des personnes qui décident.

Bien sûr, c'est très difficile, surtout dans l'urgence. C'est pourquoi nous avons aussi recommandé et appuyé l'idée de décisions collégiales qui incluent diverses professions ou diverses personnes qui ont chacune un regard différent sur la situation des personnes qui arrivent à l'hôpital. Les infirmiers ou les infirmières sont peut-être importants également dans l'histoire, et parfois pas suffisamment entendus pour leur perspective spécifique sur les

patients.

C'était cela l'essentiel. Et n'oublions pas aussi, vous pouvez le lire dans l'avis, tout ce que nous avons dit sur l'importance de la coordination. Pourquoi? Parce que cela revient dans le travail que nous sommes en train de faire sur les maisons de repos et de soins, dont nous allons parler tout à l'heure.

Ce que nous venons de décrire ici, ce sont les préconisations de la Recommandation publiée, si je ne m'abuse, le 21 décembre dernier. Nous avons, en décembre, également publié un autre texte qui est, là, véritablement un avis. Cet avis concerne la priorisation dans la vaccination.

Ici, quels sont les éléments importants à retenir? Le premier est que nous avons cherché à donner ou à montrer le fondement éthique d'un choix en faveur de la vaccination.

Quand une société choisit la vaccination, elle le fait évidemment pour des raisons pragmatiques, des raisons sanitaires, des raisons ou des objectifs de santé publique; mais ce que nous voulions montrer également, c'est que la vaccination a aussi un fondement éthique. Nous avons d'excellentes raisons éthiques d'opter pour une campagne de vaccination. Dans nos réflexions du mois d'octobre, plusieurs scénarii possibles s'offraient aux sociétés comme la Belgique, la France, l'Europe ou d'autres pays dans le monde. Un scénario était de laisser courir le virus en attendant l'immunité collective. Un deuxième scénario était de laisser s'isoler les personnes les plus fragiles pendant que le reste de la société vaque à ses occupations ordinaires, avec un poids qui pèse évidemment sur les personnes les plus fragiles ou les plus à risque.

Il y avait un troisième scénario qui était celui de l'immunité collective, cette fois non pas par la vie naturelle du virus mais par la vaccination. Et pour des raisons que nous estimons être des raisons de solidarité et d'équité - je reviendrai sur les valeurs dans un instant -, nous pensons que la vaccination était la meilleure option possible. Il est important de le dire pour montrer qu'il s'agit bien d'un choix de société, presque d'un choix politique, en fait, qui se fait au nom de certaines valeurs, et pas seulement au nom d'objectifs pragmatiques. C'est le premier point.

Il nous semblait également important de réfléchir à la priorisation, non pas parce que nous redoutions une pénurie de vaccins, mais parce que nous savions que simplement organiser la vaccination est quelque chose qui doit être ventilé dans le temps. Par conséquent, cela impliquait

immédiatement une déclinaison de la stratégie vaccinale en priorités ou en priorisations. À nouveau, nous voulions faire observer que les choix en matière de priorisation ne reposent jamais seulement sur des données scientifiques. La vaccination est une stratégie qui entre en société et qui s'agrège avec les processus sociaux. D'une certaine manière, n'importe quel choix qui est fait, même celui qui voudrait ne s'appuyer que sur des données scientifiques finit par avoir des effets qui mettent en jeu les processus sociaux et les valeurs, pourrait-on dire, auxquelles nous tenons.

Dans la mesure où n'importe quel choix mettra toujours en jeu des valeurs sociales et éthiques (que ce soit positivement ou négativement), il nous semblait important de pouvoir en sélectionner quelques-unes. Les valeurs clés que nous avons utilisées ou auxquelles nous avons prêté attention pour penser la priorisation dans la distribution du vaccin sont les valeurs de solidarité, de réciprocité, d'équité et de maximisation des bienfaits et de réduction des dommages. Ce sont des règles qui sont, pour certaines, tout à fait classiques en éthique, mais qui ont ici toute leur importance.

Soulignons en particulier la valeur de solidarité qui pose la mobilisation de toute la société au moyen de la vaccination pour protéger les plus fragiles. En effet, à l'heure actuelle, nos seules données certaines concernent la seule protection que le vaccin assure contre le développement de formes graves de la maladie. D'une certaine manière, ce que nous faisons à travers la vaccination, c'est protéger certains d'entre nous, à savoir les plus fragiles - puisque les autres n'ont pas tellement besoin de l'être, vu notre absence de connaissances au sujet de la transmission. C'est donc toute la société qui se mobilise à cette fin. Il s'agit d'une stratégie complètement différente de celle qui demanderait aux plus fragiles de s'isoler et de porter le poids du covid sur leurs épaules.

La réciprocité était aussi importante dans la stratégie de vaccination. Que signifie la réciprocité dans ce contexte? Elle revient à considérer qu'en situation de pandémie, certaines personnes prennent des risques très élevés pour elles et pour leurs proches. Ces risques, elles les prennent parce qu'elles assurent, au bénéfice de la société, le maintien sécurisé du fonctionnement de la vie en communauté. Vous voyez vers quoi nous nous avançons: c'est le débat vers les professions essentielles. Nous n'avons pas pu en déterminer une liste exhaustive, mais nous donnons un repère éthique pour les identifier, qui est celui de la réciprocité. Le but est donc de s'assurer que ceux qui sont exposés à des risques pour eux-mêmes et pour leurs proches soient, en quelque sorte, couverts en compensation dans la société, puisque

leur fonction est de garantir le maintien sécurisé du fonctionnement de base de la vie en communauté.

Il y a également la valeur d'équité, mais aussi de maximisation des bienfaits et de réduction des dommages. Je ne vais pas les développer mais seulement signaler que, dans la vie, nous avons utilisé ces valeurs que nous avons croisées avec les facteurs de risque - qui sont généralement pris en compte - pour établir des priorités vaccinales. Nous disposons de l'avis rendu par le Conseil Supérieur de la Santé dès le mois de juillet dernier. Nous avons alors fabriqué un petit algorithme basique nous permettant non seulement de tenir compte des facteurs de risque - risques de morbidité ou de létalité, de contamination et de transmission, qui forment les piliers de l'évaluation sanitaire d'une campagne vaccinale -, mais nous les avons aussi croisés avec ces valeurs éthiques qui nous semblent fondamentales. Ce faisant, nous avons été amenés à reprendre et modifier légèrement certaines priorités qui avaient été établies au départ par le Conseil Supérieur de la Santé. Nos échanges avec celui-ci et la *task force* ont permis d'affiner les priorisations ou les sous-catégories dans les mesures gouvernementales. Ce sont les points essentiels.

Enfin, les repères éthiques ou la réflexion éthique ne viennent pas comme un fardeau qu'il faudrait résoudre en plus des autres problèmes pragmatiques. En réalité, ce qu'on voit à travers notre travail, et c'est ce qui m'a beaucoup frappée en faisant le travail avec mes collègues, c'est que les repères éthiques participent à la construction des réponses et des solutions. Ce n'est pas du tout quelque chose qu'il faudrait prendre en compte encore et comme un fardeau additionnel mais, au contraire, c'est un levier pour l'élaboration des réponses socialement et éthiquement pertinentes.

Paul Cosyns: Mevrouw de voorzitter, ik wil kort iets zeggen over de vraag over vrijwillige of verplichte vaccinatie. Die vraag stelt zeer cru het prangende dilemma tussen twee ethische waarden: enerzijds die van het respect voor de autonomie van de persoon en anderzijds die van het openbaar belang. Er is een duidelijk spanningsveld tussen persoonsethiek en de volksgezondheidsethiek en van de overheid – van u dus – wordt ook verwacht dat zij de bevolking van het land beschermt, met inbegrip van de meest kwetsbare personen. Hier wordt een beroep gedaan op het solidariteitsbeginsel, op de ethische waarde van solidariteit.

Het dilemma van de vrijwillige versus verplichte vaccinatie werd door ons Comité besproken in drie adviezen. Het eerste advies, dat ik al heb vermeld, is advies 48 van 2009. Het tweede advies is

advies 64 uit 2015 betreffende ethische aspecten van de vaccinatieverplichting. Dat gaat uitsluitend over de verplichting van vaccinaties. In ons advies 75 van december 2020 betreffende de ethische maatstaven van de covidvaccinatie voor de Belgische bevolking wordt gesteld dat het vooropstellen van de vrijwillige vaccinatie door de overheid absoluut terecht is. Het respecteert het rechtsbeginsel van de geïnformeerde toestemming.

Hoewel de Belgische overheid de vaccinatie op vrijwillige basis poneert, meent het Comité dat andere scenario's kunnen worden overwogen indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De twee voorwaarden die in aanmerking komen, zijn dat de collectieve immuniteit niet wordt bereikt en dat sommige kwetsbare bevolkingsgroepen niet worden bereikt. Als men alternatieven voor de vrijwillige vaccinatie wil overwegen, vergt dat een maatschappelijk debat.

In ons advies 75 waarschuwen wij ook voor mogelijke negatieve effecten van een verplichte vaccinatie voor het vertrouwen van de bevolking. Er is een voorbeeld uit Frankrijk – ik ga er niet op in – waar dat contraproductief is gebleken.

Florence Caeymaex: Encore peut-être un élément de notre avis. C'était une section assez brève mais nous avons pensé nécessaire de souligner que la solidarité en matière de vaccin doit aussi pouvoir s'exercer à un niveau international et qu'il était important de mettre en lumière, en tout cas, le sens de l'initiative COVAX, laquelle n'est pas pour le moment un succès retentissant mais dont l'intention est vraiment très intéressante. Elle est d'affirmer que *No one is safe until everyone is safe*. Personne ne sera sauvé ou à l'abri tant que tout le monde ne l'est pas. Nous encourageons les autorités de notre pays à participer à des actions qui permettraient aussi de garantir l'accès au vaccin dans les pays les moins favorisés, dans les pays les moins développés de telle façon que la sécurité soit aussi une préoccupation collective mondiale. Je pense que l'enjeu reste à l'ordre du jour.

La dernière recommandation de l'avis 75 portait sur l'importance de pouvoir informer et mener des discussions et des débats publics au sujet du vaccin, qui peut faire l'objet de beaucoup de mécompréhension. C'est normal, les publics n'ont pas connu un événement pareil depuis très très longtemps. Certaines personnes ont des souvenirs d'anciennes campagnes de vaccination d'adultes dans certaines circonstances précises mais la plupart de nos concitoyens, pour eux, c'est une nouveauté. Les inquiétudes, elles sont normales.

Nous en arrivons à notre point 5 de cet exposé, qui concerne un avis en cours. C'est pourquoi dans le questionnaire écrit que nous vous avons renvoyé partiellement complété, nous n'avons rien signalé à ce sujet. En effet, nous ne pouvons pas parler d'un avis en bonne et due forme tant que celui-ci n'est pas relu, corrigé et validé par l'ensemble des membres. Nous allons donc, à propos de ce projet d'avis qui est cours d'élaboration, plutôt refléter ce que Paul Cosyns et moi-même, comme membres du Bureau, avons appris en cours de route. Ce travail concerne en réalité l'égalité de traitement et l'autonomie des personnes âgées dans les maisons de repos et de repos et de soins en situation de pandémie. C'est sans doute le point le plus brûlant des questions que vous avez posées.

Nous avons installé cette commission restreinte pour travailler sur ce sujet dès le mois de septembre, dans la foulée d'une demande de la Conférence interministérielle qui nous demandait de nous pencher à notre tour sur le sort des maisons de repos et des maisons de repos et de soins durant la première vague. C'est ce que nous avons fait durant tout ce temps, en étant un peu ralenti aux mois d'octobre, novembre et décembre par la question de la priorisation dans les soins et de la vaccination. Mais nous n'avons pas cessé le travail, il a simplement ralenti, et nous le reprenons maintenant pour un avis qui sortira très probablement dans les deux prochains mois. C'est un avis qui a pris pour cible essentiellement finalement les relations entre les maisons de repos et de repos et de soins et les hôpitaux et la place finalement des maisons de repos dans le système de soins. C'est ce qui nous semble le plus crucial.

Je crois que je peux donner la parole à Paul Cosyns pour l'essentiel.

Paul Cosyns: De vraag die ons gesteld werd door de Interministeriële Conferentie, ging vooral over de dramatische gevolgen van de eerste vlaag van de pandemie. De eerste vlaag is gestart begin maart 2020 en heeft de gezondheidszorg grondig gedesorganiseerd. Twee factoren hebben een beslissende rol gespeeld in de eerste fase.

Ten eerste was er de medische en wetenschappelijke onwetendheid betreffende de nieuwe, onbekende ziekte. De medische wereld moest de ziekte nog ontdekken, terwijl de ziekenhuizen vollieden. Er was vooral ook geen enkele causale behandeling voorhanden. Bij het begin van de eerste vlaag was er dus duidelijk een gevoel van onmacht bij artsen en zorgverleners, met uiteraard repercussies voor de hele sector. Patiënten van woon-zorgcentra naar ziekenhuizen sturen had weinig zin, omdat er geen causale behandeling mogelijk was. Tussen de eerste en de

tweede golf zijn er heel wat wetenschappelijke artikels verschenen, zowel in de biomedische als de menswetenschappelijke sector. Hierdoor was wat waar was voor de eerste vlaag, niet meer waar voor de tweede vlaag. Men had geleerd uit wat er in de eerste vlaag verkeerd liep.

Een tweede punt is dat er duidelijk een gebrek was aan noodzakelijk basismaterieel en personeel voor de verzorging van de geïnfecteerden in de gezondheidssector en vooral de woon-zorgcentra. Het ging dan om een gebrek aan maskers, aangepaste kledij, apparaten voor zuurstoftoediening, testmogelijkheden, geschoold personeel, hygiënisten voor de woon-zorgcentra enzovoort. Bij de tweede vlaag had men al geleerd uit de eerste en toen is het wat beter verlopen.

Wat de toegankelijkheid van de zorg en ongelijkheid in behandeling voor bewoners van woon-zorgcentra betreft, hebben wij wel vastgesteld dat er problemen gerezen zijn op ethisch vlak. Niet alle bewoners van woon-zorgcentra met covidbesmettingen hebben toegang gekregen tot adequate zorg in hun woon-zorgcentrum.

De covidpandemie is een stresstest die de zwakke plekken van een structuur of organisatie blootlegt. Er was een structureel deficit in de woon-zorgcentra, die manifest werd bij de pandemie.

Ondanks de ongelooflijke inzet en inventiviteit van het personeel van de woon-zorgcentra is uit getuigenissen naar voren gekomen wat daar een negatieve rol heeft gespeeld – het is u waarschijnlijk bekend –, namelijk gebrek aan beschermingsmateriaal, gebrek aan zorgmateriaal, toestellen om zuurstof toe te dienen, geschoold personeel en vooral ook de afwezigheid van huisartsen, die hun patiënten in de woon-zorgcentra in de eerste golf soms niet meer mochten bezoeken. Hun behandeling gebeurde dan door de CRA's of de coördinerende en raadgevende artsen. Soms waren er geen CRA's aanwezig.

Die ongunstige situatie in de woon-zorgcentra werd nog verergerd door het feit dat in de eerste golf de ziekenhuizen prioritair ontbrekend materiaal kregen. In de ziekenhuizen werden ook mankementen vastgesteld. In de eerste golf werd uit vrees voor een saturatie van intensieve zorg ontraden om patiënten vanuit de woon-zorgcentra door te verwijzen. De intensievezorgafdelingen zijn in België nooit volledig gesatureerd geweest. Er was wel een periode in de tweede golf in het Luikse waar dat wel het geval was, maar de patiënten werden dan overgebracht naar Limburg of over de grens, in Duitsland.

Een ander mankement is dat de adviezen van wetenschappelijke verenigingen, intensieve zorg en geriateren soms verkeerd werden begrepen. Dat heeft voor heisa in de pers gezorgd, maar dat heeft geen goed aan het probleem gedaan.

Er was ook een gebrekkige ondersteuning van de vragen en de noden van de woon-zorgcentra, die onvoldoende door de ziekenhuizen werden ingevuld.

Het is duidelijk dat de verwijzing van de bewoners van woon-zorgcentra naar ziekenhuizen niet zonder problemen is verlopen. Dat doet de vraag rijzen naar een mogelijke ongelijkheid in de behandeling en een gebrek aan de continuïteit van zorg.

Wij stellen inderdaad een oversterfte van 64 % vast in de woon-zorgcentra in maart en april 2020. In dat verband kunnen wij het volgende zeggen. Ten eerste, uit getuigenissen blijkt dat er in de eerste vlaag minder woon-zorgcentrapatiënten voor opname werden verwezen naar het ziekenhuis. Bijgevolg hebben sommigen een kans op behandeling gemist, ondanks dat de covidafdelingen van de ziekenhuizen niet altijd verzadigd waren. In niet-covidomstandigheden zouden die woon-zorgcentrapatiënten wellicht wel zijn opgenomen.

Ten tweede, in de media werd geregeld gemeld dat voor woon-zorgcentrapatiënten de ziekenhuisopname geweigerd werd. Ook oudere patiënten, ouder dan 75, zouden systematisch geweigerd worden voor opname, op basis van hun leeftijd. Welnu, volgens ons onderzoek en de getuigenissen die wij vergaard hebben, is er beslist geen sprake van systematische weigering van opname van woon-zorgcentrabewoners. De afwezigheid van artsen in woon-zorgcentra heeft zeker een negatieve rol gespeeld. Uit de zeldzame casuïstiek van geweigerde opnames valt er eigenlijk weinig te leren, want die oorzaken zijn multifactorieel en vaak plaatselijk conjunctureel.

Is het ethisch verantwoord om patiënten te triëren voor een opname? Principieel is het antwoord daarop ja. De criteria voor triage moeten natuurlijk duidelijk zijn voor iedereen en pertinent zijn.

Een ander probleem dat wij vastgesteld hebben, is dat niet-covidpatiënten, bijvoorbeeld kanker- of hartpatiënten, zowel in woon-zorgcentra als in ziekenhuizen, niet altijd de nodige zorg vereist voor hun medische toestand gekregen hebben. Voor sommige patiënten met chronische ziekten is er dus inderdaad kansverlies. Dat geldt ook voor de zorg voor psychiatrische patiënten, die tijdens de

covidperiode door de moeilijke opvolging ervan weer in acute situaties verkeerden.

Ik wil eindigen met te zeggen dat de situatie in de woon-zorgcentra ook erg kon verschillen naar gelang van het centrum. Wij hebben ook geen communautaire verschillen kunnen waarnemen.

Ik kan stellen dat de covidpandemie structurele factoren blootgelegd heeft die geldig zijn voor alle woon-zorgcentra. Naast die structurele factoren waren er ook plaatselijk conjuncturele factoren, waardoor sommige woon-zorgcentra het beter gedaan hebben dan andere.

Florence Caeymaex: L'analyse que vient de présenter mon vice-président Paul Cosyns montre que s'il n'y a pas eu d'injustice systématique à l'égard des personnes âgées, la situation a en revanche été telle qu'on peut repérer une atteinte à la justice entendue comme égalité d'accès aux soins. Et ce, pour des raisons à la fois conjoncturelles et structurelles. Donc étudier les raisons structurelles qui ont affaibli la capacité de réponse de certaines maisons de repos et de soins, ou bien qui ont affaibli le système de coordination avec les hôpitaux, est très important.

Des fragilités, des faiblesses ou des insuffisances structurelles rendent les institutions plus vulnérables en cas de pandémie, de stress ou de graves crises sanitaires et activent doublement les éléments plus conjoncturels qui peuvent affecter une situation.

Il nous semble également qu'un des manques, qui représente aussi une des pistes, en termes d'éthique, concerne l'autonomie des personnes âgées. Celles dont il était question et celles dont la vie était en jeu ont été peu ou trop rarement consultées. Il existe aujourd'hui des techniques ou des manières d'aborder la fin de vie avec les personnes âgées. Cela s'appelle la planification anticipée de soins. C'est un des gestes que peuvent faire les équipes soignantes vis-à-vis des personnes âgées pour leur donner la parole et pour leur permettre d'exprimer leur volonté quant aux situations de choix difficile, d'accès à certaines thérapeutiques, d'arrêt de soins, etc. Ces choses-là doivent être réellement activées en amont, à l'arrivée des personnes dans les maisons de repos et de soins de sorte que l'on puisse, le moment venu, si elles ne peuvent plus ou si elles ne sont plus en état de s'exprimer parce qu'elles sont malades, faire quand même valoir leur volonté.

Cette autonomie va bien au-delà de la simple expression de la volonté individuelle en matière thérapeutique ou de fin de vie. C'est aussi une question de participation des personnes âgées à la

vie des institutions qui les accueillent en tant que résidents. Il y a aujourd'hui des expérimentations qui vont en ce sens et qui renforcent la qualité des soins, la qualité de l'accueil et la qualité de vie qui est recherchée aujourd'hui dans beaucoup de lieux, dans beaucoup de maisons de repos. Nous pensons qu'il faut intensifier ces expériences.

Les problèmes de coordination avec l'hôpital sont, pour une part, conjoncturels: quand les médecins ne sont plus là pour faire la médiation entre la MR et les urgences pour expliquer le cas qui est sous leurs yeux, la coordination devient difficile, voire impossible.

Cela nous renvoie à quelque chose de plus vaste: la place des MR et des MRS dans le système de santé. Elles doivent occuper, je pense, une position qui doit être réfléchie. Ces institutions ont une place dans le système de santé, mais ne sont pas seulement des institutions axées sur la santé. À mon sens, cette place doit être mieux rééquilibrée et mieux redéfinie avec deux missions qui sont, d'un côté de garantir l'égalité de traitement en matière de santé et d'autre part, de conserver leur ambition d'être des lieux de vie non exclusivement médicalisés.

Cela doit être repensé et cela signifie que la place des MR et des MRS doit être repensée dans le système de santé global. Elles sont à la fois dedans et à la fois à la frontière, parce que l'enjeu des MR dans le futur est aussi d'en faire des lieux de vie et non pas des lieux de réclusion, des lieux où l'on peut continuer à participer à la vie en société. Nous avons en effet un gros problème à ce niveau.

Cela interroge encore plus largement la place des personnes âgées dans notre société. Je crois que beaucoup de politiques et de dynamiques de prise en charge aujourd'hui nous incitent de façon excessive à regarder le grand âge et les personnes qui en ont la charge (c'est-à-dire les MR/MRS ainsi que le personnel soignant et les personnes qui s'occupent des personnes âgées) comme un coût pour la société qu'il faut régler.

Aujourd'hui, il y a des travaux en éthique extrêmement puissants, notamment portés par les éthiques féministes du *care*, qui replacent le *care* au cœur de la vie de tout un chacun et non pas uniquement des personnes dépendantes, des enfants et des personnes âgées, et qui, de ce point de vue, construisent des perspectives et des valeurs à partir desquelles nous pourrions peut-être changer le regard et la place que nous donnons très concrètement aux personnes âgées dans notre société. C'est une question de visibilité, de participation à la vie sociale. Ce sont des questions

que nous avons rencontrées par le passé et que nous rencontrons toujours pour les femmes, les personnes handicapées, etc.

Il y a, me semble-t-il, de nombreux enseignements à tirer de ces propositions qui sont théoriques, mais aussi éthiques et politiques.

Paul Cosyns: Ik heb nog twee kleine punten die ik wil toelichten. U hebt een vraag gesteld over COVID-19 en mentale gezondheid. Over dat onderwerp kan ik drie korte commentaren geven. Ten eerste, over de invloed van COVID-19 op ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie, psychose en bipolaire stoornissen hebben wij in ons land geen cijfergegevens. Ik kan u daarover dus niet veel zeggen. Wel blijkt uit de internationale literatuur duidelijk dat de mortaliteit bij ernstige psychiatrische patiënten met COVID-19 dubbel zo hoog ligt als bij psychiatrische patiënten zonder COVID-19. Het gaat om 8,5 % met COVID-19 versus 4,7 % zonder. Het sterftecijfer voor de psychiatrische patiëntenpopulatie ligt dus hoger.

Daarom hebben wij in ons advies nr. 75, en in samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad, deze populatie patiënten opgenomen in groep 3. Ik zal niet te technisch zijn, maar we hebben ze wel opgenomen in de prioriteitenlijst.

Het tweede punt betreft de onwelzijnsbevindingen van de Belgische populatie tijdens de covid-pandemie. Daar beschikken wij wel over Belgische cijfers dankzij een longitudinaal epidemiologisch onderzoek van de Universiteit Antwerpen, in samenwerking met de Universiteit Hasselt, KUL en ULB over de onwelzijnsbevindingen, zoals gevoelens van angst en depressie en slaapstoornissen.

Tijdens de eerste fase van de covidpandemie hadden dubbel zoveel Belgen last van deze welzijnsongemakken. Wij kunnen dat vergelijken met gegevens van Sciensano een jaar voordien. Sciensano had dezelfde vragenlijst afgenomen in 2018. De scores bij de eerste vlaag lagen dubbel zo hoog als twee jaar eerder. Dat zijn interessante gegevens. De Universiteit Antwerpen updatet die gegevens wekelijks en de laatste tijd zelfs twee keer per week.

Wat opvalt, is dat de onwelzijnsgevoelens hoger liggen bij vrouwen dan bij mannen en, zeer interessant, veel hoger bij de jongere leeftijdsgroepen, adolescenten en jongvolwassenen. Naarmate men ouder wordt, is de weerslag van de onwelzijnsgevoelens veel minder groot. Een ander punt is dat het onwelzijnsgevoel groter is voor alleenstaanden.

Er is nog een ander punt waarmee wij rekening moeten houden voor de toekomst. Wij behandelen als arts niet alleen covid maar wij behandelen patiënten die covid hebben of gehad hebben. Het is duidelijk dat een zeker percentage van de mensen die covid doormaken, op langere termijn nog klachten heeft van postvirale asthenie en concentratiemoeilijkheden. Een zeker percentage van de patiënten die covid meemaken, zal op langere termijn nog klachten hebben. Dat is ook zo bij sommige andere virale infecties.

De Hoge Gezondheidsraad heeft een advies gegeven over de psychologische aanpak van patiënten in covidtijden, maar deze raad geeft geen cijfers over het voorkomen van deze onwelzijnsbevindingen.

Dan wil ik het heel kort hebben over een laatste probleem. U vroeg of wij problemen ondervonden in onze werkzaamheden in verband met deze adviezen. Wij hebben inderdaad interne problemen ondervonden in ons functioneren, namelijk moeilijkheden om in een dringend en snel tempo een advies uit te brengen.

De ethische benadering van een probleem vergt de mogelijkheid van een zekere afstandname van dat probleem ten einde hierover te kunnen reflecteren op ethische vlak. Dat vraagt dus tijd. En tijd nemen is in tegenstrijd met snelheid.

Er is een tweede punt waarmee wij een probleem hebben gehad. Wij hebben één aanbeveling gedaan met betrekking tot het prioriteren van de zorg samen met de Orde der Artsen en de Hoge Gezondheidsraad. Als wij een advies moeten maken samen met andere instanties, dan kunnen wij onze gebruikelijke manier van werken eigenlijk niet meer toepassen. Als wij een advies geven, hebben wij oor voor verschillende ethische standpunten die wij in ons advies kunnen weergeven. Ethische standpunten worden in aanmerking genomen voor zover ze intellectueel en rationeel voldoende worden uitgelegd en geconstrueerd.

Bij hetsamenwerken met de Orde der artsen of met de Hoge Gezondheidsraad, moeten wij trachten consensueel te zijn. Daarin hebben wij een probleem ondervonden en wij zijn aan het nadenken over mogelijke oplossingen hiervoor. Dat is een interne discussie die wij nu aan het voeren zijn.

U vroeg ook of wij problemen hebben gehad met de versnippering van de bevoegdheden in ons land. Er is natuurlijk onze gebrekkige kennis over wie juist bevoegd is voor wat. Een van de

problemen die wij hebben gehad bij het opstellen van onze adviezen, is dat er geen coördinatie of inhoudelijk overleg was betreffende de communicatie van de verschillende overheden, wat soms chaotisch overkwam.

Ik kan een concreet voorbeeld geven van chaos of kafkaïaanse situaties die wij hebben meegemaakt door de versnippering van de bevoegdheden, maar eerst wil ik graag zeggen dat, als het over ernstige crisissituaties gaat, zoals hier, men maar één piloot in het vliegtuig mag hebben en geen acht. Eenheid van commando is een essentieel gegeven.

Een voorbeeld dat ik kan geven, gaat over de Belgische gevangenen. Wij hebben in ons advies over het prioriteren gezegd dat het gezondheidszorgpersoneel moet worden gevaccineerd na de bejaarde patiënten van de woon-zorgcentra en de bejaarden die thuis verblijven. Wij hebben expliciet geschreven dat ook het zorgpersoneel van de penitentiaire instellingen tot dezelfde groep behoort. Zij hangen af van de federale minister van Justitie, terwijl de vaccinatie moet gebeuren door de Gemeenschappen en wij niet weten of de Gemeenschappen het zorgpersoneel van Justitie wel kennen. Wij waren bang dat zij uit de boot zouden vallen en dat is ook gebeurd. Men heeft nu contact opgenomen met de Gemeenschappen om het zorgpersoneel van de gevangenen ook te vaccineren. Het is zelfs nog meer kafkaïaans, want de medische dienst van de gevangenen mag de gedetineerden vaccineren, niet het personeel. Ik kan dat alleen maar vaststellen.

Ik zal het hierbij houden, maar wij blijven luisteren naar eventuele vragen.

La présidente: Merci beaucoup à vous deux pour cet exposé qui nous a permis de prendre une autre perspective sur la gestion de cette crise. Il était fondamental aussi de revenir sur des questions de fond et je pense que chaque question que vous avez soulevée mériterait un travail parlementaire particulier. En tout cas, merci pour cela.

Je vais commencer le tour des groupes et pour ma part, pour Ecolo-Groen, je prendrai un petit peu la parole à la fin.

Frieda Gijbels (N-VA): Ik dank de dokters Cosyns en Caeymaex voor de uitleg, het denkwerk en het werk dat verricht is in het kader van de crisis en ervoor. Ik heb nog enkele vragen genoteerd.

Vooreerst laat ik wel opmerken dat uw suggestie om uw adviezen jaarlijks in het Parlement te komen toelichten, zeer interessant is. Ik denk dat de meeste collega's daarvoor openstaan. Misschien kunnen we het daar laten nog over hebben.

Over het beschermingsmateriaal en het pandemieplan had ik nog een vraag. Denkt u dat het een kerntaak van de overheid is om in dergelijke zaken te voorzien? Op welke manier zou u dat garanderen of verankeren? In een pandemie-loze periode wordt wellicht minder aandacht besteed aan het up-to-date houden van zo'n plan of de training ervan. Hoe kunnen de strategische stock en het pandemieplan buiten een pandemieperiode levend worden gehouden?

Hebt u suggesties over wat we aan de anti-vaccinatiebeweging kunnen doen? Er is enerzijds het recht op vrije meningsuiting, anderzijds is er het algemeen belang, dat soms in gevaar komt door uitlatingen van sommigen, zeker als het gaat om uitlatingen van zorgverstrekkers. Wat denkt u daarover?

Wat met zorgverstrekkers die zich niet laten vaccineren? Moeten we hen anders bekijken dan de algemene bevolking, wanneer het gaat om het weigeren van vaccins?

Ik had het ook graag over de gegevens die in de loop van een pandemie worden verzameld. Wij hebben van de ziekenhuizen gehoord dat zij gedurende de hele pandemie heel veel data aan de overheid hebben moeten doorgeven, maar zij kregen daar nauwelijks een terugkoppeling van, wel van de eigen data maar niet van de data van andere ziekenhuizen. Daardoor was het moeilijk om een inzicht te krijgen in het feit of ze de crisis goed aanpakten of niet.

Ook aan het brede publiek werden zeker niet alle data vrijgegeven. Als we de overheidsinstellingen daarover ondervroegen, antwoordden ze dat niet alle data relevant waren voor het brede publiek. Vindt u dat het aan de overheid is om te bepalen welke data relevant zijn en welke niet?

We kregen zelf ook de opmerking van wetenschappers die buiten de vaste adviescomités werkten, dat ze ook graag toegang tot die data hadden. Dat was blijkbaar heel moeilijk. Wat is uw advies daarover?

Mijnheer Cosyns, aan het einde van uw betoog had u het ook al even over het gebrek aan leiderschap. Die ene kapitein op het schip, wie zou dat volgens u moeten zijn?

Wij hoorden van verschillende sprekers die advies hebben moeten geven, van de RMG en het National Focal Point, dat er eigenlijk te weinig tijd was voor reflectie tijdens de aanpak van de crisis. Ze hadden dus te weinig tijd om na te denken, om na te gaan of men goed bezig was en of het ook

anders had gekund. Op welke manier zou die lacune in de aanpak van een crisis kunnen worden aangevuld?

Ik hoorde u voorts verklaren dat de intensieve-zorgafdelingen eigenlijk nooit gesatureerd geweest zijn. Dat is wel een belangrijke vaststelling. Meent u dat men overgereageerd heeft met betrekking tot het vrijhouden van bedden in de intensieve zorg? Heeft dat een impact gehad op de niet-covidzorg? Kan er volgens u sprake zijn van een ongelijke behandeling van covidpatiënten en niet-covidpatiënten? Is dat voldoende in overweging genomen bij de genomen maatregelen?

Over de psychiatrie en de problemen met het welbevinden hoorde ik u zeggen dat er geen cijfers zijn. Dat is jammer. Meent u dat die aspecten moeten worden opgevolgd? Wat is uw aanbeveling ter zake?

U zei zelf ook dat snel advies moeilijk was voor u, omdat u afstand en tijd nodig hebt om het geheel te kunnen overschouwen. Plant u in dat opzicht een reflectie na de pandemie? Zult u ook een advies formuleren om mee te nemen naar de volgende pandemie, die hopelijk nog heel ver van ons af ligt?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik dank de twee sprekers van vandaag voor hun toelichting. Ik vond ze heel interessant. Dank u wel ook voor het moeilijke werk dat zij de afgelopen twaalf maanden en ook daarvoor hebben moeten doen, onder tijdsdruk, met deadlines, in situaties die zij niet gewoon waren. Wij horen dat bijna elke keer als wij hier experts ondervragen, maar ik wil ook tegenover hen uit de grond van mijn hart beklemtonen: dank voor het werk!

Ik heb nog een paar bijkomende vragen. Collega Gijbels had het al over de verplichte vaccinatie. Ik wil u twee bijkomende bemerkingen voorleggen.

Er wordt nu op Europees niveau gesproken over een soort vaccinatiepas, die wij geen vaccinatiepas mogen noemen, maar veeleer een soort *green card*. Voor wie al gevaccineerd is, zou dat het reizen vergemakkelijken maken. Hoe staat u daartegenover? Eigenlijk is dat toch een onrechtstreekse verplichting? Wil men opnieuw de vrijheden van vroeger genieten, wordt men toch onrechtstreeks verplicht zich te laten vaccineren?

Hoe gaat u om met de gecreëerde ongelijkheid? Ik zal, als dertiger, wellicht nog lang moeten wachten op mijn vaccinatie. Word ik dan gediscrimineerd als ik niet zo'n *green pass* kan voorleggen? Of als ik daardoor anders behandeld word?

Houdt dat voor u ook een vorm van verplichting in? Ik heb u horen zeggen dat u in eerste instantie vooral wil inzetten op het zo goed mogelijk informeren van onze inwoners. U meent dus dat die verplichting niet echt nodig is? Hoe staat u tegenover zo'n semiverplichting?

Hoe staat u tegenover desinformatie die overal wordt verspreid en die het ook moeilijk zal maken om aan 70 % vrijwillige vaccinatie te komen? Ik zie in de pers de goede evolutie dat twijfelachtige beweringen gecheckt worden door factcheckers, maar nu komt de desinformatiebeweging ook al met een volgende tactiek door ter discussie te gooien wie dan wel de factcheckers checkt. Hoe moeten wij ethisch omgaan met personen die desinformatie verspreiden, als wij een vaccinatiegraad van 70 % willen halen op vrijwillige basis?

Heel interessant vond ik uw uitleg over het zorgpad in de woon-zorgcentra. Erika Vlieghe heeft er ons een paar maanden geleden op gewezen dat er heel moeilijke keuzes zijn gemaakt en nog moeten worden gemaakt, maar dat een deel daarvan zou kunnen worden opgevangen als de gesprekken waar u het over had, heel uitvoerig bijvoorbeeld als de bewoners in de woon-zorgcentra binnenkomen, gevoerd worden?

Hebt u er weet van in uw vijftienvijftigjarig bestaan of dergelijke gesprekken meer en grondiger gevoerd worden? Zal de pandemie met de absoluut moeilijke situaties in woonzorgcentra nu een trigger zijn om die gesprekken vaker te voeren? Moeten wij meenemen in onze aanbevelingen dat daaraan meer aandacht moet worden besteed?

Mijnheer Cosyn, ik hoorde u zeggen dat de noden van de woonzorgcentra te weinig werden ingevuld door de ziekenhuizen. Waaraan ligt dat volgens u? In de ziekenhuizen zagen we twee bewegingen. De ene beweging was dat het heel hard rennen was om alles gedaan te krijgen. De andere beweging was dat een aantal dokters en hun personeel niet konden werken, omdat enkel de essentiële zorg werd verleend en wat kon worden uitgesteld, ook werd uitgesteld. Als u zegt dat de noden van de woon-zorgcentra te weinig werden ingevuld door de ziekenhuizen, kunnen we dan de vinger leggen op waar dat aan ligt? Kunnen we zoiets in een protocol gietsen, zodat we daar een volgende keer bijvoorbeeld draaiboeken voor klaar hebben liggen?

Over de vaccinatiecampagne heb ik de volgende vragen. In het antwoord dat we van u hebben gekregen, lezen we dat belangenvermenging nooit kan worden uitgesloten, maar dat er veel *safeguards* zijn, die werden genomen door de

overheid en de industrie. Alsmaar vaker horen we kritiek op de farmabedrijven, omdat zij wel serieuze prijzen vragen, niet altijd hun afspraken nakomen en vaccins hebben kunnen ontwikkelen op basis van door de overheid gesubsidieerd onderzoek. Hoe kijkt u naar de aan de gang zijnde beweging? Vindt u de huidige strategie te verantwoorden?

Heel interessant vond ik ook een bewering van de filosoof Harari afgelopen weekend in *De Morgen*. In een essay insinueert hij dat de vaccinatie in Israël zo snel gaat, omdat Israël massaal veel persoonlijke gegevens zou hebben beloofd aan Pfizer, in ruil voor meer vaccinaties in de eerste lijn. Hebt u daar iets over gehoord? Moeten wij ons zorgen maken over enerzijds de grote winsten bij de farmabedrijven en anderzijds, de omgang met de verzamelde data? Kunt u meer vertellen over de verklaring dat belangenvermenging nooit kan worden uitgesloten, maar dat er volgens u voldoende *safeguards* werden ingesloten.

Ten slotte, wat u zegt over de gevangenen, wist ik zelfs niet, namelijk dat het zorgpersoneel daar vergeten is en dat het de gedetineerden mag vaccineren maar niet het personeel. Dank om dat te melden. Wij moeten dat eens opnemen met de bevoegde ministers om te voorkomen dat het fout loopt. We zien bijvoorbeeld dat er op dit moment in de gevangenis van Hasselt heel veel besmettingen zijn en dat het dus stilletjes fout aan het lopen is. Het is dus nodig dat wij dat opnemen.

Patrick Prévot (PS): Je tiens à remercier nos deux intervenants – qui nous apportent un éclairage indispensable – ainsi que l'ensemble des équipes, pour le travail accompli singulièrement ces derniers mois et ces dernières années. En guise de clin d'œil, j'ai entendu M. Cosyns dire tout à l'heure que le Comité consultatif n'était pas responsable de la mise en application des avis émis. Ne vous inquiétez pas, monsieur Cosyns, ce ne sera pas ma première question mais j'ai cru quand même sentir, derrière cette petite phrase, au-delà du rappel de votre mission, peut-être aussi une certaine frustration par rapport à la non-application des avis ou du travail qui peut être le vôtre. Mais vous aurez peut-être l'occasion, si vous le souhaitez évidemment, d'en dire davantage.

Pour revenir aux auditions du jour, ce qui nous intéresse beaucoup au-delà de pointer les manquements, c'est aussi de pouvoir formuler des recommandations. J'aimerais notamment revenir sur cet avis du Comité consultatif de 2009. À l'époque, vous aviez ciblé deux éléments qui ont assurément fait défaut dans la gestion de la crise du coronavirus, c'est-à-dire la préparation – quel était le niveau de préparation ou d'impréparation

de notre pays? – et la communication – vous en avez dit quelques mots tout à l'heure, monsieur Cosyns. Vous avez parlé d'unicité et d'unité de commandement, mais on avait bien entendu et bien compris également que l'unité ou l'unicité dans la communication semblait être quelque chose d'important.

Au niveau du Comité, pourriez-vous nous avancer ou nous formuler d'autres recommandations très concrètes pour améliorer cette adhésion de la population aux mesures prises? Tout au long de cette crise, celles-ci ont été impopulaires, très difficiles à comprendre, souvent soumises à débat. Donc par rapport aux recommandations qui doivent être les nôtres, j'aurais aimé que vous puissiez nous donner des recommandations concrètes pour améliorer cette adhésion de la population aux mesures prises, pour améliorer la communication de crise, spécifiquement vis-à-vis des personnes ou des publics les plus vulnérables, notamment celles et ceux qui n'ont pas accès aux canaux de communication ordinaires. C'était d'ailleurs pointé dans l'avis de 2009 que vous aviez rendu à l'époque. J'aimerais avoir une vue par rapport à ces personnes qui n'ont pas accès à ce canal de communication ordinaire. Voilà pour ma première question!

Concernant le plan d'urgence de 2006, qui a ensuite été adapté en 2009, il faisait état d'un stock de 32 millions de masques chirurgicaux et de 6 millions de masques FFP2. Au départ, le Comité jugeait le stock de masques insuffisant. Il disait également qu'il ne fallait pas (je vous cite) "sous-estimer la valeur des masques en tant que mesure de prévention générale". Vous souteniez d'ailleurs l'idée de généraliser la mise à disposition de masques chirurgicaux pour l'ensemble de la population.

Le Comité estimait également qu'il était nécessaire d'envisager une augmentation considérable des masques respiratoires et (je vous cite toujours) "d'autant qu'il ne peut être question ici de gaspillage, puisque les masques stockés ont une longue durée de conservation, d'une part, et que leur coût n'est pas excessif, d'autre part."

Je ne reviendrai pas sur la saga des masques, nous en avons longuement parlé. Ce n'était pas très glorieux. Quelques mois après ce fameux avis que vous avez rendu, quel type de stock stratégique préconisez-vous aujourd'hui et, cela, au regard des manquements qui ont été ceux de la gestion de l'État?

Dans cet avis de 2009 toujours, le Comité s'était également penché sur les prestataires de soins et vous disiez "en raison de cette même disponibilité

envers les patients atteints par la pandémie, elles courent un risque de contamination plus élevé que les citoyens ordinaires. Leurs obligations professionnelles peuvent donc entrer en conflit avec leurs obligations familiales, et ce, à deux niveaux: parallèlement aux lourdes conséquences affectives, leur décès éventuel peut avoir une incidence matérielle indirecte catastrophique pour leurs enfants et/ou leur partenaire, compte tenu du risque de contamination qu'elles présentent, elles peuvent aussi mettre la vie de leurs partenaires et de leurs enfants en danger."

Le Comité estimait à l'époque que l'État devait accorder l'attention nécessaire à cette question. Quelle est aujourd'hui votre position puisque le Comité évoquait la nécessité, à l'époque, d'assurer financièrement la vie des prestataires de soins et que vous jugiez utile ou intéressant d'imaginer, entre autres, une infrastructure d'hébergement soit pour les prestataires de soins, soit pour leur famille. Au regard de la crise covid, estimez-vous toujours que ces recommandations sont de mise ou pensez-vous à d'autres formes de soutien?

Sur la priorisation des soins, en 2009 déjà, le Comité avait évoqué une éventuelle saturation des hôpitaux. Vous aviez d'ailleurs écrit: "En fonction de la morbidité et de la vitesse de propagation du virus et, par conséquent, du nombre de malades, il faudra peut-être faire des choix impliquant de déprioriser certaines personnes au profit d'autres qui ont davantage de chances de survie." Cela nous ramène aux choix que nous avons eu peur de devoir faire dans certaines unités de soins intensifs. On se rappelle tous de ces reportages qui montraient le personnel soignant en larmes et qui disaient que, si on continuait dans cette voie, ils allaient parfois devoir faire des choix douloureux entre des patients au regard de leurs chances plus ou moins importantes de survie.

Vous écriviez également à l'époque: "Il est judicieux de réfléchir sereinement aux questions relatives aux concepts de priorisation et de dépriorisation en cas de pandémie si nous voulons éviter les faux pas au plus fort de la crise. Un tel scénario doit de préférence être élaboré avec la collaboration active de la population. Des outils d'aide à la décision doivent pouvoir être mis à disposition des équipes de traitement multidisciplinaires et pluridisciplinaires". Toujours selon le Comité, ce type de scénario faisait-il défaut dans le cadre de la gestion de la crise? Vous êtes-vous penchés plus spécifiquement sur ce sujet depuis lors? Si oui, pouvez-vous nous en dire un peu plus? Sinon, pourquoi?

Denier point sur la vaccination. Plusieurs choses ont déjà été dites, notamment par mes collègues.

Je pense qu'en préambule de ce point, on doit pouvoir garder à l'esprit que garantir l'accès au vaccin pour tous doit évidemment être fondamental. C'est, en tout cas, ce qui anime mon groupe. C'est tout aussi fondamental d'ailleurs que le droit à la santé pour tous. Cela reste évidemment pour nous un choix solidaire. D'une part, nous nous assurons que toute personne qui souhaite se faire vacciner ne sera pas contrainte d'y renoncer faute de moyens. D'autre part, plus le nombre de citoyens vaccinés sera élevé, plus hauts seront les remparts contre ce virus. Cela doit évidemment se concevoir à l'échelle mondiale. En effet, si on est fort préoccupé par la situation nationale, si on scrute ces chiffres de vaccination quotidiennement, et qu'on frémit lorsqu'on voit des couacs à l'un ou l'autre endroit, en ce qui nous concerne, nous pensons que ce type de vaccin doit être un bien public mondial qui permettrait d'œuvrer à la réduction des inégalités qui frappent une partie de la population.

J'ai donc deux questions plus spécifiques. Comment s'assurer d'une communication adéquate dans ce cadre? Dans le cadre de la vaccination vous en avez déjà dit quelques mots mais j'aimerais que vous y reveniez, notamment parce que le Comité rappelait l'importance de disposer de données pour les populations généralement écartées de ces essais cliniques, comme les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les jeunes enfants. Je pense en particulier à ceux visant à tester une technologie innovante. Au regard du risque potentiel de développer une forme grave de la covid, qui pèse notamment sur les femmes enceintes, le Comité invite les autorités de santé à mettre sur pied un groupe de travail *ad hoc* justement pour ces populations.

Ce sera donc mon avant-dernière question, madame la présidente: comment s'assurer de la prise en compte de ces populations fragiles, comme les femmes enceintes notamment, dans les essais cliniques? J'ai une petite question subsidiaire. De par vos contacts, avez-vous des enseignements ou des renseignements quant aux recherches éventuelles dans le cadre de la vaccination des femmes enceintes?

Cela a été dit et écrit. Le Comité estime que l'étendue de la couverture vaccinale doit pouvoir faire l'objet d'une discussion sociétale beaucoup plus large et transparente et être en lien avec ce caractère obligatoire ou non de la vaccination anti-covid. On parle de covid mais ce débat peut s'appliquer à tout autre vaccin dans le cadre d'une épidémie ou d'une pandémie future. Comment permettre cette discussion sociétale? Quand pourra-t-on l'entamer? On se doute évidemment que le climat d'urgence qui est le nôtre pour

l'instant n'est pas favorable ni propice à ce genre de débat mais cette discussion doit certainement avoir lieu. Selon vous, quel serait le cadre le plus propice pour l'entamer et la mener de la manière la plus sereine?

Je vous remercie d'ores et déjà de vos réponses.

Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de voorzitter, ik wil eerst de sprekers van vandaag bedanken voor hun uitleg en voor hun inzichten.

Ik heb nog een drietal kleinere vragen, onder andere over de vaccinatie.

U stelt dat de afweging moet worden gemaakt tussen het algemeen belang en de persoonlijke vrijheid. Wij beschikken nog niet over heel wat data inzake de vaccins. Ik denk bijvoorbeeld aan de gevolgen op lange termijn of de gevolgen voor zwangere vrouwen. De vorige spreker vroeg daarnet al hoe wij dat kunnen oplossen, teneinde die groep te betrekken bij de proeven. Er is immers een heel ethische kant aan de zaak. Ook voor de groep van de jeugd geldt dat. Moet het gebrek aan data over de punten die ik heb opgesomd, ook niet worden meegenomen in het debat over het al dan niet verplichten van de vaccinatie, met name het feit dat wij nog heel weinig weten over vooral de gevolgen op lange termijn van het vaccin?

Bent u van mening dat u in de huidige crisis voldoende om advies bent gevraagd? Ik wil de vraag nog opentrekken en ze niet alleen, zij het toch vooral op de huidige crisis betrekken. Bent u in het algemeen van mening dat u en uw Comité voldoende om advies worden gevraagd over ethische thema's?

Ik wil ook nog even terugkomen op het vaccinatiespaspoort. Het vaccineren is niet verplicht. Indien echter de toegang tot bepaalde evenementen of tot landen zal worden gekoppeld aan een vaccinatiespaspoort, is dat dan niet een vorm van onrechtstreekse verplichting? Wat is uw visie daarop?

Ik kijk alvast uit naar uw antwoorden en dank u.

Mevrouw de voorzitter, mevrouw Pas heeft geen vragen. Ze heeft een mindere verbinding.

Nathalie Gilson (MR): Madame, monsieur, au nom du groupe MR, je vous remercie pour tous ces avis et ce rôle que vous avez rempli, et que vous remplissez encore pendant la crise, mais aussi de manière structurelle dans notre société.

Comme vous l'avez dit, les questions éthiques, et donc les avis et les recommandations que vous

pouvez émettre, font partie de la solution. C'est une aide à la décision. Il importe de mettre cela en évidence.

Je me rallie aux questions qui ont été posées par mes collègues en en ajoutant quelques-unes. Vous avez parlé d'unité de commandement. Vous savez évidemment que la Belgique est un État fédéral et que tout ce qui relève de la prévention revient aux entités fédérées. Malgré tout, le Comité de concertation se réunit chaque fois avec les entités fédérées. Une réelle tentative de coordination entre les différents niveaux de pouvoir a donc eu lieu.

L'unité de commandement est prévue en cas de crise, mais à moins de changer profondément la structure de l'État et de refédéraliser tout ce qui est gestion de la santé, avec l'aspect curatif mais aussi préventif au niveau fédéral – réflexion à laquelle le MR est favorable –, je ne vois pas bien quelle solution nous pourrions envisager autre que la gestion que nous avons vue, avec chacun qui est compétent dans sa sphère de compétences, et une coordination au sein des Conférences interministérielles. Quand vous dites qu'il faut une unité de commandement, quelles suggestions concrètes pouvez-vous faire par rapport à la gestion de crise, telle qu'elle a été menée?

Concernant la communication, vous avez dit qu'il est très important de communiquer par rapport à vos prises de position et vos avis. Avez-vous, de par votre rôle, un avis sur la manière dont la communication a été traitée pendant cette crise, et la manière dont elle continue à être traitée? Faudrait-il confier la communication à un seul organe officiel? À partir du moment où des experts du gouvernement sont dans des organes d'avis, devraient-ils avoir un devoir de réserve et ne pas s'exprimer?

S'agissant de l'adhésion de la population, vous remplissez un rôle très important. Vous venez encore de rappeler que les choix dans la priorisation des soins et les critères à retenir devraient faire l'objet d'un débat avec la population en vue de son adhésion. Comment voyez-vous cette possibilité d'optimiser l'adhésion du public, tant à des critères qui seraient retenus qu'aux mesures en vigueur à propos desquelles nous constatons que l'adhésion s'effrite de plus en plus?

Vu que cette crise dépasse nos frontières, entretenez-vous des contacts avec vos homologues européens en charge de rendre des avis d'ordre bioéthique? Dans l'affirmative, comment ces échanges se sont-ils déroulés? Des améliorations doivent-elles être apportées à cet égard?

Nawal Farih (CD&V): Mevrouw de voorzitter, er zijn al heel wat vragen gesteld, dus ik zal mij beperken tot twee vragen. Ik verneem graag hoe u hebt samengewerkt op Europees niveau. Wij hebben in België namelijk een *focal point*, waarvan ik de indruk heb dat het wat onderbenut is geweest, ik vermoed omwille van het werk dat moest worden gecombineerd. Hebt u daarmee genoeg uitwisseling gehad om te weten hoe andere Europese landen met de crisis omgingen?

Een tweede belangrijke vraag, u zei dat men, om draagkracht te creëren, de bevolking altijd mee moet hebben. Ik vind dat interessant. Ik ben een groot voorstander van burgerparlementen, burgerkabinetten en de betrokkenheid van burgers, maar ik vraag mij af hoe het Parlement dan wordt gezien. In principe zijn wij burgers die verkozen zijn om het volk te vertegenwoordigen. Vindt u dat er toch een extra orgaan moet worden gecreëerd dat ook tijdens crisissen de hele tijd meekijkt? Of hoe moet ik dat precies begrijpen? Ik vind het immers een beetje moeilijk om dat te plaatsen omdat ik het Parlement zie als het centrum van de democratie. Kunt u wat meer toelichten hoe u dat in de praktijk wil zien?

Ik laat het hierbij. Er zijn heel wat interessante vragen gesteld en ik laat graag de andere sprekers aan het woord. Ik wil u wel nog bedanken voor het werk dat u het voorbije jaar hebt geleverd.

Jasper Pillen (Open Vld): Ik dank u beiden voor de uiteenzetting en voor het vele werk dat u de laatste tijd en daarvoor hebt geleverd.

Ik wens mij aan te sluiten bij de vragen van mevrouw Creemers over de vaccinatie. Wat is uw mening daaromtrent? Bent u een advies aan het formuleren? Hoe gaat dat precies in zijn werk?

Ik dank u voor de informatie die u hebt gegeven over de opnames en de triage. Er is daarover al heel wat gezegd in deze commissie. Er zijn al heel veel verschillende meningen verkondigd en veel verschillende getuigenissen geweest. Het was interessant om te horen wat uw standpunt daaromtrent is.

Een ander punt dat heel vaak aan bod is gekomen, is het teveel aan platformen en dialoogorganen. Ik hoor graag uw mening over de mondkmaskers. U hebt daarover een advies geformuleerd, net als de Hoge Gezondheidsraad. Hoe verhouden die verschillende adviezen zich onderling? Is dat een opbod? Is er daarover een contact of gebeurt dat volledig naast mekaar?

Voor mijn laatste vraag moeten we terugkeren naar

2009, naar advies nr. 48. Dat is een advies dat u hebt geformuleerd in het kader van het ontwerp van pandemieplan. In dat advies schrijft u bijvoorbeeld dat het noodzakelijk is om stocks van beschermingsmateriaal aan te leggen. U hebt het daarin over de federale instellingen, maar ook expliciet over heel wat instellingen die ondertussen gefederaliseerd zijn, zoals rusthuizen en zorginstellingen. Hebt u het gevoel dat u wat dat betreft voldoende wordt gehoord door de gefedereerde entiteiten, door de Gemeenschappen?

Zo niet, hoe kan dat beter? Hoe gaat dat precies in zijn werk? Kunt u daar wat meer informatie over geven?

Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik dank ook de sprekers voor hun werk in het verleden en voor de uitleg van vandaag. Ik heb een paar vragen, hoofdzakelijk over de vaccinatie, maar ook over de rusthuizen.

We hebben deze en vorige week kunnen vaststellen dat Italië en de EU vaccins van AstraZeneca hebben tegengehouden om de EU te verlaten. Ik vroeg me af hoe u daar tegenover staat. Is het verantwoord om de export van vaccins naar niet-COVAX-landen tegen te houden wanneer contractuele afspraken met de EU niet gerespecteerd worden? Ik besef dat dit klinkt alsof ik een uitgebreid advies vraag. Ik weet wel dat u dit niet kunt geven, maar ik vroeg me gewoon af in welke richting een antwoord hierop zou gaan.

Er wordt verwezen naar verschillende aspecten waarmee rekening moet worden gehouden bij de keuzes in het prioritair verzorgen, maar ook prioritair vaccineren, alsook bij de keuze tussen het beschermen van kwetsbare groepen enerzijds, tegenover het collectieve belang anderzijds. Wat is volgens u in deze omstandigheden het meest verantwoord?

Wat zou u aanbevelen inzake het vaccinatiebeleid voor personen jonger dan 65 jaar met onderliggende aandoeningen, gelet op de onzekere leveringen van vaccins en eventuele vertragingen? Moet wat u betreft de volgorde van vaccinaties dan worden aangepast of beveelt u aan om gewoon verder te doen volgens plan?

Er is, in verband met de vaccinaties, heel duidelijk gezegd dat veeleer de voorkeur wordt gegeven aan vrijwillige vaccinaties, liever dan ze te verplichten, maar dat een verplichting wel zou kunnen worden overwogen wanneer bepaalde bevolkingsgroepen niet worden bereikt en er geen groepsimmunitet is. Wat beveelt u concreet aan als blijkt dat bepaalde bevolkingsgroepen de boot

volledig missen? Het lijkt me immers sterk dat een bepaalde bevolkingsgroep dan een verplichting zou worden opgelegd. Dat lijkt mij ethisch ook niet verantwoord.

Of zegt u dat dit element maakt dat een algemene verplichting kan worden opgelegd? Daarover had ik graag wat meer uitleg, want ik heb niet helemaal begrepen in welke zin u dat bedoelde.

Mijn laatste vraag gaat over de rusthuisbewoners. Volgens u werden rusthuisbewoners niet systematisch geweigerd voor ziekenhuisopname. Wel zei u dat er plaatselijk soms uitzonderingen waren, waardoor mensen soms onterecht opname werd geweigerd. Alsook werden de richtlijnen van de gerontologen niet altijd goed geïnterpreteerd, zo noteerde ik uw verklaring. Ik heb er de cijfers voor Vlaanderen in de eerste golf even bijgenomen. Het aantal ziekenhuisopnames van rusthuisbewoners met COVID-19 lijkt te dalen van gemiddeld 20 tot 25 naar ongeveer 10 tot 15 per dag, dus dat klopt ook wel. De gerontologen hebben ook aangegeven die interpretaties te betreuren.

Kunt u nader toelichten welke de plaatselijke conjuncturele uitzonderingen waren op het correct opnamebeleid? Het gaat duidelijk wel om meer dan een handvol gevallen.

U sprak ook over de afwezigheid van artsen. Begrijp ik dan goed dat rusthuisbewoners minder werden gehospitaliseerd vanuit de woon-zorg-centra waar de coördinerend raadgevend arts afwezig was?

Ik meende u ook te horen verwijzen naar onderzoek, maar ik heb niet begrepen welk onderzoek. Over welk onderzoek had u het precies? Misschien is het interessant om dat onderzoek ook aan onze commissie te bezorgen.

Bedankt voor al uw antwoorden en uw inspanningen.

Catherine Fonck (cdH): Madame, monsieur, un grand merci pour votre présence et vos exposés. Je partage plusieurs points que vous avez développés, comme l'importance de la collaboration entre les hôpitaux et les maisons de repos avec une approche de soins intégrée, comme je l'appelle. Je trouve que votre suggestion de présenter, chaque année, le rapport à la Chambre et d'avoir un échange sur ce rapport est une excellente suggestion. En tout cas, je la retiens.

Je voudrais profiter de votre présence pour aborder quelques points en complément de ce que vous avez dit. Vous avez évoqué la problématique du tri pour les patients. Je pense qu'on peut le dire: il n'y

a pas que le volet de l'hospitalisation; il y a aussi l'accès aux soins intensifs. À raison, vous dites que cela ne peut pas être une loterie, un hasard ou le fait que le premier arrivé soit le premier servi.

Après, il y a la réalité du terrain. Quand aucun service n'est saturé, les questions sont toujours simples. Quand ils sont saturés et qu'on a déjà poussé sur les murs en soins intensifs pour transformer les salles de réveil en USI, la situation devient tout de suite beaucoup plus compliquée. Il faut alors, pour chaque place qui reste disponible, tenter d'être le plus logique en termes de prise en charge médicale, tout en étant le plus équitable.

C'est extrêmement complexe. Quand on en parle en théorie, c'est toujours très simple. Les grands principes sont toujours respectés, mais les questions sont beaucoup plus compliquées, beaucoup plus délicates et beaucoup plus difficiles - que ce soit d'ailleurs en période de covid-19 ou hors covid-19 - lorsque, par exemple, les unités de soins intensifs sont complètement saturées.

Au-delà des grands principes que vous avez évoqués et que je peux rejoindre, avez-vous des recommandations? Demain et après-demain, on ne va pas multiplier par deux ou par trois les places de soins intensifs. Malgré tout, on s'est quand même retrouvés dans des situations extrêmement difficiles en période covid-19, mais que l'on vit aussi à d'autres moments de l'année. Il est sûr que, quand on se retrouve en soins intensifs, qu'il ne reste qu'une seule place et qu'on a une personne très âgée avec beaucoup de pathologies ou un jeune qui a un polytrauma, un choix doit être fait à un moment donné.

C'est évidemment le jeune avec le polytrauma qui sera pris en charge aux soins intensifs. Ces questions sont toujours difficiles et il y a toujours un travail qui est réalisé pour voir comment l'on peut redistribuer et réexaminer les cas. Cela reste des questions individuelles auxquelles les soignants et leurs équipes sont confrontés, en fonction aussi de la situation du reste des soins intensifs, des places disponibles - faire remonter des patients en *middle care* ou anticiper une remontée à l'étage durant 24 ou 12 heures pour faire de la place. C'est un processus continu, avec les transferts, etc. Mais au-delà des principes dont vous avez parlé, j'aimerais vous entendre pour tenter de réconcilier les principes avec la réalité du vécu sur le terrain qui n'est pas toujours simple, c'est le moins que l'on puisse dire.

Au sujet de la vaccination, je me demandais s'il était éthique de parler de vaccination obligatoire quand on n'a toujours pas aujourd'hui de vaccination accessible à tout un chacun. Parler de

vaccination obligatoire aujourd'hui est-il bien dans l'ordre logique des choses? Ne faudrait-il pas d'abord s'assurer que chacun ait accès au vaccin avant de caricaturer les uns et les autres? Avec les études qui sortent, il faudra voir quel travail de conviction il faudra réaliser. Elles entraîneront une adhésion de plus en plus large pour l'ensemble des personnes, monsieur et madame tout le monde et les soignants qui, pour un certain nombre, ne souhaitent pas être vaccinés ou hésitent. Ne faudrait-il pas faire les choses dans l'ordre? Parler de vaccination obligatoire à ce stade, n'est-ce pas prématuré? Vous avez même dit que cela pourrait être contre-productif. Je suis de ceux qui le croient. À ce stade-ci, je pense qu'il faut plutôt mettre à profit son énergie pour convaincre et expliquer.

Enfin, vous avez parlé de planification anticipée des soins. Il y a plusieurs manières de présenter ce que vous visez, que cela soit sous la forme de projet de vie, de programme de soins pour les patients en gériatrie, de programmes de soins de type *cure & care* en maison de repos ou de façon plus générale, à domicile. Il y a quand même une grosse évolution ces dernières années.

Par contre, je trouve que ce qui est toujours extrêmement délicat et à propos de quoi il faut rester attentif, c'est à la fois d'avoir cet échange, cette discussion sans tabou avec le patient, intégrant les proches tout en laissant la liberté au patient.

Mais il y a toujours une difficulté parce qu'à mes yeux, ce doit être une forme de processus permanent. Il serait parfois trop facile d'interroger une personne qui arrive en maison de repos et qui voit sa vie complètement chamboulée pour tenter d'identifier, d'examiner le parcours, les contours d'un programme de soins, alors même que la situation peut parfois être terriblement différente, un mois, deux mois, trois mois voire un certain nombre de mois plus tard.

Je voulais dès lors aborder ce sujet avec vous. En effet, autant les modèles, tels qu'ils existent aujourd'hui, même s'ils ne sont pas pratiqués à 100 %, sont de plus en plus dans l'approche - le diagnostic, le travail avec le médecin généraliste, les équipes de soins et le médecin coordinateur au sein des maisons de repos -, autant je trouve qu'il y a encore peut-être des recommandations à faire sur la manière de construire ce programme de soins, d'y rester attentif pour en faire une forme de processus permanent. Et aussi, il est parfois important, même en situation de crise, de pouvoir réaborder ce point avec le patient concerné si son état le permet. Oui ou non, veut-il être hospitalisé? Souhaite-t-il rester en maison de repos plutôt que d'aller à l'hôpital? On gagnerait, pour ce qui est de

la qualité de l'accompagnement des personnes âgées, à faire avancer le processus de formation au niveau de l'ensemble de nos soignants. J'aurais voulu savoir ce que vous en pensiez. Que peut-on faire d'autre? De quelle manière peut-on faire avancer ces projets de vie et ce programme de soins *cure & care* pour les patients, surtout les patients gériatriques?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Je ne serai pas très longue car beaucoup de choses ont déjà été dites. Je rajouterai juste une petite question. Cette crise nous a montré qu'elle est très vite devenue systémique. Je me demandais si vous aviez pu être consultés sur la question de la proportionnalité des mesures sanitaires qui ont été prises au regard de l'impact qu'elles ont eu sur la santé mentale – qui fait aussi partie de la santé.

La présidente: Je vous laisse un petit temps pour vous coordonner, avant d'entamer vos compléments de réponse.

Florence Caeymaex: Durant ces cinq minutes de pause, nous avons tenté d'identifier les grandes questions qui nous ont été posées. Comme elles sont nombreuses, il nous a été difficile de nous répartir la tâche. J'espère que nous couvrirons vos demandes. Sinon, vous pourrez nous les réitérer.

Plusieurs personnes nous ont demandé ce qu'il fallait penser du passeport vaccinal. La commission restreinte de notre Comité qui a travaillé sur la vaccination est toujours occupée, bien qu'elle ait délivré un avis en décembre. Nous recueillons des informations au travers d'auditions à ce sujet. Comme ce travail est en chantier, je ne peux communiquer ni les conclusions ni l'avis du Comité. Simplement, je voudrais attirer votre attention sur certains aspects, afin d'éclairer votre propre travail.

Il me semble essentiel de pouvoir déterminer juridiquement ce que veut dire un "passeport", autrement dit: de savoir quelle en est la fonction administrative. Il s'agit de se demander si c'est bien sur un document de ce type que doivent se retrouver des données de santé. En effet, un passeport est un instrument d'identification administrative, dont la vocation n'est peut-être pas de reprendre de telles données. C'est peut-être à partir d'une perplexité devant l'appellation de "passeport" que l'Union européenne a choisi un autre terme: la *green card* ou quelque chose de ce genre.

Ensuite, il faut pouvoir distinguer ce qui permet de franchir des frontières et ce qui offre l'accès à des structures collectives internes à un pays; ce ne sont pas les mêmes fonctions. Cependant, dans

les deux cas, il me semble important de pouvoir mener une réflexion sur ce type de document assurant des droits d'accès en fonction des objectifs sanitaires que nous visons, c'est-à-dire: jusqu'où et comment un tel outil peut-il être proportionné à des impératifs ou objectifs de sécurité sanitaire ou de santé publique? Cela suppose que nous puissions les déterminer. Si un objectif de santé publique consiste à libérer les jeunes pour qu'ils puissent assister à des concerts au motif que beaucoup dépriment et manquent de vie sociale, ce n'est pas exactement la même chose que protéger les personnes en limitant la circulation de certaines autres.

Nous n'avons pas encore d'idée très claire sur le sujet, mais il me semble que combiner dans la réflexion les aspects économiques qui sont en jeu – c'est de là que proviennent les forces qui poussent au passeport vaccinal – et des objectifs de santé publique est très important. Au fond, est-ce le meilleur moyen d'arriver à une sécurité sanitaire et à des objectifs de santé publique? Selon moi, il s'agit d'une question importante à poser. En la matière, des épidémiologistes peuvent prendre le relais.

Il me semble également important de considérer les dispositifs existants. Aujourd'hui, si nous devons franchir la frontière, nous devons avoir un bon motif pour ce faire – un motif professionnel ou une urgence particulière, cela a été réglementé – et nous devons présenter un test covid négatif. Il existe donc déjà des restrictions, des mécanismes d'ouverture et de fermeture des barrières en fonction de données de santé. C'est dans ce cadre-là qu'il faut réfléchir. Est-ce que le passeport, la carte prend la suite ou non? Tous ces éléments devraient entrer en ligne de compte dans la réflexion sur l'accès.

Je souhaiterais encore aborder un dernier élément relatif à l'accès aux structures collectives (opéras, concerts, grands lieux culturels, etc.). En la matière, il faut vraiment se demander si on ne va pas créer un grand déséquilibre entre les institutions ou les lieux qui auront, et ceux qui n'auront pas les moyens d'assurer pratiquement un dispositif d'accès — le fonctionnement des ouvertures et des fermetures avec des moyens technologiques, numériques et autres (on passe avec son portable ou pas). Il existe toute une série de structures collectives qui ne seront pas en mesure de le faire et qui perdront peut-être complètement au jeu d'un point de vue économique. En effet, les gens auront peut-être intérêt à aller dans les grands magasins qui auront les moyens de poser des bornes d'accès et pas dans les restaurants qui ne disposeront pas des moyens techniques de le faire. Je pense qu'il y a

vraiment des problèmes d'organisation pratiques qui doivent être envisagés.

Voilà grosso modo ce que j'avais à dire au sujet du passeport. Nous avons encore d'autres idées, mais peut-être reviendrons-nous sur le sujet plus tard.

Paul Cosyns: Ik zal ook trachten enkele vragen te beantwoorden.

Eerst iets waar ik misschien verkeerd begrepen ben. Betreffende prioritisering heeft het Comité in zijn advies nooit gesproken over bevolkingsgroepen. Het ging steeds over kwetsbare groepen of kwetsbare populaties.

De vraag werd gesteld in verband met vaccinatie van zwangere vrouwen. Ik heb zelf deelgenomen aan farmaceutische proeven over nieuwe geneesmiddelen in de psychiatrie. Zwangere vrouwen worden automatisch uitgesloten van wetenschappelijk onderzoek betreffende moleculen waarvan men nog niet weet hoe zij werken en wat de mogelijke neveneffecten zijn. Als wij grote populaties wetenschappelijk toetsen, zal wel af en toe één van de vrouwen zwanger worden, en die wordt dan speciaal gevolgd. Hetzelfde geldt voor kinderen: de meeste geneesmiddelen worden niet getest op baby's en kinderen omdat dit ethisch niet te verantwoorden is.

Dat bemoeilijkt de juiste indicatiestelling voor nieuwe medicaties. Wij kennen nu de discussie of de tweede dosis van een bepaald vaccin mag uitgesteld worden met een groter interval. Dan gebruikt men het "off label" en niet meer zoals de medicatie goedgekeurd geweest is door het Europees Geneesmiddelenagentschap.

Ik heb geen principiële probleem met het "off label" gebruik van medicatie en heb dat in mijn carrière ook gedaan. Maar dan neem ik hiervoor mijn verantwoordelijkheid als arts. Als men de richtlijnen van het Europees Geneesmiddelenagentschap niet volgt, is er een juridisch probleem van verantwoordelijkheid. Als een overheid het op zich neemt, neemt de overheid ook de verantwoordelijkheid hiervoor op zich. Daar kan men wel vragen over hebben.

Een ander voorbeeld betreft het vaccin AstraZeneca dat uit voorzichtigheid boven 65 jaar niet toegediend werd. Ondertussen weten wij dat het veilig gebleken is boven 65 jaar, dus men kan de voorzorgsmaatregel die men genomen had terugtrekken en het vaccin ook boven 65 jaar gebruiken.

Betreffend de medicatie en hun prijzen daar ben ik absoluut niet competent voor..Betreffende Israël wordt het gerapporteerd dat een akkoord zou

bestaan met de firma's. De firma's zoeken natuurlijk zoveel mogelijk informatie bij het gebruik van hun geneesmiddelen. Na de ontwikkelingsfase van een vaccin wordt op de markt gebracht en dan volgt de postmarketingsurveillance. Eens er nieuwe medicatie op de markt komt, gaat men wetenschappelijk na wat er gebeurt wanneer het toegediend wordt aan het brede publiek. Dan gaan immers heel wat mensen dat gebruiken waarvan dit niet voorzien was in het begin van de testing. Dat is de postsurveillancemarketing. Ik kan me best inbeelden dat een firma zoveel mogelijk gegevens van patiënten wenst. Ik weet niet wat er in Israël gebeurd is, maar de media rapporteren dat zij vaccins genegocieerd hebben tegenover informatie over de patiënten die gevaccineerd werden. Vanuit ethisch standpunt kan ik alleen maar zeggen dat als men persoonsgegevens doorgeeft, de individuele persoon dat moet weten en zijn akkoord geven. Dat is het kernpunt.

Dan werden er vragen gesteld over de gebrekkige voorbereiding van ons land voor de huidige pandemie. Wij actualiseren ons vroeger advies 48 en trekken de lessen uit deze pandemie. Wij zijn van oordeel dat de overheid voorzorgsmaatregelen moet nemen voor een potentieel nieuwe pandemie. Waarom? Omdat het zeer redelijk is om aan te nemen dat dit nog kan en zal voorkomen. Bijgevolg moet de overheid inderdaad voorzorgsmaatregelen nemen daarvoor. Bovendien denken wij dat een woon-zorgcentrum ook verplicht zou moeten worden om een crisisplan te hebben. Dat hebben ze nu niet terwijl ziekenhuizen onmiddellijk crisisplannen uitgewerkt hebben. Een woon-zorgcentrum moet ook een crisisplan ontwikkelen en klaar hebben, dat men kan uitrollen wanneer er een probleem is.

Wat moet er worden voorbereid? Hoeveel maskers of hoeveel van het een of ander? Het komt het Raadgevend Comité niet toe om dat te zeggen.

Dat moet bestudeerd en uitgevoerd worden door de bevoegde instanties.

Een zeer terechte opmerking die ik in het begin hoorde, is dat er geheimzinnig wordt gedaan over de cijfers. Men kent ze niet of onvoldoende. Daar zit een fundamenteel probleem, en volgens mij kunt u daar een rol spelen: de inzameling van de cijfers verloopt chaotisch want iedereen verzamelt deze op zijn eigen manier. Er is geen homogene wijze om cijfers te verzamelen. Ik weet niet hoe Sciensano het klaarspeelt, maar ga ervan uit dat zij hun best doen om deze op de meest betrouwbare wijze weer te geven. Er ontbreekt dus een homogene manier waarop de basisgegevens worden verzameld, en dit is noodzakelijk om de betrouwbaarheid van de cijfers te garanderen.

Cijfers die trouwens beschikbaar moeten gesteld worden aan wie er om vraagt.

U vraagt naar de betrokkenheid van het Raadgevend Comité bij de te nemen beslissingen door de overheid. In dat verband wil ik u een suggestie geven. Actueel is het Raadgevend Comité lid van geen enkele instantie die de regeringsbeslissingen mee voorbereidt. Zou het niet wenselijk zijn dat iemand van het Raadgevend Comité als observator hieraan zou deelnemen? Dat laat ik aan u over. Als Raadgevend Comité moeten we geen deel uitmaken van de beslissingsorganen, wel kunnen we waken over de ethische aspecten van de te nemen beslissingen. Hiermee bedoel ik bijvoorbeeld: 1) het proportionaliteitsbeginsel bij alle gedane suggesties, 2) de subsidiariteit (kan het resultaat niet op een andere manier verkregen worden?), 3) de efficiëntie van de verschillende maatregelen (wordt het doel wel bereikt?). Met al het lobbywerk dat plaatsvindt, krijg ik soms ook het gevoel dat wie het hardste roept, het haalt bij de overheid.

Het Raadgevend Comité zou aldus wel een positieve rol kunnen spelen als observator om te waken over de ethische aspecten die verbonden zijn aan de beslissingen die genomen moeten worden.

Men sprak over de jongeren. Het Raadgevend Comité heeft zich in zijn advies over de prioritering van de vaccins inderdaad achter de regeringsbeslissing geschaard. Het primaire doel was namelijk te beletten dat mensen ziek zouden worden en de intensieve zorgen in de ziekenhuizen zouden vullen. Als men de jongeren hoog plaatst op de lijst met vaccinatieprioriteiten, dan heeft men een andere bedoeling, namelijk het vermijden van de verspreiding van het virus. De wetenschappelijke evidentie van de vaccins die wij nu hebben, is dat ze daar niet voor gemaakt zijn. Wij krijgen nu stilaan gegevens daarover, maar bij de start van de vaccinaties was er geen evidentie dat de verspreiding van het virus zou verminderen door de vaccinaties.

We zijn inderdaad bezorgd over de mentale gezondheid van de burger en de jongere populatie. Het RIZIV heeft daartoe positieve maatregelen genomen en in de nomenclatuur een consultatienummer opgenomen voor verzorging via pc of op afstand. Ik heb een dochter die kinderpsychiater is. Al haar adolescenten komen via hun computer op raadpleging bij haar. Zij zegt mij trouwens dat de adolescenten dat graag doen. De overheid heeft dus wel maatregelen genomen. Er is ook in een vergoeding voorzien voor die vorm van consultatie.

Ik heb over de gevangenissen gesproken. Ik wil

daar toch nog iets positiefs aan toevoegen. De gevangenen hebben het intern heel goed gedaan op het vlak van de covid. Er is tot nu toe maar één gevangene overleden. Al wat men intern in de gevangenis heeft opgezet, functioneert zeer goed, zeker in vergelijking met andere landen. Dat wou ik terloops even meegeven. Ook het positieve mag worden gezegd.

Er zijn veel vragen gesteld over de eenheid van commando. Dat is een moeilijke discussie. Wanneer men plots wordt geconfronteerd met een urgentie, een catastrofe of zelfs het onvoorziene, moet men eenheid van commando hebben. Ik ben iemand die, gezien mijn leeftijd, zijn legerdienst heeft gedaan. Daar hebben wij dat duidelijk geleerd. Wij moesten in geval van een militaire operatie op voorhand calculeren hoeveel slachtoffers en gekwetsten er zouden zijn. Wij moesten anticiperen op een potentiële catastrofe. Wat duidelijk is in dergelijke operaties, is dat er eenheid van commando moet zijn. Ik beklemtoon dat eenheid van commando nodig is in het kader van crisissituaties of catastrofes en slechts mag duren zolang het nodig is.

De regering neemt allerlei beslissingen met als gevolg een significante beperking van de individuele vrijheden van de burger zoals uitgangsverbod en sterke beperking van intermenselijke contacten. Dat is een opgelegde vrijheidsbeperking die men tijdelijk aanneemt, met de bedoeling om, eens de crisissituatie voorbij is, deze beperkende maatregelen op te heffen. In een crisissituatie moet men van paradigma kunnen veranderen om de situatie op een adequate wijze aan te pakken.

Ik leg opnieuw de nadruk op het feit dat het om tijdelijke situaties gaat, namelijk zolang dat de crisissituatie aanhoudt. Wij hebben in België de aanslagen op Zaventem gekend. Dat betreft een moment en blijft zeer beperkt in de tijd. Het probleem met de covidcrisis is dat ze al een jaar duurt en een andere tijdsdimensie kent wat het probleem complexer maakt.

Florence Caeymaex: Un autre point mérite qu'on s'y attarde. Il a été abordé de plusieurs manières, à savoir celui des grands principes éthiques et de leur rapport au terrain. Plusieurs d'entre vous ont demandé si nous avions des recommandations plus précises pour la priorisation, si nous avions avancé des recommandations concrètes, etc. Plusieurs réponses sont nécessaires.

D'abord, l'avis n° 48 de 2009 recommandait qu'une anticipation de la possibilité d'avoir à prioriser ait lieu. Dans l'urgence de la crise, des recommandations sont apparues, l'une, de la

Société belge de gériatrie et de gérontologie dont vous avez déjà entendu parler et l'autre, de la Société belge de médecine intensive dont vous avez aussi certainement entendu parler puisque ce document a été rédigé par des spécialistes à la demande des autorités. De telles recommandations sont fondées, comme Paul Cosyns l'a expliqué, sur les bonnes pratiques ordinaires. En effet, la priorisation est quand même un élément appartenant à la médecine hospitalière ordinaire. Ce n'est pas quelque chose d'exceptionnel. Ces recommandations ont simplement rappelé les critères et le type d'approche que l'on doit développer pour prioriser des patients. Un article scientifique sur le même sujet disait qu'il fallait les appliquer avec peut-être encore plus d'attention ou de rigueur comme s'il s'agissait finalement d'une question non pas de changement de nature mais de changement en degré dans la situation. Telle était la nature des recommandations qui étaient sorties au printemps.

Ces recommandations étaient portées par des sociétés médicales mais qui s'avançaient elles-mêmes ou qui se proposaient elles-mêmes comme étant des recommandations éthiques. Que signifie cela? Cela signifie que le plan de l'éthique et le plan de l'approche technique, scientifique, avec des critères médicaux ne sont jamais séparés. Ce que nous avons fait à notre tour un peu plus tard, c'est effectivement d'écrire une recommandation mais notre travail n'est pas le même que celui des sociétés médicales. Celles-ci vont rappeler ou identifier des critères médicaux pertinents. Nous, nous prenons une position un peu différente qui consiste à donner des critères éthiques.

Ce qui nous semble le préalable – et c'est cela qui est important – c'est que, donnant des critères ou donnant des recommandations, nous ne nous substituons pas à la décision qui sera toujours prise sur le terrain, dans des circonstances singulières. C'est vraiment très important; parce que si nous nous substituons, si nous commençons, nous aussi, à donner des critères, cela signifie qu'il y a une autorité qui va, en quelque sorte, donner des orientations qui vont peser sur la décision médicale. Moi, je pense que ce n'est pas le rôle d'un gouvernement de dire qu'il faudra prioriser les personnes plus jeunes ou qu'il faudra prioriser les mères de famille sur les personnes seules, etc. Je pense que ça, c'est précisément ce que nous nous sommes refusés à faire.

Notre recommandation se situe ailleurs. La première de nos recommandations est celle de tenir jusqu'au bout le principe qu'il y a une responsabilité des médecins qui se joue sur le terrain, que cette responsabilité doit être partagée avec les patients quand on peut leur parler ou

connaître leur volonté, et partagée peut-être aussi avec un ensemble de personnes, parce que cela ne peut pas peser sur les épaules d'un seul homme. Et là dedans, une fois qu'on est dans la situation et qu'on a en main les cartes des critères médicaux, l'important est de ne pas perdre de vue certains éléments qui, dans l'urgence et dans la pression, peuvent parfois passer sous le tapis ou passer en arrière-plan. Je pense que c'est cela, notre job.

Et je pense que cela peut être très utile à certains médecins de pouvoir se rappeler que, quand ils ont en main les critères médicaux, ils peuvent aussi à un moment se dire: qu'est-ce qui est la justice ici? Cela peut parfois aider à trancher. Ou: qu'est-ce qui est un soin bienfaisant ici? Cela peut aussi aider à trancher.

Les deux choses sont co-impliquées dans la décision sur le terrain; mais nous ne pouvons pas, nous, en tant que Comité d'éthique, dire que les vieux sont prioritaires sur les jeunes, ou l'inverse, ou que les personnes les plus vulnérables devraient passer avant tous les autres, etc. Ce n'est pas à nous de le dire; et je pense aussi que c'est un problème si un gouvernement commence à donner des orientations en ce sens.

Du coup, ce que nous faisons, c'est lever des points d'attention dont nous savons qu'ils peuvent être invisibilisés au moment de la décision. Et donc, nous les remettons dans le jeu, parce que quand ils sont écrits, cela veut dire que quelqu'un peut s'en emparer et, dans une décision collective, dire: n'avons-nous pas oublié tel ou tel point?

Maintenant, ce qu'il faut quand même dire aussi, c'est que les hôpitaux eux-mêmes, dans certains cas, ou les réseaux d'hôpitaux, se sont organisés et se sont dotés de protocoles. Nous avons été sollicités au mois d'octobre par un réseau d'hôpitaux de la province de Liège, qui se sont eux-mêmes dotés d'un protocole de priorisation, qu'ils ont voulu le plus raffiné possible, le mieux pensé possible. Ils ont dit, à un moment: nous avons besoin d'être visés par un comité d'éthique. Ils nous ont envoyé leur protocole et ils nous ont dit: "Voulez-vous bien le lire en détail et nous faire des retours sur ce que nous avons oublié ou ce qui manque?"

Je pense que c'est exactement cela, notre fonction. Quand nous écrivons une recommandation, il faut qu'elle soit sur la table des gens qui prennent la décision en disant: est-ce que nous n'avons rien oublié? Comme les recommandations médicales.

Certains l'ont fait. Il y aurait sans doute une enquête plus approfondie à mener sur ce dont les

hôpitaux se sont eux-mêmes dotés pour permettre à leurs soignants de travailler et d'avancer sans panique, ou avec le moins de panique possible.

Voilà pour les grands principes! Je pense que, souvent, les grands principes sont oubliés alors qu'ils peuvent servir de guide. Que veut dire la solidarité, par exemple, pour moi ici et maintenant? C'est une question importante à se poser, même sur des terrains opérationnels.

En ce qui concerne la concertation avec les autres pays européens et les instances européennes, c'est un véritable chantier dont nous aurons besoin dans le futur. Simplement au niveau des comités d'éthique, nous connaissons l'existence des comités d'éthique des pays voisins et nous lisons leurs avis qui, comme les nôtres, sont publiés sur Internet, accessibles, rendus publics. C'est un point très important. Il existe également des plateformes où les comités d'éthique peuvent se rencontrer. C'est par exemple, le DH-BIO, comité d'éthique lié au Conseil de l'Europe, au sein duquel des échanges sont rendus possibles entre les différents pays sur les options d'éthique prises. Mais je pense que nous avons besoin de collaboration et de concertation plus étroites, que nous devrions organiser des conférences communes et typiquement sur des sujets qui dépassent ou traversent les frontières comme les virus. Ce serait une initiative.

La question est vraiment celle des moyens, car pour un comité comme le nôtre (présenté tout à l'heure), ce que je n'ai pas dit, c'est que tous les membres qui participent sont bénévoles et le font dans un temps qu'ils dégagent de leur temps professionnel. En général, cela signifie qu'on va l'ajouter en plus en soirée ou le week-end.

On est très intéressés parce qu'on apprend beaucoup de choses en y participant. On prend conscience de l'importance de ce que nous faisons. L'exercice est assez enrichissant sur le plan intellectuel, mais le temps n'est pas infini. En outre, dans un pays comme le nôtre, un comité est difficile à faire fonctionner car il faut assurer les traductions, l'égalité des deux langues et cela prend un temps considérable. Pour organiser une conférence commune de retours sur le covid, je pense qu'il faudrait beaucoup de moyens pour le faire et ces moyens dépassent ceux du seul Comité consultatif de bioéthique.

J'ai justement participé à une réunion organisée au niveau européen avec d'autres personnes venant d'autres comités d'éthique (Autriche, Luxembourg et France notamment) et nous avons fait le constat de l'importance qu'il y a à mettre nos savoirs en commun. C'est certainement une initiative qui se

développera dans le futur.

Un dernier point est celui du débat public. La question de la communication: faut-il des instances centrales ou faut-il centraliser la communication?

Faut-il mettre des limites à la liberté d'expression qui offre certainement des boulevards aux *fake news*, à des gens qui sciemment désinforment la population et les citoyens? Je trouve aussi la question suivante très intéressante. Faut-il un organe additionnel, complémentaire à celui qui existe, qui est le Parlement? Avons-nous besoin d'un autre lieu pour le débat citoyen? Comment organiser l'adhésion de la population? Je n'ai pas de réponse hyper nette à cela, et je vais faire une réponse qui sera plutôt celle d'une philosophe politique que celle d'une spécialiste de l'éthique, même si je pense qu'il n'y a pas d'éthique sans débat public. L'éthique n'est pas une question de sages qui ont la science infuse. Nous aussi, au sein du Comité, nous faisons comme vous les parlementaires. Quand on doit étudier une question, on se met en quête de savoir, on écoute des gens, on construit du savoir à propos de la chose que nous avons à étudier. Cela signifie qu'on a besoin de débats et je pense qu'ensuite, notre rôle est de rendre ce que nous avons appris aux parlementaires, aux citoyens, à la société dans son ensemble. Nous ne clôturons pas les discussions, nous contribuons à clarifier et à dynamiser le débat public.

En tous cas, je pense que tel est notre rôle. C'est pour cela que nous ne cherchons pas à avoir des avis de consensus dans lesquels nous dirions: "Voilà ce qui est bien et voilà ce qui est mal!" Nous essayons de refléter au mieux et de clarifier au mieux les différentes perspectives et positions que l'on peut avoir sur un problème. Et on le rend à la société, finalement. C'est là où le Comité d'éthique belge, qui n'est pas tenu de rendre des avis consensuels, a un « costume » particulièrement démocratique, si on le compare aux autres comités d'éthique nationaux.

Donc, nous avons un lien très étroit, me semble-t-il, et aussi des affinités, avec l'aspiration démocratique et l'aspiration au débat public. Je pense que ce débat public, forcément, quand on choisit l'option de la démocratie, on doit accepter le fait qu'on s'expose au risque de chaos, de désinformation. En fait, cela a toujours existé. Je pense que des tas d'historiens pourraient vous montrer comment la rumeur a joué dans les révolutions, dans les insurrections, et que c'était très difficilement contrôlable, et que les rumeurs font faire des choses stupides parfois. Et parfois des choses dangereuses. Donc, je pense que c'est inhérent à la démocratie. Le désordre

communicationnel est inhérent à la démocratie.

Par rapport à cela, nous avons plusieurs ripostes possibles si nous voulons tout de même mettre un tout petit peu de clarté dans les débats, simplement pour que le citoyen puisse s'y sentir à l'aise et puisse s'approprier les questions.

Quelles sont les ripostes? Il y a celle qui consiste à limiter la liberté d'expression et à centraliser la communication. Est-ce tout simplement possible? Je ne sais pas si c'est possible. Peut-on empêcher les gens de s'exprimer librement? Moi personnellement, je tiens plutôt à la liberté d'expression et je pense que s'il faut des organes de communication centralisés pour des problèmes précis, (tels que ceux relatifs à l'unité de commandement dont on parlait tout à l'heure), cela n'empêche pas le débat de se poursuivre dans la société. Et je crois qu'aujourd'hui, le freiner, c'est très difficilement praticable, mais aussi dangereux.

Les pays qui limitent la liberté d'expression pour essayer d'arriver à une espèce de lissage du débat, vous savez bien qui ce sont. Je veux dire: c'est la Chine et autres... Je ne suis pas sûre que nous souhaitons ça aujourd'hui. Je pense qu'il y a d'autres moyens de répondre ou de mettre de la clarté dans ce qui, sinon, peut partir du côté du chaos, de la cacophonie et, parfois, des prises de parole autoritaires, c'est-à-dire celui qui crie le plus fort ou celui qui a le plus de moyens impose son opinion ou son désordre mental à d'autres.

Je crois que nous avons besoin de trouver des moyens de multiplier les lieux dans lesquels les citoyens se forment mutuellement, se forment réciproquement. C'est un vieux rêve de la démocratie qui a été défendu par un grand penseur politique qui s'appelle John Dewey, qui a écrit énormément de choses au début du XX^e siècle et qui a été très influent pour la pensée libérale américaine. C'est quelqu'un qui a montré pourquoi nous avons besoin de multiplier les lieux où les citoyens se dotent des moyens d'enquêter par eux-mêmes sur leur propre société, sur ce qui arrive dans notre société, et de pouvoir construire des savoirs.

Nous avons déjà des lieux pour ça, se sont évidemment les parlements, les institutions scolaires... mais je pense qu'il est aussi nécessaire de réfléchir à quelles sont les institutions que nous pourrions construire demain où ces pouvoirs d'enquête, ces pouvoirs de construction de savoirs, et donc de participation, soient possibles. Il y a des exemples: la Fondation Roi Baudouin organise des formes de travail collectif citoyen, comme dans un mini-parlement si on veut, sur des questions de santé. Je pense que ce sont des pistes très

intéressantes. Toutes les structures qui ont des moyens d'organisation horizontaux devraient les mobiliser à fond.

La Fédération des maisons médicales par exemple l'a fait beaucoup. Il y avait beaucoup de discussions en leur sein au sujet des vaccins. Ce qu'ils ont fait, c'est organiser des midis de discussion et ces midis de discussion permettent aux gens de s'écouter mutuellement et parfois de se déplacer en fait. Bien sûr, il y a des gens qui sont irréductibles à toute discussion sur le vaccin mais on sait que la grosse majorité, c'est plutôt des hésitants. Je pense que les hésitants, il faut les prendre très au sérieux, c'est-à-dire répondre à leurs hésitations. Je pense que nous sommes en route pour le faire. Je pense que la crise nous a montré que nous avons besoin de nous réarmer en matière d'institutions démocratiques et d'institutions démocratiques locales, sur lesquelles les gens ont une prise. Et il y a des tas de gens très qualifiés pour faire ça: l'éducation permanente, c'est son rôle, les maisons de jeunes avec leurs animateurs etc. Je suis convaincue que ce sont des choses qui sont possibles. D'ailleurs, ça se fait déjà dans certains milieux, même des milieux académiques. J'ai des collègues qui travaillent avec des étudiants en disant: "Avant de travailler sur une problématique, on va enquêter sur cette problématique et on va construire un savoir ensemble".

Je pense que c'est quelque chose qui donne un sentiment de puissance aux individus. Par contre, ce qui donne un sentiment d'impuissance et génère la protestation, le mécontentement et même dans certains cas le sentiment qu'on est pris dans un complot, c'est de n'avoir aucune prise sur la discussion. On voit les discussions se dérouler au-dessus de notre tête comme si c'était le combat des dieux et on n'a pas de voix. Je pense que cette frustration est le constat que nous devons faire pour imaginer les débats publics du futur.

Je crois qu'on doit se dire qu'on n'a pas épuisé toutes les formes de la démocratie même si, aujourd'hui, les parlements sont assiégés par les *fake news* et par les réseaux sociaux. Comme à toutes les époques, je pense qu'il est nécessaire de retailler les institutions à la mesure de nos sociétés et en fonction de ce qu'elles sont, c'est-à-dire des sociétés dans lesquelles les jeunes et toutes sortes de gens ont commencé à pouvoir s'exprimer, ce qui n'était pas le cas il y a 200 ans. Il y a eu les mêmes inquiétudes à la fin du XVIII^e siècle. Beaucoup de gens se sont alarmés alors de l'apparition des journaux et des gazettes. Les gazettes étaient considérées comme ce qui allait entraîner le chaos social. Et puis, il y a des philosophes, des penseurs qui ont dit que les

gazettes étaient très bien et qu'on allait pouvoir commencer à être plus nombreux à penser.

Aujourd'hui, les journaux nationaux nous apparaissent comme le dernier rempart d'un peu d'ordre et de santé intellectuelle par rapport aux réseaux sociaux, mais nous devons faire le même travail et le même accompagnement. Je crois que c'est possible et qu'on n'a pas tout exploré. C'est plutôt une réflexion de philosophie politique. J'en ai plus ou moins terminé à ce sujet, en tout cas pour l'instant.

Paul Cosyns: Ik zal nog enkele vragen beantwoorden, ten eerste over de verplichte vaccinatie. In de huidige stand van zaken is verplichte vaccinatie in ons land niet aan de orde. In de 3 hogerop vermelde adviezen stelt het Comité dat men dat niet a priori mag uitsluiten als onethisch, het kan in sommige omstandigheden overwogen worden. Ik wil echter duidelijk zijn, dat is vandaag niet aan de orde. Wat vandaag aan de orde is, is de vaccinatie zoals ze nu gepland is. In sommige omstandigheden moet verplichte vaccinatie echter overwogen kunnen worden.

Als men voordelen aan de vaccinatie zou koppelen, wordt het dan geen pseudoverplichting? Dat is een terechte vraag en u vindt het antwoord daarop in ons advies nummer 64, dat gaat over de verplichte vaccinatie. We noemen dat de optionele vaccinatie met incentives. Men gebruikt nu al lichte incentives, want de overheid stelt het vaccin gratis ter beschikking. Ik hoorde op de radio dat de TEC in Wallonië ook een gratis busticket geeft voor de dag van de vaccinatie. Men maakt het de mensen dus op alle mogelijke manier gemakkelijk en spoort hen aan om zich te laten vaccineren. Ik lees enkele zinnen uit ons advies: "Wat betreft het gebruik van incentives wijzen internationale studies uit dat deze een positieve invloed hebben op het opvolgen van het programma". Ons advies vermeldt verder dat het geven van incentives ethisch te verdedigen is.

Ik zou daar langer over kunnen praten, want wij komen dat als artsen regelmatig tegen in onze praktijk. Soms moeten we patiënten immers trachten te overtuigen van het nut van een behandeling waar ze twijfels over hebben. Uiteraard moet men duidelijk een onderscheid maken tussen verplichte vaccinatie en optionele vaccinatie met incentives. Het Comité stelt dat deze vorm van vaccinatie niet a priori als onethisch moet worden beschouwd, in dergelijk geval moet de communicatie goed verzorgd worden.

Hoe dan ook is het geen verplichte vaccinatie. Het gaat erom mensen aan te sporen om zich te laten vaccineren.

Ik wil nog iets zeggen over de advance care planning (ACP) en over wat mevrouw Fonck zei over de betrokkenheid van de bewoners in de woon-zorgcentra bij de beslissingen die over hen worden genomen. Het Comité is absoluut voorstander om bij het veralgemenen van ACP de betrokken bewoners op voorhand op een rustige wijze met het personeel te laten bespreken wat zij voor zichzelf wensen in het geval van ziekte. Uit de getuigenissen in de beperkte commissie hebben wij geleerd dat er vooral moet worden voor gezorgd dat die ACP van de betrokken bewoner ook wordt voortgezet in het ziekenhuis, als hij/zij zou opgenomen worden. Ziekenhuizen hebben vaak gesignaleerd dat ze niet wisten dat er een ACP bestond. De bewoner moet echt centraal worden gesteld. Alles wat die persoon betreft, moet met hem/haar meegaan, waar hij/zij zich ook bevindt.

Wat het volgen van de genomen maatregelen door de bevolking betreft, ben ik geen communicatiedeskundige en kan daar niet veel over kwijt. Wel verliep de communicatie soms chaotisch. Uit getuigenissen in het Brussels Parlement is gebleken dat in Brusselse rusthuizen de communicatie over de vaccinatie sommige multiculturele groepen niet raakt. Blijkbaar worden niet de juiste argumenten of de correcte methodes gebruikt om, bijvoorbeeld, Nigeriaanse zorgverleners te overtuigen van het nut van de vaccinatie. Er zijn zelfs vrouwen die eerst met de familie moesten overleg plegen, vooraleer ze toestemming geven. Er bestaan dus complexe multiculturele aspecten, waarmee rekening moet worden gehouden, als men op een adequate wijze een boodschap wil overbrengen. Ik ben zelf echter onvoldoende geschoold in die materie om er een advies over te formuleren.

Ik wil nog één zaak zeggen. Mevrouw Florence Caeymaex had het al over het advies aan MOVE en de deprioritisering. De vraag werd gesteld wat er moest gebeuren als de intensieve zorg gesatureerd was. Daar hebben we aandacht aan besteed. De realiteit is dat bij de COVID-19-pandemie, vanaf de eerste vlaag, in maart-april 2020, de grote universitaire ziekenhuizen – ik denk aan Leuven, Antwerpen, Gent en Brussel – uitgebreide interne documenten hebben opgesteld voor crisismanagement voor de moeilijke beslissingen die de directies en de artsen op intensieve zorg moeten nemen. Dat zijn natuurlijk interne documenten voor de artsen en het overige ziekenhuispersoneel. De organisatie MOVE heeft ons een vraag gesteld en wij vonden dat we daarop moesten antwoorden. Onze bekommernis was immers dat niet-universitaire, kleinere ziekenhuizen misschien niet de mogelijkheid hebben om zulke uitvoerige, gedetailleerde plannen op te stellen. Wat moeten zij doen als alles

vol ligt en de saturatie wordt bereikt?

U kunt onze brief aan MOVE nalezen. Die staat sinds een aantal dagen op onze website, omdat wij het relevant vonden om die openbaar te maken. Wij moeten inderdaad ook de artsen op intensieve zorg beschermen, zodat zij niet in hun eentje zware beslissingen hoeven te nemen. Volgens de wet is de arts op de afdeling intensieve zorg juridisch verantwoordelijk voor wat er op de afdeling gebeurt. Daar bestaat geen discussie over. Toch raden wij aan dat de arts die de beslissingen moet nemen, wordt bijgestaan door een kleine ad-hocgroep. De universitaire ziekenhuizen waarover ik het had, passen dat systeem trouwens al toe. In die groep kan bijvoorbeeld een andere intensivist, die niet betrokken is bij de behandeling van de patiënt, zitten, eventueel aangevuld met een hoofdverpleegkundige van die dienst, of een geriatr. Een klein groepje mensen dus, ad hoc benoemd, die de arts van de intensieve eenheid bijstaan bij het nemen van beslissingen, soms over leven of dood.

Dat gebeurt inderdaad al in ziekenhuizen, en wij hebben, bijvoorbeeld voor MOVE, ziekenhuizen ook geholpen om zulke protocollen op te stellen.

Dat minister De Block netwerken van ziekenhuizen had uitgetekend, was een groot voordeel, al was het niet per se bedoeld voor deze pandemie. Die netwerken zijn een zeer positief gegeven, zeker in deze pandemietijd.

Wat één ziekenhuis beslist, wordt besproken en uitgebreid naar de verschillende ziekenhuizen van het netwerk. Dat is dus iets vrij positief, meen ik.

Wij hebben de vraag van MOVE inderdaad behandeld omdat wij vonden dat grote niet-universitaire ziekenhuizen ook geholpen moesten worden om dergelijke protocollen uit te schrijven.

Er is een vraag gesteld over de steun van de overheid aan de zorgverleners. Die lopen ook een risico. Zij gaan dan naar huis en zij riskeren thuis de kinderen te besmetten, of hun partner, enzovoort. Dat is natuurlijk een realiteit. De getuigenissen die wij in de commissie kregen van de verschillende woon-zorgcentra luidden dat de directeur of de directrice, de verantwoordelijke van het woon-zorgcentrum, daar soms gedurende een week of twee is blijven slapen.

Iemand heeft ons gezegd dat zij een caravan op het parkeerterrein geplaatst heeft en daar tijdelijk ging wonen om haar familie te beschermen. Er moet inderdaad nagedacht worden daar een uniform antwoord op te vinden als zoiets zich opnieuw voordoet.

Florence Caeymaex: Je pense que nous n'avons pas répondu à une question qui a été posée dès le début qui visait à savoir si prévoir le matériel de protection à l'avance est une mission essentielle des autorités. Comment faire en sorte que cette mission soit prise au sérieux par les autorités et comment faire en sorte qu'elle soit prise au sérieux dans les circonstances où il n'y a pas de pandémie et où on a l'impression que tout est normal, et que donc cela passe à l'arrière-plan des priorités?

J'ai l'impression qu'au vu de ce que nous avons appris au cours de toutes les auditions que nous avons faites, notamment sur la situation dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, quelques-unes des recommandations qui étaient dans le plan pandémie de 2006 et dans l'avis du Comité de 2009 qui faisait suite à celui-là auraient permis vraiment de prévenir.

Je crois que la perception du risque s'est affaiblie avec les années. Il y a une raison historique pour laquelle la perception du risque pandémique s'est affaiblie en Europe, c'est que la H1N1 n'a pas provoqué la déstabilisation attendue. On sait que cela a causé beaucoup de soucis en France car les autorités avaient pu s'organiser pour mettre en place des choses et, puis, la chose ne se produit pas.

Je pense que c'est peut-être un changement de logiciel profond dont nous avons besoin ici. C'est de considérer que, désormais, les pays favorisés de l'Europe du Nord ne sont plus à l'abri de ce que l'on a considéré depuis des décennies comme étant le sort des pays du Sud global, c'est-à-dire que nous pouvons aussi être soumis à la pression d'une pandémie, d'une crise sanitaire très grave. Par conséquent, nous devons, par rapport à cela, nous organiser en fonction d'une vigilance, d'une veille continue.

Des historiens de la médecine disent qu'il faut regarder l'épidémie de sida comme étant un prodrome de la situation dans laquelle nous sommes aujourd'hui et du risque assez élevé dans lequel nous nous trouvons en 2020.

Sur un autre plan, la canicule de 2003, qui a fait des dizaines de milliers de morts parmi les personnes âgées, était aussi une annonce du "stress environnemental" dans lequel nous allons nous trouver. Je pense que cela doit faire partie des responsabilités politiques et qu'il n'est peut-être pas très difficile de chiffrer, même les avantages économiques de la préparation par rapport au coût du rattrapage quand on n'est pas préparé. Je ne sais pas si quelqu'un va chiffrer le coût de la crise.

Je ne suis pas sûre qu'il sera possible, pour des pays comme ceux d'Europe, de procéder ou de viser, par exemple en cas de nouvelle pandémie, des stratégies "zéro covid" comme en Nouvelle-Zélande et en Australie. Je pense que les circonstances environnementales, pour le coup vraiment au sens géographique, sont différentes.

Nous n'avons pas si facilement la possibilité de clôturer en quelque sorte notre îlot. Nous sommes très nombreux. La population est très dense, etc. Nous sommes aussi une espèce animale parmi d'autres. Nous n'avons donc pas d'autre choix que de dire que cela devra dorénavant faire partie du budget, quitte à ce qu'au bout d'un certain nombre d'années, nous soyons amenés à détruire des stocks de préparations.

On doit prendre en compte les risques auxquels nous sommes exposés. Il faut débattre de cette question publiquement et politiquement. Cela doit faire partie des *running costs* ordinaires dans nos budgets pour éviter des problèmes beaucoup plus graves. En effet, la prévention n'a jamais eu d'autre but que d'anticiper pour empêcher que le coût social, humain, financier d'un problème ne mette la société complètement par terre. Le rôle des autorités en la matière est crucial. Il faut faire de la prévention et se réjouir, en même temps, que les choses n'arrivent pas.

Paul Cosyns: Er werd een vraag gesteld over de relatie tussen woon-zorgcentra en de ziekenhuizen. Er bestaan inderdaad akkoorden tussen woon-zorgcentra en ziekenhuizen, maar uit ons onderzoek is gebleken dat het dikwijls gaat om akkoorden op papier, zonder al te veel inhoud of consequenties. Als u iets positief wil doen, dan kunt u er misschien voor zorgen dat die akkoorden concreet ingevuld en opgevolgd worden. Er kunnen voldoende aanbevelingen worden geformuleerd. Ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld een woon-zorgcentrum tijdelijk ondersteunen door een hygiënist te sturen, door juiste informatie te brengen over sanitaire zaken, enzovoort. Dat bestaat al, maar vaak slechts op papier. Die inhoud moet geconcretiseerd worden. De betrokkenen moeten verplicht worden rond de tafel te gaan zitten. Het gaat niet om slechte wil, wel om een vorm van nalatigheid, op den duur.

Er werd ook gevraagd of er overreactie is geweest in het creëren van intensieve zorgen. Ik zou niet van overreactie spreken. In vergelijking met andere landen hebben wij in België relatief veel bedden in de intensieve zorgen, meer dan andere landen, en dat is gelukkig positief gebleken in deze pandemie. Er werden bijkomende eenheden intensieve zorgen opgericht, maar dat is altijd ten nadele van

andere eenheden van somatische zorgen, aangezien die moeten sluiten. Er werd dus bepaalde zorg niet meer toegediend. Ik zou niet spreken van overreactie, maar er kunnen niet meer covideenheden in een ziekenhuis worden gecreëerd zonder andere afdelingen te sluiten. Er werden dus bepaalde afdelingen gesloten. Voor sommige patiënten is daardoor de zorg uitgesteld in de tijd. Ik kan best aannemen dat dit voor sommige van die patiënten nadelig geweest is. De term overreactie durf ik echter niet te gebruiken.

Er rijzen inderdaad bijkomende problemen bij de opening van een nieuwe covidafdeling. De artsen en het personeel van het ziekenhuis moeten in die afdeling gaan werken. Bovendien is dat personeel minder geschoold in de intensieve zorgen.

Zij moeten acuut intern worden bijgeschoold om de zorg voor die pathologie op te nemen, omdat zij die niet gewoon zijn te doen. Er komt dus heel wat bij kijken, ook in de algemene organisatie van een ziekenhuis. Het is echter geen geheim dat, naarmate men alles meer op de covidpathologie richt en daarvoor instaat, men de zorg voor andere pathologieën op de lange baan moet schuiven. Er is inderdaad een ongelijke toegang tot de zorg voor heel wat patiënten. Ik heb daar wel geen concreet cijfermateriaal over, maar men hoort ook dat de kankerdetectie is verminderd en dat de opvolging van bepaalde patiëntengroepen problematisch was.

La présidente: Madame Caeymaex et monsieur Cosyns, je vous remercie pour cet exposé très instructif et très prenant. Pour ma part, je pourrais continuer à vous écouter des heures durant. Nous allons procéder à un dernier tour de répliques. Des collègues ont-ils encore des questions?

Frieda Gijbels (N-VA): Ik dank de sprekers. Het was heel interessant om uw inzichten te mogen horen.

Wat mij opviel, dat viel mij ook al op toen ik het advies nr. 48 over het pandemieplan las, is dat u een groot voorstander bent om daarover een openbaar debat te voeren. Ik denk dit nu echt wel ontbreekt. We merken dat in het Parlement, maar ook bij het algemene publiek. We moeten erover waken dat het debat voldoende breed wordt gevoerd en dat er voldoende ruimte wordt gemaakt om verschillende stemmen aan het woord te laten, ook op de openbare omroep.

Ik dank u nogmaals voor uw toelichting.

Catherine Fonck (cdH): Vous avez parlé de votre travail en cours relatif à l'actualisation de l'avis 48. Avez-vous un calendrier? Avoir cette information

pour notre commission serait important. Ce qui serait encore mieux serait d'en disposer avant que nous fassions nos recommandations.

Florence Caeymaex: J'ai l'impression que nous devons faire une mise au point terminologique. On est passé d'une appellation à l'autre.

En juin 2020, nous avons dit que nous nous étions organisés pour "réactualiser l'avis 48", c'est-à-dire l'avis qui faisait suite au plan pandémie. Mais nous nous sommes dit que nous ne pouvions pas tout faire, que nous ne pouvions pas examiner tous les volets. Donc, nous nous sommes prioritairement concentrés sur la question des vaccins. À la même époque, le Conseil Supérieur de la Santé sortait son avis sur ce même sujet et nous avons à ce moment-là d'ailleurs des préoccupations concernant l'éthique de la recherche vaccinale.

Après l'été, la situation évoluant, il nous est apparu que cette commission que nous avons chargée de la réactualisation de l'avis 48 qui avait dit qu'elle se concentrerait sur les vaccins, devait cibler la question de la priorisation. Cette révision de l'avis 48 s'est donc limitée, pour le moment, à la question des vaccins. Cette question des vaccins n'est donc pas clôturée. On l'a appelée, pour rigoler entre nous, un *rolling advice*, ce qui veut dire que nous avons parlé de la priorisation, de l'obligation, etc., et que nous avons encore d'autres sujets en chantier. Il est probable que prochainement nous sortions une note sur le passeport vaccinal et sur encore d'autres choses.

Cela signifie que restent en suspens d'autres aspects plus relatifs à un plan pandémie en général. Ce qui est différent. À l'heure actuelle, nous n'avons pas les moyens de lancer un chantier sur un nouvel avis relatif à la préparation aux pandémies, même si les différents avis que nous avons émis contiennent des indications pouvant être prises en compte dans un plan qui, à mon avis, devrait être aussi fait par les autorités politiques. Je pense que c'est plus clair comme ceci.

Paul Cosyns: Ik wil daaraan nog toevoegen dat wij nu een advies aan het voorbereiden zijn over het thema van de woon-zorgcentra en ziekenhuizen en de relatie tussen beide. Het is al geschreven, maar het moet nog worden goedgekeurd. Dat zal u zeker interesseren, maar wij moeten onze eigen procedures volgen, met name het advies moet eerst goedgekeurd worden in de plenaire vergadering. In dat advies zult u veel kunnen terugvinden dat rechtstreeks relevant is voor uw werk of voor de besluiten die u wilt nemen.

Men heeft de vraag gesteld over het publiek debat. Transparantie is essentieel in al wat er gebeurt in

acute situaties zoals indeze pandemie. Vandaar dat ik bertreur dat de cijfers onder andere over hospitalisaties niet op een uniforme wijze worden verzameld. We moeten zorgen voor transparantie en openheid ten aanzien van de bevolking.

La **présidente**: Je vous remercie de cet exposé et de votre engagement.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 25.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.25 uur.