

COMMISSION SPÉCIALE
CHARGÉE D'EXAMINER LA
GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE
COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 25 SEPTEMBRE 2020

Matin

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

van

VRIJDAG 25 SEPTEMBER 2020

Voormiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.08 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 08 et présidée par M. Robby De Caluwé.

De **voorzitter**: Goedemorgen collega's, alle fracties zijn aanwezig. Ik zal vandaag ook namens de Open Vld-fractie spreken. Ik zal dus zeker een seintje geven wanneer ik mijn rol als voorzitter even verlaat om het woord te nemen namens mijn partij.

Ik heet mevrouw dokter Sophie Quoilin welkom, als vertegenwoordiger van de RAG. Zij zal een introductie geven van een twintigtal minuten, waarna wij vragen kunnen stellen. Na deze vergadering volgt de regeling der werkzaamheden.

Mevrouw Quoilin, u hebt het woord.

Madame Quoilin, bienvenue dans notre commission. Nous sommes très intéressés par votre présentation. Je vous cède la parole pour une vingtaine de minutes.

Sophie Quoilin : Monsieur le président, mesdames et messieurs les députés, chers collègues, Leila et Yves, je vous remercie.

Verontschuldig mij voor mijn late aankomst. Ik stond op het punt te vertrekken toen ik mevrouw Wilmès aan de telefoon kreeg. Ik heb haar geantwoord en heb dan gelopen om zo goed mogelijk op tijd te komen.

Ik wil jullie eerst iets vertellen over Sciensano. Ik wil jullie bedanken voor de vragen die ik voor de hoorzitting gekregen heb. Er waren verschillende vragen over de rol van Sciensano. Ik zal mijn betoog dus starten met een korte inleiding over wat Sciensano is en wat Sciensano niet is.

(Mme Quoilin illustre ses propos à l'aide d'une présentation PowerPoint)

Sciensano est une institution scientifique qui a pour but d'apporter un soutien à l'ensemble des autorités de santé pour prendre des décisions en matière de santé publique. Nous travaillons aussi bien avec le Service public fédéral (SPF) Santé publique qu'avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'Agentschap Zorg en Gezondheid (agence flamande des soins de santé), la Commission communautaire commune (Cocom), la Communauté germanophone ou l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ).

Toutes ces autorités sont nos partenaires et nous sommes également en lien étroit avec les professionnels de la santé, puisque c'est principalement grâce à eux que nous pouvons effectuer une partie de notre travail qui consiste à surveiller l'état de santé de la population. À cet effet, nous essayons, d'une part, d'effectuer ce travail avec eux et, d'autre part, de restituer cette information sous forme d'output qui s'avère utile tant à ces partenaires qu'au grand public.

De manière générale, j'ai pu observer que Sciensano était très méconnue. Même si tous les Belges connaissent aujourd'hui le nom Sciensano, ce n'était pas du tout le cas avant la crise de la COVID-19. Aujourd'hui encore, je pense qu'il y a une grande méconnaissance de Sciensano, probablement liée à diverses causes, dont les trois que je vais évoquer.

Tout d'abord, même dans le milieu des soins de santé, Sciensano n'est pas connue car, de manière générale, la santé publique est également un domaine méconnu en Belgique. Il n'existe pas dans notre pays de culture de la santé publique ou de formation à la santé publique. Les médecins ont

quelques cours à cet égard mais sans plus. En fait, les professionnels de la santé achèvent leur formation sans même savoir, ou à peine, qu'il existe, par exemple, une liste de maladies à déclaration obligatoire.

Deuxièmement, de manière générale, ainsi que vous l'observez probablement dans le cadre de vos travaux, le secteur de la santé publique souffre d'un manque d'investissements. Nous travaillons à personnel réduit et les personnes qui partent ne sont pas remplacées. Nous avons été confrontés à une période de récession et d'économies drastiques, dont les effets se ressentent non seulement au sein du secteur non marchand mais aussi dans les investissements dans la santé publique de manière générale, en ce compris chez Sciensano.

Enfin, il y a également la répartition des compétences. Les médecins en première ligne répondent en premier lieu aux médecins inspecteurs des entités fédérées, autrement dit des différentes agences régionales de santé. Ceux qui ne participent pas aux activités régulières de l'institution ne nous connaissent pas. Cette répartition a donc un effet boule de neige qui fait que nous ne sommes pas connus, si ce n'est peut-être au travers de cette fameuse courbe "influenza", que les médecins connaissent puisqu'elle est reprise chaque semaine dans le *Journal du médecin* pendant la saison grippale. Ainsi, lorsque des professionnels de la santé me demandent où je travaille, je réponds que mon employeur est l'institution qui établit la courbe de la grippe pendant l'hiver.

We geven steun aan de overheden door bijvoorbeeld een epidemiologische beschrijving aan te bieden. Dat doen we dagelijks om van hulp te zijn in het beslissingsproces. Daarvoor gebruiken we een aantal surveillancenetwerken.

We ondersteunen de output van de Risk Assessment Group door een evaluatie van het risico te maken. Na de beslissing stellen we ook een aantal procedures op. Er zijn bevoegdheden in de verschillende deelstaten, maar ook op federaal niveau. Meestal wordt Sciensano gebruikt om een voorstel te doen aan de overheid, met algemene richtlijnen, maar ook met specifieke informatie over bijvoorbeeld waar een ziekte moet worden gemeld, bij AZG, AViQ of de Cocom, afhankelijk van de specifieke details die we moeten insluiten.

We stellen deze procedure ook op in samenwerking met zorgpersoneel. Het is essentieel dat deze procedures aangepast zijn aan de werkelijkheid en aan de noden van het terrein. Anders is het niet nuttig. Onze procedures zijn dus

ook altijd een link tussen het zorgpersoneel en de overheden. Sciensano beslist nooit.

Le *slide* suivant porte notamment sur la surveillance des maladies infectieuses. Celle-ci est effectuée au travers de réseaux auxquels participent des médecins, des laboratoires et, ce, depuis le début des années 80.

Il est à souligner que toutes ces activités de surveillance, dans leur grande majorité, le sont de manière volontaire et bénévole de la part des prestataires de soins. C'est un élément important et peut-être une leçon à tirer de cette crise. Le rôle que peuvent jouer les professionnels dans la santé publique n'est absolument pas reconnu ni valorisé. Mais s'ils ne participent pas à ces réseaux, nous ne disposons pas de l'information. Or nous avons besoin de l'information pour faire notre travail et les politiques en ont également besoin pour prendre des décisions.

Nous faisons toute sorte d'études, de surveillances et d'épidémiologies d'intervention. Comme je vous le disais, on collabore avec les autorités de santé, les universités, les prestataires de soins et autres professionnels de la santé. Mais qui sommes-nous? Nous avons des rapports chaque jour mais qui sommes-nous? Qui se trouve derrière ces rapports? Il y a une équipe pluridisciplinaire. Et je pense que cela répond en partie aussi à des questions que vous m'avez transmises. Nous avons des compétences variées. Nous avons des médecins, des bio-ingénieurs, des sociologues, des paramédicaux, des statisticiens, des *data managers*. Nous avons des médecins qui ont des spécialités en immunologie ou des doctorats en médecine, des *masters* en statistiques ainsi que des personnes ayant des doctorats en santé publique d'universités américaines renommées. Nous avons des personnes qui ont une formation en épidémiologie d'intervention européenne, des médecins qui ont des années de formation et d'intervention auprès de MSF, par exemple. Enfin, vous avez aussi des médecins qui ont acquis une expérience parce qu'ils sont là depuis un certain nombre d'années et ont donc développé une connaissance de terrain, d'une part, en travaillant avec les autorités de santé lors de crises et, d'autre part, en connaissant l'ensemble des crises qui nous animent depuis une trentaine d'années.

Ceci pour vraiment souligner que ce qui est produit et ce qui sort de chez nous est un travail de scientifiques et de scientifiques qui ont une expertise dans le domaine dans lequel ils travaillent.

De volgende slide gaat ook over een vraag die ik kreeg. U ziet hier de samenstelling van ons team.

Dit is zeker niet het team epidemiologie van infectieziekten, want wij zijn in onze dienst met 25 en hier gaat het over ongeveer 45 personen. Dit zijn de mensen die totnogtoe in het kader van de crisis hebben gewerkt. Wij waren immers niet met genoeg om alles te doen en collega's van andere diensten hebben ons ondersteund.

Wij doen zeven dagen op zeven output sinds het begin van de crisis met een pool van het team sinds 20 januari en met een ander, breder team sinds begin maart. Wij hebben een surveillance van de laboratoria gedaan. Er waren daar bijvoorbeeld 6 personen. U ziet hier de activiteiten die wij sinds begin maart zeven dagen op zeven hebben uitgevoerd. Andere output gebeurde in principe vijf dagen op zeven, maar door de werklast hebben wij sinds het begin bijna alle dagen gewerkt.

Actuellement, nous recrutons pour pouvoir assurer un *turn over*. En effet, les équipes sont extrêmement fatiguées car elles ne se sont pas arrêtées depuis le mois de mars. Étant donné qu'on s'attend à devoir maintenir ce rythme pendant encore un an, nous sommes en train d'organiser du renfort.

Op deze slide ziet u een lijst van de verschillende netwerken die wij hebben versterkt of ontwikkeld. Eén van de lessen die wij kunnen trekken uit een dergelijke crisis is dat de dingen die al bestaan redelijk goed werken en dat de dingen die nog niet bestaan opgezet moeten worden, wat veel tijd en finetuning vereist.

Les activités de surveillance, principalement, ont débuté par la surveillance au travers de la déclaration obligatoire, avec le support de la surveillance par un réseau de laboratoires, par l'activité du Centre national de référence. On a développé une surveillance opérationnelle et clinique avec les hôpitaux, pour décrire le profil des patients hospitalisés. On a mis en place une surveillance dans les maisons de repos. On a entamé une surveillance de la mortalité spécifique à côté de la mortalité "toutes causes" que nous réalisons déjà. On a un réseau de surveillance via les médecins généralistes.

On a développé d'autres baromètres, par exemple les données via des pharmaciens. On a mis en place la collecte de données pour l'absentéisme. On a participé au développement du *contact tracing*. On a développé des études de prévalence. On a initié une surveillance de l'eau. Nous sommes occupés à mettre en place une surveillance dans les écoles, à la demande des entités fédérées.

Voilà, en bref et en très résumé, les différentes

activités qui ont été mises en place en l'espace de 15 jours pour la plupart d'entre elles, et renforcées pour celles qui existaient déjà.

Op basis van de data die wij verzamelen berekenen wij dagelijks verschillende indicatoren. Het gaat onder meer om kwantitatieve indicatoren, veranderingsindicatoren en indicatoren waarmee de ernst van de situatie beoordeeld kan worden. Dat zijn de belangrijkste indicatoren die wij dagelijks opvolgen en die u in de dagelijkse rapporten terugvindt. Ik zal niet alle indicatoren aanhalen, maar wij moeten elke dag een groot aantal indicatoren gebruiken om de situatie goed te kunnen beoordelen.

Uiteraard maken wij altijd een interpretatie van die indicatoren, want een indicator op zich is nooit voldoende. Meerdere indicatoren zijn altijd noodzakelijk, maar wij moeten altijd verder gaan en een interpretatie maken van de indicatoren in hun context. Het is essentieel dat wij rekening houden met de verschillende maatregelen en de aanpassing van onze activiteiten om een interpretatie van de indicatoren te kunnen maken en om de crisis te kunnen opvolgen.

J'en arrive au *slide* suivant qui doit vous permettre de visualiser, renforcer mes propos et pour que vous puissiez constater que ces derniers sont véridiques.

D'abord, nous faisons de la détection de signaux. Sur la base de toutes les données que l'on rassemble, on détecte des signaux qui sont mis dans un module. Cela nous permet de suivre de manière automatique toute une série d'indicateurs dont nous informons automatiquement, chaque jour, les entités fédérées concernant les alertes relatives aux communes de leur Région qui se situent au niveau géographique le plus bas. Les entités fédérées essaient de voir s'il existe une explication au signal donné, s'il y a un *cluster*, s'il y a un problème dans une maison de repos, dans une école, au niveau de cas liés à un voyage, etc. Nous nous rencontrons une fois par semaine pour faire le bilan des signaux que nous avons pu identifier, des causes des signaux trouvés, et pour décider si on envoie une alerte ou non au bourgmestre de la commune concernée. En effet, on n'a pas forcément toutes les explications surtout en cas de recrudescence au niveau d'une commune. En cas d'alerte, on propose au bourgmestre de mobiliser la cellule de crise communale pour évaluer la situation dans la commune. Il va de soi que les bourgmestres ne doivent pas attendre notre signal pour agir. C'est un support que l'on fournit.

Tout ce travail sur la manière dont on allait

approcher toutes ces détections a été formalisé, dans un document, coordonné par nos soins et rédigé en collaboration entre les entités fédérées et le fédéral.

We hebben ook een module voor de opvolging van de situatie in de ziekenhuizen. Samen met de Universiteit Hasselt, de Universiteit de Namur en de ULB hebben wij verschillende modellen van *short modelling* ontwikkeld, om een soort voorspelling te maken van evolutie in de ziekenhuizen.

We beschikken ook over een kaart met de verschillende *alert levels*, die wij per gemeente identificeren. Verder hebben wij verschillende modellen ontwikkeld voor het bepalen van risicostreken of eventuele clusters, op basis van de epidemiologische situatie.

Ici, c'est le module pour l'identification par commune, avec la possibilité de faire tourner les analyses complémentaires pour voir, par exemple, les groupes d'âges. (slide suivant) Ce sont les différents modules. On fait le même genre d'analyses au niveau provincial, au niveau des arrondissements et des communes, chaque jour. (slide suivant)

We volgen elke dag de *positivity ratio* voor de verschillende entiteiten en de verschillende leeftijdsgroepen.

We hebben steun verleend aan de deelstaten voor de verzameling van de data in de eerste fase van de epidemie, om de geïmporteerde gevallen te kunnen beschrijven. Dat was ook een vraag van de WHO. We verzamelen ook de informatie over de clusters van alle deelstaten om een stand van zaken te kunnen opmaken. Voor onze wekelijkse rapporten gebruiken we een clusterbeschrijving.

(Slide suivant). Nous faisons aussi un *mapping* des cas au travers des différentes communes, à la demande des entités fédérées dont c'est la compétence.

(Slide suivant). Concernant l'accès aux données, je le soulignais, l'utilisation des réseaux qui existent est vraiment une valeur ajoutée parce que les partenaires avec lesquels on travaille, les professionnels de la santé, sont hyper réactifs et nous permettent donc vraiment de pouvoir répondre dans un temps extrêmement court à de nombreuses questions.

Comme atout par rapport à notre travail, nous collaborons de manière continue avec les entités fédérées et avec le fédéral. Nous savons donc qui est qui, qui fait quoi. Ce sont nos partenaires réguliers. Cela nous permet de gagner beaucoup

de temps parce que nous savons tout de suite à qui nous adresser pour pouvoir réaliser nos actions.

Par contre, ce qui est beaucoup plus difficile, c'est quand on doit mettre des choses en place parce que, dans une période de crise, tout doit aller vite, tout est changeant et on doit s'adapter de manière continue. Puis, il y a la complexité légale. On ne recueille pas des données comme on veut. Même en période de crise, il y a toute une série de règles et d'obligations légales que nous devons suivre. Nous sommes soumis aux mêmes règles que tout un chacun.

Het volgende punt betreft onze deelname aan de contacttracing. Wij stellen informatie ter beschikking van het zorgpersoneel en het grote publiek. Dat staat allemaal op onze website. Er werd in het begin beslist om de informatie aan het grote publiek te publiceren op de website info-coronavirus.be en de informatie voor het zorgpersoneel op sciensano.be.

U vindt daarop al de rapporten die wij nu al 247 dagen lang opstellen. Sinds het begin van de coronacrisis publiceren wij één rapport per dag. Sinds 14 maart publiceren wij elke dag twee rapporten voor het grote publiek - één in het Nederlands en één in het Frans -, twee rapporten voor de volksgezondheidsautoriteiten - één in het Nederlands en één in het Frans - en nog een specifiek rapport voor de Kern.

Dan is er ook Epistat voor het publiek, dat u hopelijk allemaal kent. Dat wordt elke dag geüpdatet en bevat de analyses die wij maken op basis van de data die we verzamelen.

Il existe environ une cinquantaine de procédures pour les différents partenaires de la santé, que ce soient les médecins, les médecins généralistes, les hôpitaux, les laboratoires, les ambulanciers, et cela a été jusqu'aux podologues, aux psychologues. Toutes les procédures ont été faites, en partie pour certaines, par les associations professionnelles elles-mêmes, et en collaboration avec les autorités. En fait, nous avons juste joué le rôle de ciment pour arriver à publier l'ensemble de ces documents, dont la plupart sont rédigés dans les trois langues. J'en profite d'ailleurs pour remercier l'ensemble de mes collègues francophones, néerlandophones et germanophones qui prennent aussi sur leur temps, la nuit et le week-end, pour traduire eux-mêmes tous ces documents qui doivent être mis en ligne toujours le plus rapidement possible.

Dit is een voorbeeld van de verschillende procedures die wij hebben opgesteld.

Op de volgende slide ziet u een opsomming van de verschillende risk assessment adviezen die wij hebben gegeven. Enerzijds zijn er adviezen over de risicobeoordeling zelf, anderzijds ook over een aantal specifieke vragen zoals het gebruik van maskers, de problematiek van ventilatie, de besmetting van water enzovoort. Het gaat in totaal om een veertigtal adviezen.

On fait évidemment toujours des rapports spécifiques. Vous avez un rapport spécifique pour la description des patients hospitalisés, un rapport spécifique pour les enfants, un rapport spécifique pour ce qui se passe dans les maisons de repos. Vous avez toujours le bulletin de la grippe puisqu'on suit les consultations chez les médecins généralistes. Vous avez le rapport sur la mortalité "toutes causes".

Il existe également un *literature review*, nous disposons de références pour des milliers d'articles, que nous avons actualisées, et 340 références sont utilisées pour faire une description des différents volets de l'épidémie. Je vous rappelle que cette maladie évolue de manière permanente, et nous suivons donc en permanence la littérature scientifique pour intégrer dans notre management les différentes informations qui sont pertinentes par rapport à notre activité.

Nous avons traduit cela aussi dans des *frequently asked questions* pour les médecins. Nous avons répondu à plus de 250 questions de parlementaires, et nous répondons chaque jour à toutes les demandes d'information des professionnels de la santé qui nous parviennent par téléphone ou par e-mail, et nous assurons tous les jours une permanence de quatre personnes pour faire face à l'ensemble des questions que nous recevons. Sans compter tout ce que nous avons fait pour la presse.

Ensuite, les données disponibles. C'est aussi une de vos questions, mais j'y reviendrai après pour terminer mes *slides* dans le temps imparti et vous montrer l'ensemble de nos activités. Les données sont disponibles en *open access* depuis fin mars. Nous reviendrons à cette question car elle est importante.

Par ailleurs, toutes les réunions auxquelles nous participons ont lieu chaque jour pour toute une série d'entre elles.

Wat de internationale rapportage betreft, maken wij voor het ECDC dagelijks een rapport over het aantal nieuwe diagnoses en elke week over het nieuwe aantal gehospitaliseerde patiënten en overlijdens.

We hebben ook nog een reeks specifieke projecten lopen. Een van de belangrijkste onderzoeksprojecten die wij ontwikkeld hebben, betreft de seroprevalentie.

Ik kom nu tot de internationale context waarin de Risk Assessment Group en de Risk Management Group ontwikkeld werden. De RAG en de RMG vormden het antwoord van België in een specifieke legale context.

Ten eerste, de International Health Regulations van de WHO, die gewijzigd is na de SARS-crisis, meer bepaald wat betreft de wijze waarop de lidstaten een aantal ziekten moeten melden aan de WHO. De regeling vraagt een betere capaciteit om evenementen te kunnen identificeren, beoordelen, voor te bereiden, en te managen.

Ten tweede, enkele jaren nadien was er een Europese beslissing over de *serious cross-border threats to health*, waarin dezelfde filosofie overgenomen werd.

Het gaat dus vooral om de capaciteit om evenementen te identificeren. Daarbij gaat het om alle soorten bedreigingen, maar uiteraard in de grote meerderheid van de gevallen om infectieuze ziekten.

Le contexte belge, c'est la réponse: le Risk Assessment Group, le Risk Management Group, et le National Focal Point. Le National Focal Point, c'est la personne qui est le relais entre la Belgique et les autorités OMS et la Commission européenne.

Le Risk Management Group est composé de représentants des ministres de la Santé. Le nom l'indique, le management est assuré par les décideurs, et les décideurs, ce sont les ministres. Ce sont eux qui siègent au sein du Risk Management Group.

Le Risk Assessment Group est un organe qui est coordonné par l'Institut, par Sciensano, et qui regroupe des membres permanents et des membres invités. Les membres permanents sont des représentants des administrations de Santé publique. On retrouve un représentant de chaque Communauté et de chaque Région. On retrouve également un représentant du fédéral et un représentant du Conseil supérieur de la Santé. C'est le noyau de base.

En fonction de la thématique que l'on traite, on invite l'un ou l'autre expert à participer à ces réunions. C'est en fonction de la thématique, mais aussi de l'angle sous lequel on le traite. On va revenir sur ce point. Ça fait partie de vos questions.

Le *slide* suivant, je vais passer; il détaille un peu les rôles de chacun. Ici, c'est un peu la manière dont on travaille, mais je vais passer, si vous voulez bien, au *slide* suivant, qui décrit un peu... Pardon, ça je viens de le dire. Ce sont les compositions et les rôles.

Er is wel een beperking voor de RAG en de RMG. Ze werken in de context van alles wat gezondheid betreft, en niets anders. Als de crisis iets breder wordt dan het volksgezondheidsaspect, dan valt die onder de coördinatie van het Nationaal Crisiscentrum, waar de verschillende aspecten van de crisis worden beheerd. De RAG en de RMG zijn er dus alleen voor de gezondheidsaspecten.

De RAG en de RMG spelen een heel nuttige rol bij nationale crisissen. Af en toe is er een crisis in een Gewest die ook een impact op de andere Gewesten heeft. De RAG is ook nu gebruikt voor het beheer van de crisis, zowel op het regionale als nationale vlak.

U vroeg ook hoe wij werken. De signaaldetectie is een rol die wij elke dag op ons nemen. Wij krijgen elke dag informatie vanuit een onbepaald aantal bronnen. Jullie weten hoe actief we nu zijn met betrekking tot de circulatie van informatie. Wij gebruiken heel veel bronnen. Enerzijds is er de *event based surveillance*, die gebaseerd is op informatie die wij krijgen uit systemen als ProMED. Dat zijn uitwisselingssystemen van informatie tussen wetenschappers. We gebruiken echter ook af en toe informatie uit de pers om een evenement te kunnen opvolgen. Anderzijds hebben we ook op indicatoren gebaseerde informatie uit onze surveillancesystemen, die wij gebruiken om signalen te kunnen detecteren. Dat is een taak die de RAG dagelijks uitvoert.

Wij maken dagelijks verschillende soorten assessments. Wij krijgen een signaal en maken dan een *rapid signal assessment*. We hebben verschillende soorten assessments ontwikkeld, voor de verschillende signalen die wij krijgen.

Ik wil benadrukken dat de RAG dient om signalen te identificeren en te beoordelen alsook om aanbevelingen voor de overheden te formuleren. Dat is een manier om beslissingen te boosten. De RAG laat ook het zorgpersoneel op het terrein toe – dit is essentieel – mee te werken aan voorstellen voor de overheden.

Je pense qu'il s'agit là d'un outil formidable. En effet, il fait vraiment la jonction entre le terrain et les décideurs politiques, ce qui permet une cristallisation au travers de toute la démarche scientifique que nous réalisons ainsi que

l'intégration d'éléments opérationnels de réalité de terrain afin d'apporter aux autorités une information aussi adaptée que possible à leurs besoins.

Pour conclure, même si Sciensano fait parfois l'objet de vives critiques, cela me fait vraiment plaisir de partager avec vous les remerciements qui nous ont été adressés ces deux dernières semaines pour le "boulot formidable que nous effectuons", y compris dans le dossier d'évaluation remis par deux professeurs d'université en rapport avec notre travail sur les données de mortalité. Dans le dossier en question, ces deux professeurs ont souligné la qualité de notre travail.

De voorzitter: Ik geef het woord nu aan de leden. Ik herhaal nog even dat het hier gaat om de cluster internationale afstemming en communicatie en dat ik reken op uw discipline want ik zou mevrouw Quoilin graag heel veel tijd geven om de ongetwijfeld talrijke vragen deftig te beantwoorden. Daarna kunt u dan eventueel bijkomende vragen stellen.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb eigenlijk eerst een vraag aan u. Wat was de exacte formulering waarmee u mevrouw Quoilin hebt uitgenodigd?

De voorzitter: Ik moet daarvoor de mail bekijken en ik zal u die ook doorsturen. Het ging om het geven van een toelichting over de rol van de RAG binnen de cluster waarover we het momenteel hebben. De experts hebben van tevoren al vragen doorgestuurd die mevrouw Quoilin behandeld heeft in haar presentatie.

Kathleen Depoorter (N-VA): We zullen het daar bij de regeling van de werkzaamheden toch nog eens over moeten hebben.

Mevrouw Quoilin, wat u ons verteld hebt was zeer interessant, maar het was niet wat wij hadden verwacht. Wij wilden weten welke rol de RAG in het internationale kader heeft gespeeld. Welke adviezen zijn doorgedaan? Dat is wat wij hadden verwacht. Wij hebben een toelichting gekregen over de werking van Sciensano en over een aantal problemen en tekorten binnen die werking die u vermeldde. Dat is allemaal heel interessant, maar in het kader van deze commissie hadden wij iets anders voorbereid voor vandaag. Dat is ongetwijfeld niet aan u te wijten, maar wel aan de formulering van de presentatie die men van u vroeg.

Voorzitter, we moeten daar toch eens over nadenken.

De voorzitter: Dat zal zo dadelijk zeker aan bod

komen bij de regeling van de werkzaamheden.

Frieda Gijbels (N-VA): Dokter Quoilin, ik dank u voor de toelichting. Onze vragen zijn specifiek gericht op de RAG en de rol die hij gespeeld heeft bij het oppikken van de internationale signalen.

Een eerste vraag is wanneer de RAG in werking treedt. Is daar een bepaald signaal voor nodig? Is dat een eigen initiatief of is het een politiek signaal? Treedt de RAG typisch voor de RMG in werking? Wanneer kwam de RAG voor het eerst samen in het kader van de SARS-CoV-2-dreiging?

Bij welke recente crisissen is de RAG nog opgetreden?

In welke zin volgt de RAG de buitenlandse info van de WHO en China? Maakt de RAG een eigen inschatting? Wat als die strijdig is met de info van bijvoorbeeld de WHO?

Was er binnen de RAG consensus over het risico dat COVID-19 initieel betekende voor dit land? Wordt er bij verdeeldheid een compromis gevonden als basis voor een advies, of worden de verschillende meningen doorgegeven?

Hoe verloopt de samenwerking tussen de RAG en de RMG? Werd de door u doorgegeven info steeds naar waarde geschat door de RMG? Werden bepaalde aanbevelingen genegeerd toen COVID-19 nog een buitenlands probleem was? Zo ja, welke waren dat?

Hoe verliep de samenwerking tussen de RAG en andere crisisorganen? Was er sprake van bevoegdheidsconflicten of onduidelijkheden omtrent wie nu juist waarvoor bevoegd was? Staat de RAG in overleg met het National Focal Point? Indien ja, op welke manier verloopt dit overleg?

Wat is de appreciatie van de doorstroming van de risico-inschatting van de RAG? Stroomde uw inschatting bijvoorbeeld ook door naar de FOD Volksgezondheid en de bevoegde kabinetten?

Toen de besmettingen zich nog beperkten tot China, heeft de RAG dan contact opgenomen met de Chinese autoriteiten of ging zij louter af op het advies van de WHO en de ECDC? Op welk moment werd het de RAG duidelijk dat de informatie die uit China kwam de situatie onderschatte? Wanneer besepte u dat men de eerste uitbraak in Europa onderschatte?

Klopt het dat de besmettingen met het SARS-CoV-2-virus aanvankelijk werden beschouwd als een laag risico? Een van de factoren waarom dit nieuwe coronavirus werd beschouwd als een laag

risico was dat er geen directe vluchten waren vanuit Wuhan naar België, maar mensen uit Wuhan kunnen natuurlijk ook via een tussenstop in België aankomen. Op welke manier werden deze routes gecontroleerd? Hoe kon men er zeker van zijn dat er geen mensen uit Wuhan België ongecontroleerd zouden bereiken?

Ook Chinees Nieuwjaar werd niet meteen als problematisch beschouwd. Nochtans zijn er toen veel landgenoten naar China vertrokken. Op welke manier werd dit risico gecontroleerd? Zijn er om een risico-inschatting te maken ook vanaf het begin van de epidemie contacten geweest met landgenoten ter plaatse en met artsen die in China COVID-19-patiënten behandelden?

Er is al van bij het begin van de epidemie in China regelmatig gesproken over asymptomatische transmissie. Ook dichterbij huis, in Duitsland, waren er al in januari plausibele aanwijzingen voor asymptomatische of presymptomatische transmissie. Heeft de RAG deze aanwijzingen verder onderzocht en ernstig genomen? Is men hierover in overleg gegaan met Duitse artsen?

Waarom werd de *case definition* voor de testing zo lang beperkt gehouden, in de zin dat laagsymptomatische of asymptomatische gevallen lang niet mee werden opgenomen en de *case definition* ook lang geografisch beperkt was? Was er daaromtrent een internationale of Europese afstemming?

Wist de RAG dat er geen actueel pandemieplan meer was, met alle gevolgen van dien voor bijvoorbeeld de bevoegdheidsverdelingen? Hoe schatte de RAG dit risico in? Welk advies heeft men dientengevolge gegeven?

Wat is de rol van de RAG in de bepaling van de kleurcodes voor buitenlandse reizen? Werd daarover overleg gepleegd op Europees niveau en wanneer?

Het nationaal referentiecentrum heeft vrij snel het viraal genoom ontvangen en kon dan beginnen met het aanmaken van een test. Was dat volgens u voldoende? Werden deze procedure en het testprotocol vervolgens standaard bezorgd aan andere laboratoria, zodat men zich op zoveel mogelijk plaatsen kon voorbereiden op een mogelijke epidemie? Wanneer werd dat protocol bezorgd aan andere laboratoria?

Toen de eerste mensen uit Wuhan werden gerepatriëerd, begin februari, adviseerde de RAG toen om deze mensen in quarantaine te plaatsen?

Hoeveel en welke referentieziekenhuizen waren er

in januari om eventueel verdachte gevallen te diagnosticeren en te behandelen? Hoeveel bedden waren er ter beschikking? Wat was het advies van de RAG daaromtrent?

Heeft de RAG een advies geformuleerd omtrent de communicatie naar de burger en de zorgverstrekker?

Ten slotte, in hoeverre kunnen Sciensano en de RAG naar uw mening onafhankelijk optreden? Hebt u ooit het gevoel gehad dat adviezen moesten worden bijgestuurd om politieke redenen?

Kathleen Depoorter (N-VA): Dokter Quolin, u sprak over de samenwerking en u onderstreepte dat Sciensano nooit beslist. Waarom hebt u dat zo onderstreept? Hoe was de samenwerking met de politiek?

U onderstreepte ook dat hetgeen Sciensano naar buiten brengt, wetenschappelijk is. Ik zou graag willen weten waarom u daarop zoveel nadruk legde.

Hoelang is het systeem waarbij gemeenten lokaal kunnen ingrijpen, reeds in voege? Was dat reeds in het begin van de crisis in voege, toen lokale besturen nog geen maatregelen mochten nemen?

Vanaf wanneer was het voor de RAG duidelijk dat dit virus zich niet gedraagt als het klassieke griepvirus of als SARS of als het MERS-virus?

Uit een rapport van de *joint commission* in Wuhan blijkt dat men in eerste instantie ervan uitging dat het virus voor 100 % besmettelijk kon zijn. Volgde de RAG dat idee ook?

Onze autoriteiten werden vrij snel op de hoogte gebracht door de Chinese autoriteiten over het profiel van de risicopatiënten. U was daarvan waarschijnlijk ook op de hoogte. Hoe komt het volgens u dat bij de eerste maatregelen, die genomen werden in maart, men zich gericht heeft naar de volledige bevolking en niet naar de risicopatiënten alleen?

Eind december kregen wij de melding dat er stockbreuken waren voor mondmaskers in de groothandels van de apothekers. In januari waren er ook publicaties dat er een grote stormloop naar mondmaskers was in de Verenigde Staten.

Was de RAG daarvan op de hoogte en was de RAG ook op de hoogte van het feit dat wij half februari nog mondmaskers als hulp naar China hebben gestuurd? Op wiens initiatief zijn de eerste stappen gezet om de persoonlijke beschermingsmaterialen (PBM's) via Europese

weg te bestellen? Was de RAG daarvan op de hoogte en was u ook op de hoogte over hoeveel mondmaskers er besteld waren, welk type en wat de verdeelsleutel zou zijn voor ons land? Wanneer was duidelijk dat de groepsaankoop van mondmaskers niet naar ons land zou komen?

Al van in het begin van de epidemie haalde de WHO aan dat testen een heel belangrijke factor zou zijn in het bestrijden van de epidemie. Werd u op de hoogte gebracht van het feit dat de reagentia wel heel schaars waren? Hoe hebt u daar rekening mee gehouden?

Wat de continuïteit van de zorg betreft, er werd geadviseerd om de reguliere zorg in de ziekenhuizen on hold te zetten. Is de RAG daaromtrent geadviseerd door de WHO of door andere internationale instanties, zoals het ECDC?

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je voudrais d'abord excuser ma collègue Barbara Creemers qui est retenue dans une autre réunion. Madame Quolin, je voulais aussi vous remercier pour votre présentation.

Avant tout, je souhaite rappeler qu'au-delà de l'invitation par mail, comme il avait été convenu en réunion, nous avons envoyé des questions mercredi après-midi à Mme Quolin dont certaines n'ont pas obtenu réponse. Je vais donc les rappeler.

Tout d'abord, vous avez décrit la composition du RAG avec une partie des experts qui sont permanents et d'autres spécifiques. Ces experts spécifiques sont-ils bien fixes et stables tout au long de la crise? Sur quelle base ont-ils été choisis? Par qui?

Par ailleurs, comment évaluez-vous *a posteriori* la qualité de la communication des informations scientifiques internationales qui devaient être traités par le RAG? En ce qui concerne l'adéquation du processus décisionnel dans le protocole d'accord des autorités sanitaires belges, c'est-à-dire au consensus, à la gestion d'une crise sanitaire qui implique des prises de décisions rapides, estimez-vous que ce processus décisionnel était bien adapté à la gestion de la crise?

Finalement, pourquoi a-t-on suivi l'avis de l'OMS alors qu'il était clair que ce qui se passait en Chine était sans précédent et que les mesures sanitaires étaient vraiment inédites?

Je n'ai pas d'autres questions à ce niveau puisque les autres faisaient partie de la présentation. Je vous remercie.

Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, je tiens aussi à excuser mes collègues qui sont retenus pour l'instant dans d'autres réunions et qui nous rejoindront probablement plus tard.

Madame Quoilin, je vous remercie pour cette présentation qui met déjà en évidence un point. On constate une fois encore les conséquences d'un désinvestissement dans les soins de santé et la nécessité d'agir. La charge de travail qui était la vôtre ces derniers mois, depuis mars, avec le cadre qui est le vôtre pose évidemment question. Vous avez un rôle majeur dans cette crise. Vous avez souvent été mis en lumière. Sciensano a été mis en avant et, comme vous l'avez indiqué aussi, quelquefois critiqué. Vous invoquez un cadre insuffisant pour assumer une situation de crise. Vous avez évoqué le manque de moyens humains. Il faut donc, toutes et tous, se retrousser les manches à l'avenir pour qu'on apporte de réelles réponses aux besoins du personnel soignant et des soins de santé en général.

Il est assez fou que vous évoquiez que la surveillance des maladies infectieuses se fait sur la base de l'engagement volontaire et bénévole des professionnels de la santé, alors que l'on parle de ce qui peut toucher chacun d'entre nous au plus profond et peut l'amener à la mort. C'est un non-sens. Il faut corriger le tir dans le futur.

Les instances et personnes concernées par le suivi sont-elles à votre sens suffisamment formées pour la gestion de crise? Vous avez dit que vous aviez un manque de moyens humains. Je crois qu'il est essentiel de se poser la question. Il faut plus de moyens, plus de personnes, mais aussi, certainement plus de formations. J'en profite pour dire merci à vos équipes et à toutes celles qui n'ont cessé de s'investir pendant cette crise. C'est important.

Concernant le *worst case scenario*, au début de la crise, beaucoup l'ont minimisé, qu'il s'agisse de Steven Van Gucht, qui indique que début mars, nous sommes dans le même ordre de propagation qu'une grosse grippe, et qui tenait un discours plutôt rassurant pour les citoyens et pour chacun ou de Mme De Block qui ne dit pas autre chose. Elle parlait même à un moment donné de *drama queens*. Sur quels indicateurs et sur quelles projections se sont-ils basés pour considérer que nous étions finalement dans un scénario de grosse grippe? Comment expliquez-vous la minimisation de la situation d'alors?

Concernant la détection des signaux, vous parlez d'un délai d'une semaine pour qu'il y ait une concertation entre vous, les entités fédérées et les

bourgmestres, lorsqu'on constate des signaux dangereux. Quand on connaît la capacité du virus à se propager, ce délai n'est-il pas trop long? Pourquoi ce *timing*? Avez-vous envisagé de le raccourcir? Il pourrait y avoir des effets positifs au raccourcissement de ce délai. Si c'est le cas, pourquoi n'est-ce pas mis en oeuvre aujourd'hui?

Concernant l'accès aux données, à la mi-avril, le GEES estimait que la population devait avoir accès à des données correctes et claires. Pourquoi ne pas avoir partagé plus tôt, voire immédiatement, l'ensemble des données, avec le public? Est-ce par crainte d'une mauvaise interprétation? N'avez-vous pas la possibilité de le faire alors?

Concernant la gestion et l'analyse des données, on constate, comme vous l'avez montré, un nombre incroyable d'indicateurs de données conséquentes. Concernant la transmission de ces données au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, on a souvent évoqué un mode de calcul différent de la Belgique par rapport aux autres pays européens et la difficulté de comparer. On a corrigé le tir et changé les indicateurs. Tout cela n'est-il pas standardisé au niveau européen lorsqu'on communique des données? Pourquoi ces différences de notifications? Les changements ont été nombreux concernant les données publiques, comme je l'ai dit. Notification des tests réalisés, nombre de décès, le calcul... Tous ces changements ont évidemment compliqué la vie des analystes et des scientifiques devant prévoir et estimer l'évolution du virus et de sa reproduction notamment.

Les changements ont été nombreux, mais quelles sont les instances qui décident des indicateurs de suivi de l'épidémie? Pourquoi ne pas avoir pris en compte immédiatement l'incidence dans la population ou le taux de positivité, par exemple?

Le plan pandémie a été brièvement évoqué, il y a quelques instants, par mes collègues. Il est né en 2006. Il a été mis à jour en 2009. Selon Steven Van Gucht, il n'était pas adapté à la pandémie que nous connaissons aujourd'hui. N'aurait-il pas, cependant, quand même pu servir de base de travail? Sciensano et le RAG ont-ils un rôle à jouer dans la mise à jour de ce plan pandémie en termes de conseils et d'avis?

Pour ce qui concerne les masques, avez-vous transmis des informations aux autorités, à d'autres groupes ou instances concernant la possible pénurie de masques? Si oui, quand? Quand avez-vous pris connaissance de la destruction du stock stratégique? Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) notamment a transmis plusieurs avis confidentiels au SPF Santé. Étiez-vous au courant

de ces avis? Des travaux étaient-ils en cours pour reconstituer ce stock stratégique en parallèle? Pour ce qui concerne la politique de *testing*, cette dernière a fait l'objet de multiples changements (conditions de test, qui?, quand?, fréquence, type de public). Pour quels motifs? Est-ce lié à l'expertise européenne? Est-ce lié à une stratégie? Est-ce lié aux moyens disponibles? Quels sont, aujourd'hui, les critères qui définissent la politique de *testing* en Belgique? Voilà pour les premières questions que je souhaitais vous poser.

Quoi qu'il en soit, je voudrais encore vous remercier, madame, ainsi que toute votre équipe pour le travail incroyable que vous fournissez. Je suis stupéfait de voir que ce travail est fourni avec une équipe de cette taille. Nous n'avons manifestement pas toujours les moyens de notre politique. Mais je répète que, quand il s'agit de santé, nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir la politique de nos moyens, nous devons disposer de moyens plus importants.

Je vous remercie pour vos éclaircissements, madame.

Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw Quoilin, namens de Vlaams Belangfractie dank ik u voor uw uiteenzetting. Ik zal de al gestelde vragen niet herhalen. Die gingen onder meer over de tijdslijn, het ogenblik waarop de RAG geadviseerd werd of op de hoogte gesteld werd, het al dan niet aanwezig zijn van een epidemieplan en het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Ik kom onmiddellijk tot de vragen die nog niet gesteld werden.

In België werd beslist om de snelsten te verbieden. Waarom werd die beslissing genomen en door wie? Wat is de rol van de RAG daarin? Hadden die testen geen rol kunnen spelen in de uitbreiding van de testcapaciteit? Gisteren zei minister De Backer dat de snelsten nu wel gelegitimeerd zullen worden. Wat is de rol van de RAG of Sciensano daarin? Welk advies werd er daarover gegeven?

U zegt dat jullie ook worden gecompimenteerd. Dat is logisch. Een van de kritieken is echter toch dat de cijfers soms wat dubbelzinnig zijn of niet goed uitgelegd worden. Kunt u ons daar wat meer verduidelijkend over geven?

In 2017 oordeelde de WHO reeds in een rapport dat onze testcapaciteit in het geval van een pandemie niet gegarandeerd is. Is daar iets mee gedaan? Blijkbaar niet, want nu blijkt dat de testcapaciteit inderdaad niet voldoende was. Kunt u ook daar wat verduidelijkend bij geven? Waarom

is daar niets of te weinig mee gebeurd? Heeft de RAG daarmee iets te maken? Zo ja, wat?

Nog voor de eerste dode viel, adviseerde de RAG al om stoffen mondkmaskers te gebruiken voor de dagelijkse omgang. Het duurde wel tot 23 april voordat de politiek dat advies volgde. Tot dan bleef men herhalen dat mondkmaskers niet nuttig waren, tenzij voor de zorg. Ondertussen weten we waarom dat gezegd werd. Hebben we daardoor cruciale tijd verloren? Ligt het in de bevoegdheid van de RAG om eventueel nog wat meer druk uit te oefenen op de politiek?

U zei dat de verslagen eind maart openbaar werden. De heer Van Gucht zei dat de eerste bijeenkomst van de RAG op 22 of 23 januari plaatsvond. Waarom werden de verslagen pas na twee à drie maanden openbaar? Waarom werden die verslagen in het begin geheim gehouden? Van wie kwam de opdracht om de verslagen geheim te houden?

Naar de samenwerking met andere instanties of werkgroepen is hier ook al gevraagd.

U had het daarnet over de indicatoren. Er moet een heel groot aantal indicatoren worden ingeschat om de situatie goed te kunnen beoordelen. U zei echter ook dat die indicatoren worden geïnterpreteerd. U mag mij tegenspreken, indien ik dat verkeerd heb begrepen. Een interpretatie kan ook verkeerd zijn. Heeft de RAG of Sciensano de interpretatie over bepaalde issues moeten bijstellen op bepaalde momenten?

U verklaarde verschillende keren iets wat mij als muziek in de oren klonk, namelijk dat de RAG de verbinding is tussen de mensen op het terrein en de overheid. Kunt u daar wat concreter over zijn? Hoe weet u wat er op het terrein leeft? Gaat u daadwerkelijk op het terrein luisteren naar de zorgverstrekkers of gaat het veeleer om data-uitwisseling?

Ten slotte, wat hebt u geleerd uit de huidige crisis? Zou u bepaalde zaken anders aanpakken in eventuele volgende golven of volgende pandemieën, die er hopelijk niet komen?

Mathieu Bihet (MR): Monsieur le président, docteur Quoilin, tout d'abord, je voudrais vous remercier pour votre exposé. On ne peut, dans le même temps, vous reprocher de faire un exposé général et introductif et soi-même commencer à tirer à travers tous les *clusters*. C'est toujours délicat de la part de certains de vous reprocher tout et son contraire.

Comme certains collègues, je voudrais, au nom de

mon groupe, vous demander qui prend l'initiative de convoquer ce RAG. N'aurait-il pas été nécessaire d'anticiper cette première réunion? Et, surtout, de quelles informations disposiez-vous à l'époque pour cette première réunion et de qui provenaient-elles?

Avec le recul, quelle appréciation portez-vous sur les données qui vous ont été transmises au départ de la Chine? Celles-ci pouvaient-elles, déjà à l'époque, être soumises à caution et le sont-elles aujourd'hui? Avec ce même recul, feriez-vous des choses différemment aujourd'hui? Si oui, lesquelles? Enfin, dans votre exposé introductif, vous avez parlé d'un réseau de surveillance à l'échelle du pays? J'aurais souhaité savoir comment celui-ci se composait. Est-il efficace? Quelles sont les interventions internationales dans ce réseau de surveillance?

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, je voudrais juste rajouter quelques éléments à l'intervention de mon collègue Bihet. Je remercie également Mme Quoilin d'être venue nous présenter concrètement ce qu'est le RAG et toutes les missions de Sciensano car, en réalité, on se rend compte, par cette audition, que Sciensano a travaillé dans des conditions extrêmement compliquées. J'ai vu que ses effectifs étaient amputés de 110 équivalents temps plein. Il faut aussi le souligner et remercier le personnel pour le travail constant que Sciensano, malgré les critiques, a accompli pendant toute cette crise.

J'entends certains collègues reprocher à Mme Quoilin de faire une présentation qui déborde du cadre. En réalité, il est étonnant de voir des donneurs de leçon se mettre aussi en position de recevoir des leçons car, eux-mêmes, dans leurs questions, débordent du cadre. Je voudrais le dire clairement. J'ai déjà souvent insisté sur la méthodologie de cette commission. On ne peut reprocher à un de nos invités qui vient s'expliquer d'être responsable de la complexité de l'ordre du jour de cette commission. On pourrait, en effet, en parler dans un second temps

Madame Quoilin, j'avais encore une question à vous poser. Une étude universitaire de la VUB et de l'ULB a montré que la surmortalité devait être nuancée, qu'il fallait comparer des régions entre elles. Que pensez-vous finalement de cet indicateur de surmortalité, soit le nombre de morts avérés par rapport au nombre de morts attendus? J'aimerais vous entendre sur cette question.

Nawal Farih (CD&V): Dokter, bedankt voor de toelichting. Ik heb nog een aantal vragen. Ik zal ze proberen te groeperen.

Ik wil starten met de werking van de RAG zelf. U hebt duidelijk uitgelegd dat jullie een evaluatie opmaken van de risks. Ik zag dat de RMG eerder is samengekomen dan de RAG. De RMG is op 23 januari samengekomen. Ik heb mij altijd de vraag gesteld: is het niet zo dat de RMG op basis van een risk assessment een samenkomst organiseert, waar men verder werkt met een analyse die jullie eerder hebben gemaakt?

Kunt u bevestigen of het daadwerkelijk zo is geweest dat de RMG eerder is samengekomen op 23 januari en dan pas jullie? Kunt u iets meer informatie geven over hoe de samenwerking precies verloopt?

U zegt dat de RAG dient om beslissingen te boosten. Daarvan ben ik mij bewust. Hoe hebt u zelf ervaren dat jullie rol is gespeeld? Bent u tevreden over de manier waarop die rol is gespeeld? Als jullie struikelblokken hebben ervaren, welke waren dat precies?

Kunt u ook meer informatie geven over de ontmoetingsmomenten tussen de RMG en de RAG tijdens de crisis? Hoe vaak gebeurt dat? Wat wordt daar besloten? Wanneer komen de beleidsmakers in beeld? Is het zo dat de RAG de beleidsmakers adviseert? Of speelt de RMG daar ook een rol in? Kunt u daar meer informatie over geven?

U hebt ook gezegd dat de surveillance van besmettelijke ziektes gebeurt via een netwerk van dokters en labo's en dat het voornamelijk op vrijwillige basis gebeurt. Kunt u daarover iets meer vertellen? Zijn dat referentielabo's en referentieziekenhuizen, waarmee jullie een vertrouwelijke band hebben opgebouwd gedurende jaren? Of pikken jullie alle informatie die bij jullie binnenkomt en maken jullie daarvan een volledige analyse? Ik had graag meer informatie over die vrijwillige basis die u toch hebt beklemtoond.

Vindt u dat er in de toekomst meer dwingende maatregelen moeten plaatsvinden tussen referentieziekenhuizen en de RMG of de RAG om die procedure vlotter te laten verlopen? Graag daar iets meer adviezen in.

U hebt ook beklemtoond dat de organisaties die al bestaan goed werken. De dingen die nog niet bestaan, hebben nog wat finetuning nodig. Kunt u ons meer inzicht geven in welke acties u hebt gemist in het begin van de crisis?

Er bestond bijvoorbeeld een pandemieplan, opgesteld in 2006. Was dat een vertrekpunt voor jullie of zijn jullie echt van scratch van start gegaan en hebben jullie een heel andere aanpak

geformuleerd en opgestart gedurende deze crisis?

Kunt u ook wat dieper ingaan op de indicatoren? U hebt goed beschreven dat u drie basisindicatoren gebruikt: *changes*, *severity* en *impact*. Er werd al eens met verwijten in de media gesmeten dat de indicatoren vaak gewijzigd en veranderd werden. Kunt u dat bevestigen? Op welke basis zijn die wijzigingen gebeurd?

Kunt u ons ook uitleggen op welke manier die indicatoren een invloed hebben op de cijfers die gestuurd werden naar de regio's en de federale regering over besmettingen, het aantal ziekenhuisopnames en andere data die naar beleidsmakers werden opgestuurd?

Zal het feit dat die indicatoren vaak gewijzigd zijn een probleem vormen voor de evaluatie van de crisis?

Ik ben ook zeer geïnteresseerd in hoe dat op Europees niveau verlopen is. Er is nu een *focal point* dat ons informeert over de afspraken tussen de lidstaten. Zijn er op basis van de indicatoren afspraken gemaakt met de lidstaten? Kunnen wij vandaag onze crisis goed vergelijken met wat er in Italië of Duitsland gebeurt?

Ik meen dat dit toch belangrijk is om een goede inschatting te maken of de beleidsmakers de juiste beslissing genomen hebben op de juiste momenten.

Is er een advies gegeven door de WHO of het ECDC om bepaalde indicatoren te gebruiken om die inschatting te maken?

U hebt het ook gehad over de dagelijkse info die naar de regio's wordt gestuurd. Ik heb heel vaak gehoord dat de lokale overheden zich vaak in de steek gelaten voelden omdat zij niet over alle info beschikten die de federale regering had. Vindt u dat er sneller geanticipeerd had kunnen worden als de burgemeesters, de schepenen en de diensten Sociaal Welzijn vroeger geïnformeerd waren, en dat clusters dan lokaal sneller beheerd hadden kunnen worden?

U hebt verteld dat Sciensano mee bevoegd is om een *mapping* te maken per regio indien dat gevraagd wordt door de regio's. Ik stel mij daar toch wat vragen bij, omdat u ook hebt geformuleerd dat in een crisis alles zeer snel gaat. Lokale overheden hebben helaas niet alle medische kennis om te weten waar zij welke informatie kunnen opvragen.

Werd die *mapping* enkel gemaakt indien er een vraag van de regio's kwam, of hebben jullie uit eigen beweging de lokale overheden en de regio's

snel en tijdig kunnen signaleren waar er clusters waren? Graag krijg ik daar nog wat toelichting over.

Ik heb nog een vraag over de *focal points*. U hebt verwezen naar één specifieke persoon. Ik had begrepen uit artikels die ik gelezen heb dat de *focal points* een organisatie vormen van meerdere personen, die samen een analyse maken om de RAG te informeren. Klopt dat dan niet?

Indien het toch om één specifieke persoon gaat, kunt u ons de naam van die persoon bezorgen? Vindt u het nuttig dat wij hem of haar ook horen om meer inzicht te krijgen op Europees niveau?

Kunt u ons iets meer vertellen over de beslissingsmacht en de sturingsmacht van die persoon in de gesprekken en de vergaderingen?

Was er ook een rotatie? Het *focal point* is mijns inziens immers een organisatie, maar ik kan ook fout zijn. Zijn er meerdere personen naar overlegmomenten bij u gekomen of was het een en dezelfde persoon en is het nuttig om die persoon dan ook te horen?

Ik heb ook nog enkele verzoeken. Kunt u ons eventueel sprekers adviseren die wij nog kunnen horen in onze commissie, zodat wij hen ook kunnen uitnodigen?

Sophie Quoilin : Excuseer, ik heb de laatste vraag niet begrepen.

Nawal Farih (CD&V): Ik vroeg of u nog een advies hebt over personen die wij in de commissie kunnen horen om ons diepere inzichten te geven.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Je vous remercie également pour vos informations, vos explications. Personnellement, je connaissais Sciensano pour la courbe des gripes, mais aussi pour la courbe des allergies saisonnières. À chaque fois, quand les premiers patients arrivent, c'est toujours intéressant de vérifier quels sont les pollens présents. Je voulais juste vous dire cela.

En ce qui concerne le fonctionnement de Sciensano, vous avez mis en avant, de manière générale, les économies réalisées. Serait-il possible de nous faire éventuellement un inventaire plus concret? C'est vrai que Sciensano est aussi le fruit d'une fusion de plusieurs instituts, comme l'Institut de santé publique. Je ne sais pas s'il vous est possible de nous répondre aujourd'hui, ou alors faites-nous parvenir par après une évolution concrète des moyens, comment ils ont diminué et par quels gouvernements successifs ces décisions ont été prises.

Vous nous avez expliqué que le RAG, ce n'est donc pas les décideurs, ça c'est le RMG - y sont présents tous les ministres. De manière générale, dans le fonctionnement entre les deux organes, une des choses auxquelles nous avons été confrontés au cours de la crise, c'était par exemple les critères de *testing* qui n'étaient pas élargis malgré le fait que nous étions en sous-capacité à un certain moment. On se rappelle tous de cela. On avait l'impression que le RMG ne suivait pas ce qui était vraiment nécessaire scientifiquement parlant.

Pouvez-vous expliquer un peu plus la raison de ces retards? Parce qu'on devait attendre finalement des semaines alors qu'on était dans une gestion de crise et qu'il fallait aller plus vite dans l'adaptation des recommandations.

Dans ce cadre là, est-ce que ce n'est pas aussi un des problèmes? On a neuf ministres de la Santé! Je suppose que ce sont eux qui composent le RMG. Cet organe surdimensionné n'est-il pas inefficace? J'aimerais avoir votre avis.

Au sujet de la première phase, je vais encore poser quelques questions plus concrètes. C'est le 22 janvier que le RAG avertit de la probabilité d'une propagation mondiale. C'est ce que nous avons appris. Le 23 janvier, Wuhan se met en *lockdown*.

Dans le récapitulatif, entre autres du *Standaard*, que nous avons lu, il semble que le RMG, à ce moment-là, conclut que les autorités peuvent envoyer un message rassurant. Et c'est ce qui est fait aussi au Parlement. Par exemple, le 28 janvier, on a une des premières discussions avec Mme De Block, et un message rassurant nous est envoyé.

Ne pensez-vous pas que ce message était en contradiction avec celui du RAG du 22 janvier dernier? Avez-vous été frustrée par ce message ou pensez-vous qu'il aurait fallu donner l'alerte plus vivement à ce moment-là?

Fin février, nous avons appris que le RAG et le Centre national de crise recommandaient de déclarer la phase catastrophe au niveau fédéral, mais cela n'a été fait que 20 jours plus tard. Quel est votre avis à ce sujet? Ne pensez-vous pas que nous avons ainsi perdu 20 jours dans la lutte contre la crise?

L'OMS n'a évoqué la possibilité d'une transmission asymptomatique qu'en date du 2 avril. Ne pensez-vous pas que cette déclaration venait un peu tard? Déjà en date du 3 février, M. Soubry était la première personne en Belgique à être contaminée par le virus mais ne présentait aucun symptôme.

Avez-vous discuté au sein du RAG ou chez Sciensano de ce risque de transmission asymptomatique? Des mesures ont-elles été prises sur la base de cette information? Comment celle-ci a-t-elle été traitée?

S'agissant de la préparation à la pandémie, une évaluation a été effectuée par l'OMS en 2017. Cette évaluation de la préparation à la pandémie et des risques généraux soulignait que le stock stratégique de masques buccaux n'était pas en ordre. Le public tout comme nous, parlementaires, ne prendrons connaissance de la destruction du stock stratégique qu'à la fin du mois de mars 2020. À quel moment le RAG a-t-il pris connaissance du problème? Aviez-vous été informés de cette destruction?

Le 21 février, le RAG a émis un avis concernant l'utilisation des masques et évoqué la possibilité de réutiliser des masques. À ce moment-là, vous avez par ailleurs souligné l'importance du port généralisé du masque.

En Anglais vous dites dans l'avis: "Offering a washable mask to the population may reduce public panic, might be a solution to sudden increases in consumption and might limit the shortage of single-use masks for health care workers."

On était fin février. À ce moment, on était encore assez rassuré et on ne savait toujours pas qu'il n'y aurait pas de masques pour les travailleurs de la santé. On a donc été confronté à ce problème en Belgique. On a votre avis qui va dans un sens différent de ce qui est envoyé au public. Au niveau international, l'OMS n'a souligné l'importance du port du masque généralisé qu'au mois de juin. Que pensez-vous de cet avis qui est finalement arrivé assez tard? Ne pensez-vous pas que des recommandations ont été faites à cause de la pénurie qui était alors généralisée? Êtes-vous au courant que des experts avaient mis en garde contre une pénurie de masques dès la fin janvier, comme ils l'on fait savoir de manière répétée?

Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw Quoilin, ik dank u voor uw heel heldere uiteenzetting, waar ik niettemin een aantal vragen bij heb.

Zou u enige toelichting kunnen geven bij de manier waarop de RAG wordt samengesteld? Welke experten moeten bij bepaalde adviezen of vragen worden gehoord? Op welke manier wordt er beslist welke experten om advies gevraagd wordt? U gaf aan dat de RAG veel ervaring en een netwerk aan contacten heeft. Hoe verwerven de experten dan een plaats in dat netwerk? Hoe wordt beslist wie van de experten om input wordt gevraagd?

Wat mij ook opviel, was dat u opmerkte dat Sciensano nooit beslist. Ik zou graag heel goed begrijpen wat dat betekent. Betekent dat ook dat de vertegenwoordigers van Sciensano in de RMG niet hun eigen standpunt uitdragen, maar wel het standpunt van het beleid of gebeurt dat in een later stadium? Hoe gebeurt dat juist?

Op het einde van uw betoog ging u even in op de werking van de RAG. U wees er toen op dat de RAG ook de richtlijnen moet uitschrijven. Begrijp ik het goed dat die richtlijnen niet altijd meer de correcte standpunten van Sciensano zijn? Indien u de opdracht krijgt de richtlijnen uit te schrijven, zijn dat dan niet meer helemaal de standpunten van Sciensano? Dat lijkt mij dan wel een heel ondankbare rol, vooral omdat wij hebben gemerkt dat de adviezen van de RAG pas weken, en tijdens de vakantie zelfs maanden, na datum worden gepubliceerd. Aldus wordt Sciensano natuurlijk in de hoek van de boeman geduwd.

Kunt u ook ingaan op de samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad, tenminste indien die er is. Daar ga ik toch van uit. Hoe draagt de wetenschappelijke input van de Hoge Gezondheidsraad bij aan de adviezen en de werking van Sciensano? Zijn er experten die zowel voor Sciensano als de Hoge Gezondheidsraad werken? Op welke manier spelen zij op elkaar in? Daarover zou ik graag meer uitleg krijgen.

Ten slotte, bij het begin van de crisis kreeg Sciensano er veel verantwoordelijkheden bij. Ik kan mij voorstellen dat het niet altijd eenvoudig was om kort op de bal te spelen, vooral omdat u aangegeven hebt dat er behoorlijk wat bespaard is op gezondheid in het algemeen en op Sciensano in het bijzonder. U sprak zowel over te weinig middelen als te weinig personeel. Hebt u voldoende middelen en personeel om de opdrachten uit te voeren in normale tijden? Hebt u voldoende middelen en personeel om in crisistijden, zoals nu, de opdrachten uit te voeren? Blijkbaar niet, vermits u een beroep doet op bijkomend personeel. Sinds wanneer wordt er te weinig geïnvesteerd in de volksgezondheid in het algemeen en Sciensano in het bijzonder? Op wel moment zijn die problemen begonnen? Is het een voortschrijdend proces? Daar krijg ik graag wat duiding bij.

Catherine Fonck (cdH): Dr Quoilin, je voudrais évidemment vous remercier. Vous savez que cette commission examine sans tabou ce qui a bien et moins bien fonctionné. En préambule, je voulais dire que tout ce travail qui doit être réalisé ne remet évidemment en rien en question tout l'investissement des équipes de Sciensano qui, effectivement, travaillent jour et nuit depuis

maintenant des mois.

Beaucoup de questions se posent sur Sciensano et le RAG, mais aujourd'hui, je me limiterai strictement aux volets international et communication. Je voulais d'abord m'assurer auprès de vous que tous les PV des réunions du RAG et tous les documents transmis entre le RAG et le RMG ont bien été mis à disposition de notre commission, y compris la composition exacte, à chaque moment, de ces recommandations vers le RMG. J'imagine que cela figure dans les PV mais je veux m'assurer qu'on a bien, à chaque fois, la composition non pas des membres permanents du RAG puisqu'ils ne changent pas mais en tout cas des membres invités.

Deuxièmement, pour essayer de bien comprendre ce que vous nous avez montré, dans l'un de vos *slides*, on voit qu'en fonction du type de signal, c'est une structure différente qui réagit. Au niveau local, lorsqu'il y a une alerte au niveau épidémiologique mais attendu avec un effet essentiellement national, c'est le SPF Santé publique qui prend alors la main. Par contre, c'est le RAG qui prend la main, si j'ai bien compris le *slide* que vous avez projeté, lorsque quelque chose d'inattendu se produit et qui a un impact beaucoup plus large sur le plan international.

Il y a évidemment un lien inévitable parce que faire la différence, dès le départ, entre un signal pour une alerte qui aura un impact national ou international attendu ou moins attendu est très compliqué. Comment se fait alors l'articulation à partir de ce signal entre ce qui pourrait être pris en compte et géré par le SPF Santé publique ou ce qui est pris en compte par le RAG? Existe-t-il une articulation entre vous deux? Dans votre *slide*, il n'y a aucune connexion entre les deux. Qui décide de qui prend la main? Par ailleurs, quelle est l'articulation entre le RAG et le National Focal Point? Toujours selon le *slide* que vous avez projeté, j'ai trouvé que ce n'était pas très clair. Concernant encore cette organisation, le SPF Santé publique compte une cellule dénommée le Public Health Emergency. Existe-t-il une articulation avec le RAG et quelle est-elle?

J'en viens maintenant à une série de questions sur ce qui apparaît clairement comme un décalage entre des recommandations internationales et les décisions belges. Le premier volet que je voudrais évoquer, c'est le décalage dans la prise en compte de la gravité du COVID-19. Il est très difficile d'avoir des réponses à ces questions de la part des différents interlocuteurs qui sont déjà venus dans cette commission. On nous a dit que le RMG s'était réuni pour la première fois le 23 janvier. Une réunion du RAG a-t-elle eu lieu au préalable ou

pas? Quel a été le message du RAG au RMG à ce moment-là? L'alerte très claire de l'OMS est lancée le 30 janvier.

M. Van Gucht, la semaine dernière, nous a dit qu'en Belgique, une alerte maximale s'était déclenchée surtout en date du 23 février, sur la base du taux de mortalité en Italie, plus élevé que le taux de mortalité en Chine. Pourtant, pendant plusieurs semaines encore, les autorités belges ont continué à minimiser la gravité et à ne pas prendre une série de mesures. J'y reviendrai. M. Van Gucht fait partie de Sciensano. Le 3 mars, pourtant, en commission de la Santé, les autorités disent que tout est prêt et que le phénomène reste une grippe modérée. Le terme *grippette* a même été utilisé, si je traduis du néerlandais.

Je voudrais donc savoir entre les dates du 23 janvier, du 30 janvier où a lieu l'alerte de l'OMS, du 23 février où M. Van Gucht nous dit aujourd'hui qu'il y a eu alerte maximale sur la base des taux de mortalité en Italie, puis du 3 mars en commission Santé où l'on minimise encore, quelle a été la position du RAG? Quel a été le message du RAG vers le RMG? Comment explique-t-on, pendant tout ce temps que les différents ministres, à qui vous avez adressé des recommandations, aient minimisé? Je ne peux pas imaginer, en entendant les propos de M. Van Gucht la semaine dernière, que le RAG, dont Sciensano, n'a pas effectivement tiré la sonnette d'alarme. Pourquoi les autorités belges, tous niveaux de pouvoir confondus, ont-elles continué à minimiser encore pendant plusieurs semaines? Oui ou non, Dr Quoilin, y a-t-il eu un décalage entre les recommandations du RAG, basées, comme je l'imagine, sur les recommandations internationales, et le message, la communication et les décisions portés par le RMG, à savoir les différents ministres de la Santé, premier ministre et ministres-présidents de ce pays?

Deuxièmement, je trouve qu'il y a un décalage entre les recommandations internationales sur les mesures à prendre et la stratégie qui a été mise en place en Belgique. Des recommandations de l'OMS apparaissent dès le 30 janvier, dès l'alerte est lancée. L'OMS dit qu'il faut se préparer. On sait qu'en termes de préparation à une épidémie, on doit considérer le volet des équipements de protection individuels. C'est d'ailleurs dans les stratégies de pandémie au niveau international et dans les recommandations de différentes instances internationales, bien évidemment en sus de la littérature scientifique.

À ce moment-là, à savoir le 30 janvier 2020, suivez-vous les recommandations internationales? Dites-vous effectivement au RMG qu'il faut

s'équiper beaucoup plus en équipements de protection individuelle, d'autant plus que – on le sait aujourd'hui – les stocks stratégiques avaient été détruits? Par ailleurs, les autorités scientifiques de référence étaient manifestement au courant que le stock stratégique avait disparu.

Selon les recommandations de l'OMS au 30 janvier 2020, il faut faire un *testing* et un *tracing* ainsi qu'une quarantaine. Quelle est alors la position du RAG par rapport à ces recommandations internationales? Le RAG a-t-il, oui ou non, confirmé, validé et recommandé aux ministres du RMG de mettre en place ces différentes mesures? On voit évidemment par la suite qu'il y a un décalage énorme et qu'un *testing* est mis en place de façon très *light* dans un premier temps. Pour ce qui est du *tracing*, il a fallu des mois pour le mettre en place.

Toujours à cet égard, les recommandations internationales au niveau du *testing* ne sont pas les mêmes que les décisions prises en Belgique pour ce qui concerne les personnes à tester et à partir de quand. Un des exemples très clairs, ce sont les recommandations internationales sur le fait de devoir tester les asymptomatiques mais aussi de tester, dans un cadre particulier, les personnes qui reviennent au contact des personnes vulnérables. On a effectivement su que les personnes les plus vulnérables, les personnes âgées et celles porteuses de maladies chroniques étaient les plus à risque.

Quelles ont été les recommandations? Y a-t-il eu, oui ou non, un décalage entre le RAG et les décisions au niveau international? Il y a, en tout cas, eu un décalage entre les recommandations internationales et les décisions du RMG.

Ce sont des questions auxquelles je vous demande de répondre sans tabou. Cette commission doit absolument faire le point et il y a une nébulosité par rapport à cela qui, je trouve, n'est pas acceptable si on veut clairement pouvoir en tirer les leçons pour l'avenir.

Pour ce qui est de la surveillance épidémiologique, au niveau des recommandations internationales sur les indicateurs épidémiologiques à suivre, quelques questions ont déjà été posées ainsi que des suggestions émises par M. Coppieters. En la matière, les indicateurs ont aussi fortement évolué. Était-ce sur la base de recommandations internationales ou était-ce une initiative propre au RAG?

Même commentaire sur la mortalité à prendre en compte. Sur le plan scientifique, il est évident qu'il fallait prendre en compte toutes les mortalités. Dans un premier temps, cela n'a pas été le cas en

Belgique, mais cela a été fait par la suite. Le fait de ne pas avoir, dans un premier temps, pris en compte les mortalités dans les maisons de repos était-il le résultat d'une recommandation internationale?

J'en arrive ainsi au dernier volet que je souhaite aborder, à savoir le volet de la communication. Je vais essayer de synthétiser car énormément de questions pourraient être posées à ce sujet. Le professeur Belkhir a fait toute une série de commentaires. Cela m'a également frappé compte tenu des contacts que j'ai avec les médecins généralistes, mais aussi les médecins spécialistes. En effet, au niveau de la communication à destination des soignants, il était difficile, en consultant le site de Sciensano, de savoir ce qui avait été modifié ou non dans le temps en termes de recommandations, de critères de *testing*, etc. Vous avez maintenant apporté des modifications, ce qui est une bonne chose. Il faut le saluer et insister pour que cela soit le cas dans le futur et également au niveau de l'*open data*. Il est évidemment dommage que cela n'ait pas été fait plus tôt. Mais je plaide ici pour que l'accès à la communication à destination des scientifiques puisse continuer à exister puisque c'est le cas pour une série d'éléments au niveau international et dans la littérature scientifique.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, mes questions se cantonneront au premier *cluster* de notre commission spéciale puisque beaucoup de questions ont déjà été posées par mes collègues.

Je voudrais commencer mon intervention en remerciant sincèrement Mme Quoilin pour son exposé très éclairant sur le fonctionnement du RAG. C'est vraiment fondamental au regard du nombre d'organismes qui sont intervenus dans les conseils, les recommandations à destination des autorités tant fédérales que fédérées, mais aussi des conséquences assez dramatiques de notre désinvestissement dans les soins de santé.

Je suis vraiment choquée de voir à quel point votre rôle crucial dans la gestion d'une crise sanitaire a été mis à mal par ce désinvestissement et à quel point vous avez dû vous débrouiller et trouver du renfort pour assurer vos missions. C'est un constat qui est juste inacceptable et dont on va devoir tenir compte pour la suite de nos travaux et dont devra également tenir compte le prochain gouvernement. Voilà pour mon introduction!

J'en arrive à mes questions. Premièrement, en ce qui concerne la communication en tant que telle, il semble que le RAG ait très rapidement pris conscience de l'importance d'avoir un discours clair

et transparent à destination de la population pour recueillir et surtout garder l'adhésion de la population aux mesures sanitaires. On voit aujourd'hui à quel point cet aspect est fondamental. À ce sujet, il est précisé dans l'un de vos rapports que: "Nous devons être clairs sur ce que nous promettons et nous assurer que nous tenons nos promesses. Dans le cas contraire, l'opinion publique se retournera contre cette politique". Avec le recul que nous avons aujourd'hui, près de six mois après le début de cette crise, jugez-vous que cette recommandation a été correctement suivie par le RMG et, en particulier, par le Conseil national de sécurité?

Deuxièmement, le RAG considérait à juste titre – me semble-t-il – que Sciensano, mais aussi la KUL pour ce qui concerne les laboratoires devaient préciser comment ils pouvaient partager les informations, les rendre publiques et accessibles.

Aujourd'hui, toujours avec ce même recul, considérez-vous que ce partage a été effectif et efficace dès le départ, dès le début de cette crise?

Je me permets de vous poser cette question parce que, comme vous l'avez très justement rappelé à travers vos slides, Sciensano a effectivement mis en place une plate-forme d'information qui offrait et qui offre toujours un bulletin épidémiologique quotidien. Effectivement, on a vu que ces données étaient accessibles, en *open access*, dès la fin mars.

Autrement dit, vos choix dans les données publiées, puisqu'il y a eu vraiment une évolution dans le choix de ces données, étaient-ils des vrais choix ou n'ont-ils pas plutôt été des conséquences de notre impréparation partielle à la gestion de cette crise? Autrement dit, par exemple, de notre capacité de *testing* largement insuffisante au début de cette crise, en tout cas pour les premiers mois, ce qui a finalement eu pour conséquence que le nombre de cas positifs avérés avait pendant trop longtemps été largement sous-évalué.

C'est une réponse qui me semble fondamentale, parce que, on l'a vu, c'est ce manque de transparence, dès le début de la crise, qui nous a finalement empêchés d'avoir une photographie précise de la réalité de l'épidémie au plus fort de la crise.

Un autre exemple: ce n'est que depuis le 7 août, donc il y a un mois et demi à peine, que le taux de positivité, mais aussi le nombre de cas par province ont été publiés. Pourquoi aussi tard?

J'ai pu constater aussi que la KUL n'a pas suivi vos recommandations en matière de communication.

Là aussi, pourquoi, à votre avis?

Je voulais revenir aussi sur un des nombreux épisodes de la saga des masques, puisqu'on a pu lire dans un de vos rapports que les masques en stock ne seront pas distribués pour l'instant et seront stockés en cas d'urgence.

Or, début mars, on l'a dit, on se souvient tous que MSF Belgique avait envoyé plus de 3,5 tonnes d'équipement de protection médicale en Chine. J'avais d'ailleurs interrogé la ministre De Block à ce sujet à l'époque. Alors qu'à ce moment-là, nous n'étions clairement pas à même d'équiper notre propre personnel médical, nos propres médecins, nos propres infirmiers, en particulier ceux qui étaient amenés à travailler à domicile, et que nous savions très bien, déjà à ce moment-là, que notre pays n'allait pas être épargné par la crise qui sévissait déjà en Chine. La ministre de la Santé publique l'avait d'ailleurs affirmé elle-même.

Dès lors, comment expliquer qu'un tel envoi de matériel médical en Chine ait pu intervenir au mois de février? L'ONG MSF ne devait-elle pas être alertée, à ce moment-là, de l'absence d'un stock stratégique de masques en Belgique? D'ailleurs, quand vous-même, quand le RAG a-t-il lui-même été informé de cette fameuse destruction de stock stratégique de masques, et par conséquent malheureusement aussi de son non-renouvellement? Puisque, nous ne l'avons appris, pour ce qui nous concerne, pour ce qui concerne les députés, qu'à la fin mars.

J'en terminerai par là et vous remercie d'avance pour vos réponses.

Robby De Caluwé (Open Vld): Namens de Open Vld-fractie heb ik een aantal aanvullende vragen. Dank u voor uw inleiding, mevrouw Quoilin. Ik wil ook uw collega's danken voor hun inzet want zij hebben wellicht sedert begin dit jaar heel weinig vakantie kunnen nemen en hun familie weinig gezien. Wellicht hebben ze zowat dag en nacht gewerkt. Ook daar moeten we eens bij stilstaan.

Na uw inleiding werd er gevraagd welke opdracht u gegeven werd en welke verwachtingen de commissie mocht hebben. De verschillende fracties hadden wellicht verschillende verwachtingen en daar dient de vragenronde ook voor. Er zijn al heel wat vragen gesteld. Ik probeer mij te beperken tot de vragen die nog niet aan bod zijn gekomen. Mijn excuses als er toch dubbele vragen tussen zouden zitten.

Ik had graag wat meer toelichting gekregen over de manier waarop de RAG voorbereid was op een pandemie van deze omvang. Bestond daar een

specifiek draaiboek voor?

Ik heb niet gehoord wie er beslist wanneer de RAG moet samenkomen. Is dat een politieke beslissing of beslist u dat autonoom?

Hoe verliepen de communicatie en de samenwerking tussen de verschillende federale gezondheidsdiensten en de gezondheidsdiensten van de Gewesten?

Meent u dat de nationale instanties snel genoeg gereageerd hebben op de eerste signalen betreffende het coronavirus? Vond u de acties in februari en maart proportioneel en in lijn met het op dat moment gedetecteerde risico?

Le président: Je vous donne la parole pour essayer de répondre aux questions.

Mevrouw Quoilin, ik geef u het woord om te antwoorden op de vragen. Is het haalbaar om te antwoorden in een halfuur, dan hebben wij nog tijd voor een repliekenronde?

Dat gaat niet lukken. Ik ga u laten spreken en we zullen daarna wel bekijken hoe wij verder daarmee zullen omgaan.

Sophie Quoilin : Mijnheer de voorzitter, ik zal proberen zo vlug mogelijk te antwoorden.

Ik wil starten met de verschillende vragen over de RAG.

Je vois que certaines de vos questions portent sur la chronologie des faits. Malgré la fatigue et le laps de temps qui s'est écoulé depuis les faits, je tiens à vous fournir une réponse précise, de sorte que je vais consulter mes notes.

Misschien wat toelichting over de samenstelling van de RAG, met experts enzovoort. In het protocolakkoord staat inderdaad dat Sciensano een lijst van experts moet opstellen voor verschillende thematieken. Bij de opstart van de RAG hebben wij systematisch contact gehad met een aantal beroepsverenigingen en dergelijke om experts met ons kennis te laten maken en om hen te vragen of ze geïnteresseerd waren om zich als expert aan te sluiten bij de RAG. Dat is gebeurd toen de RAG werd samengesteld en de laatste update dateert inderdaad al van een tijdje geleden, namelijk van 2013.

Depuis ce moment-là, les experts sont rassemblés dans des associations professionnelles, ils sont membres de groupes de recherche, de nos réseaux ou ils font partie d'universités, d'hôpitaux académiques, du monde scientifique belge.

C'est là que nous allons chercher nos experts: dans le monde scientifique belge et parfois dans les administrations. En effet, il y a des experts dans les administrations et lorsque nous parlons d'un problème, comme l'eau, nous contactons la SPGE. Lorsque nous devons évaluer le risque sur le COVID dans les foyers pour personnes sans domicile fixe ou dans les foyers d'accueil Fedasil, nous allons chercher les personnes de chez Fedasil.

En fonction des thématiques que nous traitons, nous allons chercher les experts là où ils se trouvent. L'idée du RAG est toujours d'amener des recommandations scientifiques au travers de la réalité du terrain. Et c'est sur une base volontaire que ces experts répondent à nos invitations. Il y a des experts, je vais dire, qui sont des habitués. Qui sont les habitués? Ce sont par exemple les représentants des centres nationaux de référence en microbiologie humaine de Belgique.

Je reviendrai sur ce point-là lorsque je parlerai du *testing*. Il existe des hôpitaux de référence, tout à fait. Et puis, nous organisons des séminaires scientifiques et il y a des chercheurs qui publient. Sur la base de leurs publications, nous voyons qu'ils sont belges, qu'ils publient sur tel sujet; nous avons besoin d'un expert et nous le contactons, et nous l'invitons. C'est donc sur la base d'invitations, ce n'est pas un groupe permanent stricto sensu. En effet, les thématiques que nous traitons vont des maladies infectieuses, en passant par la toxicologie, à l'environnement, etc.

Avec les moyens à notre disposition, nous n'avons pas une masse fixe d'experts que nous invitons en permanence à faire des états de la situation. Nous invitons les experts en fonction des thématiques. Je dois dire qu'ils sont quand même assez extraordinaires, car quand on les invite, ils participent – et je peux vous dire que depuis le début de cette crise, ils ont été mis à rude épreuve. En effet, quand vous voyez le nombre d'avis RAG que nous avons rendus, à chaque fois, il y a des experts qui participent. Des cliniciens, des microbiologistes, des hygiénistes. Quand nous traitons des maladies infectieuses, c'est la base. Nous travaillons avec au moins un représentant de chacun d'entre eux. Puis, en fonction des thématiques, nous ajoutons un représentant des associations de médecins généralistes, etc.

Voilà notre mode de fonctionnement. Nous essayons d'avoir une représentation la mieux équilibrée entre francophones et néerlandophones, une représentation équilibrée entre universités, parce que cela fait partie du décorum. Et puis, nous fonctionnons avec ceux qui

répondent présents.

Comme je vous le disais, la plupart du temps, ils sont vraiment extrêmement présents. Selon moi, c'est aussi une marque de confiance par rapport au travail du Risk Assessment Group.

Un des autres gros avantages de ce groupe et de ce mécanisme par lequel des experts sont invités en fonction des thématiques, c'est la capacité de répondre dans l'urgence. Nous avons une demande urgente, nous activons le réseau, les personnes que nous connaissons comme étant des experts. Nous sommes capables de rendre un avis en deux ou trois jours, après avoir fait un *literature review*, obtenu les avis de ces experts, discuté et tout rassemblé. Nous n'organisons pas toujours des réunions. Beaucoup de choses sont faites par mail, par simple faute de temps. De nombreuses consultations ont également lieu de cette façon. Et tous les experts ne sont pas invités à chaque fois. Quand nous faisons un *risk assessment* sur les personnes vulnérables et que nous nous intéressons aux prisons, à Fedasil ou aux sans domicile fixe, nous organisons une réunion spécifique, mais nous n'allons pas inviter ces personnes dans les *risk assessments* dans lesquels nous allons traiter de la stratégie de *testing*. La composition du RAG s'adapte en fonction de la question à laquelle il doit être répondu.

De RAG treedt in werking op basis van een aanvraag. De aanvraag is heel afhankelijk van de situatie. Af en toe wordt de aanvraag gedaan door een nationaal referentiecentrum. Het Nationaal Referentiecentrum voor antibioticaresistente gramnegatieve bacillen vindt bijvoorbeeld iets dat volgens het centrum belangrijk is voor de volksgezondheid. Het centrum belt ons dan op en laat ons weten dat er bijvoorbeeld een verhoging is van het aantal stammen met resistentie en dat daar een bedreiging voor de volksgezondheid kan optreden. Dan wordt er een RAG georganiseerd.

Il peut s'agir d'une notification internationale, mais aussi ce que nous faisons tous les jours et que nous appelons l'"epidemic intelligence": tous les jours, nous suivons des sources et recevons des notifications du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Nous procédons alors à des vérifications: ce signal constitue-t-il une menace? Y a-t-il un risque pour la Belgique?

Nous effectuons une évaluation rapide du signal (*rapid signal assessment*): sur la base de notre connaissance des maladies et de notre capacité d'évaluer des menaces, nous décidons ce qu'il y a lieu de faire du signal. Si celui-ci est susceptible de devenir une menace, nous l'indiquons et

partageons l'information avec les autorités.

Le signal peut également être un événement organisé dans une Région, à la suite de quoi l'agence de la Région en question (l'AZG, l'AViQ, la Cocom) nous envoie une notification. Nous nous réunissons alors virtuellement (par mail) et procédons à l'évaluation du risque. N'importe quel partenaire peut demander une réunion du RAG, il n'y a pas de protocole particulier à respecter. À partir du moment où un partenaire pense qu'il y a un risque pour la santé publique et que l'information doit être partagée et évaluée, cette information remonte vers nous et nous la traitons.

Wat is er gebeurd met COVID en hoe is het gebeurd? De eerste alarmen zijn afgegaan in het kader van onze *epidemic intelligence activity*. Op 30 december 2019 hebben wij een e-mail gekregen waarin sprake was van een *undiagnosed pneumonia in China*. Dat was net voor Nieuwjaar. Ik heb de oefening gemaakt om u beter te kunnen duiden hoe dat werkt. In 2019 hebben wij 26 dergelijke alarmmails gekregen met "*undiagnosed*" in de titel. In 2019 hebben wij dus 26 keer het alarm gekregen dat er ergens in de wereld iets *undiagnosed* was.

En 2019, nous avons reçu treize alarmes de ce type-là disant qu'il se passe quelque chose en Chine. C'est cela le travail que nous faisons tous les jours. Y a-t-il une menace ou pas?

Le 30 décembre 2019, nous décidons d'attendre. Nous recevons tellement souvent ce genre de message que nous attendons. Le 3 janvier 2020 arrive un autre message: 44 cas suspects d'infection, de pneumonie à Wuhan. Comme je vous l'ai dit, nous recevons régulièrement ce genre d'épisode. Nous ne l'oublions pas et nous continuons à suivre la situation. Le 7 janvier 2020, nous recevons le *Round Table Report* du ECDC qui nous confirme l'information, que nous avons eue par ailleurs, selon laquelle il y a un cas groupé de pneumonies de cause inconnue en Chine dans la ville de Wuhan.

Le 8 janvier 2020, une autre notification nous parvient disant que c'est un nouveau coronavirus. Comme vous le savez, le coronavirus peut être le pathogène du rhume mais, là quand même, ils nous disent qu'il y a des pneumonies sévères. Nous connaissons et nous n'oublions pas le SARS et le MERS corona. Donc, nous sommes très attentifs. Le 9 janvier 2020, l'OMS fait son premier *statement* nous disant que, de fait, il y a ce foyer de pneumonie qui est suivi. Les autorités chinoises ont pris des mesures. C'est un coronavirus mais on ne sait pas encore trop.

Le 10 janvier 2020, on nous dit que, parmi les 44 cas, 41 sont confirmés car on a maintenant trouvé l'agent et on peut donc confirmer les cas. Le 13 janvier 2020, notre alerte et notre suivi de la menace s'intensifient car il y a un cas suspect en Thaïlande. Tant que cela reste en Chine dans la ville de Wuhan, on est relativement attentif, sans plus. Il y a un cas importé. C'est une suspicion. Mais le 15 janvier 2020, il y a la notification qu'en fait, il n'y a plus 41 cas à Wuhan mais 59 et qu'on a un premier cas au Japon.

Je vais vous dire que s'il n'y avait eu que 59 cas en Chine, étant donné qu'ils sont 1,4 milliard, à ce moment-là, je ne me serais pas encore grandement inquiétée. Maintenant, il y a un cas au Japon et une information nous manque, c'est qu'on n'a toujours pas la confirmation que c'est un pathogène transmissible de personne à personne car, souvent, dans les alertes que nous recevons, c'est un virus qui passe de l'animal à l'homme, qui fait un certain nombre de victimes dans le pays et, puis, qui s'éteint.

Ici, en date du 15 janvier 2020 alors qu'il y a plus de cas, on commence à se dire que, si cela ne se transmettait pas de l'homme à l'homme – on est quand même plus de quinze jours après le premier cas identifié –, cela commence quand même à faire long pour une source de contamination unique qui avait été identifiée comme étant le marché à Wuhan.

Quant à la période d'incubation de cette maladie, on n'en sait encore rien. Donc, on est dans l'expectative. Mais il y a un élément qu'on commence à chercher et à prendre en compte: il y a un aéroport à Wuhan et il y a des vols sur l'Europe, sur Londres, sur Paris, sur Rome. Il n'y a peut-être pas de vol direct sur la Belgique, mais il y en a qui arrivent en Europe. C'est un élément important. Je vous rappelle qu'il y a eu un cas importé au Japon. Cela signifie qu'il n'est pas du tout exclu qu'il y en ait un qui arrive en Europe. On doit donc peut-être commencer à se préparer à suivre de plus près cette épidémie.

À ce moment-là, j'introduis une notification dans notre outil, qui s'appelle *Rapid signal assessment*, dans lequel, le 15 janvier, il est indiqué que c'est un signal qui doit commencer à requérir notre attention, parce qu'un cas a été importé, que le nombre de cas augmente en Chine, et qu'il y a des vols directs de Wuhan vers l'Europe.

Que commençons-nous à faire? Nous savons que c'est un coronavirus. Le premier décès est notifié en Chine. Nous avons une procédure coronavirus en Belgique depuis 2011-2012, au moment où le MERS-corona est apparu. Donc, nous

commençons à mettre à jour la procédure coronavirus pour y inclure cette suspicion de coronavirus en Chine.

Une petite précision: le 18 janvier, nous sommes confortés dans notre idée de mettre à jour la procédure parce que le nombre de cas commence à augmenter. On était toujours à 40 cas jusque mi-janvier, puis le 15 janvier, on passe à 59, et à partir du 18 janvier, on voit que la courbe monte. Donc, nous sommes confortés: le risque existe d'avoir un cas importé.

Nous mettons à jour la procédure, et le 21 janvier, il y a confirmation d'une transmission de personne à personne. À ce moment-là, en urgence, on nous faisons le *risk assessment* et nous demandons une réunion du Risk Management Group le 23 janvier. Cela répond à une de vos questions. On fait le *risk assessment* le 21 janvier et le Risk Management Group se réunit le 23 janvier.

Qu'est-il décidé dans ce premier Risk Management Group, qui avait été préparé par le RAG? C'est de mettre la procédure à jour, d'adresser un courrier aux médecins généralistes et aux hôpitaux pour les informer de la mise à jour de cette procédure et de la définition de cas qui devait les amener à considérer que le cas qu'ils avaient face à eux était un cas suspect.

Telles sont donc les deux principales actions entreprises à ce moment-là.

L'événement qui va déclencher la prise de décision par le Risk Management Group a été le Nouvel An chinois le 25 janvier, événement qui implique des mouvements de population assez importants vers la Chine ainsi que des retours vers la Belgique.

Le 21 janvier, nous avons commencé à publier des rapports quotidiens.

Het ging dus om een nieuw pathogeen, met een nieuwe dynamiek en een nieuwe manier van verspreiding tussen personen. Wij hebben geobserveerd wat er in China gebeurde. Op 23 januari beslisten de Chinese overheden dat Wuhan werd afgesloten. Ook de luchthaven werd gesloten. Wij dachten dat er misschien iets actievers aan de gang was. We wisten niet wat we konden vertrouwen. De enige informatie die wij hadden was hetgeen erover werd gepubliceerd.

Nous ne sommes pas des madame Soleil et faire du *risk assessment*, ce n'est pas se projeter dans des scénarios qui sont basés sur ce que nous pensons. Nous utilisons ce qui existe. Dans nos *assessments*, nous avançons pas à pas. C'est aussi pour cette raison que la *case definition*

change. Au début, il y a des cas en Chine, puis un petit peu au Japon, puis un petit peu en Indonésie, à Singapour. On se demande à partir de quand on va inclure des voyageurs qui reviennent de ces pays-là pour les faire tester. En effet, au début, je vous rappelle que le risque est un risque d'importation du virus. Au début, le focus est mis sur la manière dont on va reconnaître un voyageur qui revient avec un risque d'importer le virus en Belgique.

Dat is de eerste stap. In het begin namen we niet bij alle reizigers een staal af. Dat had geen zin. Wij wisten toen nog niet dat reizigers zonder symptomen, presymptomatische personen, drager kunnen zijn van het virus. Wij zochten naar symptomen bij reizigers die terugkwamen van een plaats waar er genoeg gevallen waren om een risico te kunnen vormen.

À ce moment-là, le 23 janvier, on aurait pu se dire que c'était suffisamment grave pour que tout s'arrête et on décidait d'arrêter tous les avions, ce qui aurait probablement empêché la pandémie. Mais on est dans un monde globalisé. Sur la base de 59 cas en Chine, les autorités n'ont pas décidé d'arrêter tout le commerce international et les voyages internationaux.

On était donc dans cette expectative d'avoir un cas importé. C'est comme cela qu'on s'est organisé au début, et c'est comme cela que l'on s'organise toujours face à ce type de menace. En effet, combien de fois, depuis cent ans, avons-nous connu une pandémie? Fallait-il, le 23 janvier, se préparer à une pandémie? Même le 30 janvier, quand l'OMS nous a annoncé qu'il y avait un risque, on s'est dit d'accord, mais sur quoi le risque était-il basé? On a pris en compte les éléments. Mais savait-on le 30 janvier que nous étions face à un risque de pandémie? Derrière nous, qu'y avait-il? Il y avait le H1N1 qui est apparu en 2009, qui s'est répandu, qui a fait des victimes, mais qui a été maîtrisé. Il y avait Ebola qui nous a été présenté comme un risque majeur, mais nous n'avons pas connu de cas, à l'exception d'un cas exporté, à savoir le patient de Dallas en 2014. Il y avait le SARS qui a effectivement causé 800 décès à travers le monde. À chaque fois que nous avons une menace, le scénario pandémie n'est bien sûr pas exclu, mais il n'est pas non plus le plus probable. Donc, en termes d'investissement en matière de santé publique, qui aurait pris la décision, le 30 janvier, de se préparer à une pandémie? Quel pays à travers le monde s'est-il préparé à une pandémie? Qui aurait été prêt, le 30 janvier, à investir de l'argent public pour faire face à une pandémie?

De vraag van de maskers is echter totaal iets

anders. Wisten wij dat er geen maskers waren in de strategische stock? Ja, wij wisten dat.

Je ne suis pas là pour avoir des tabous. Bien sûr que les autorités savaient que les masques avaient été détruits. Je peux vous dire, pour assister en tant que membre et coordinatrice du RAG au RMG - et ce sera peut-être pour répondre à cette question - qu'un représentant du RAG est présent aux réunions du RMG pour apporter l'avis du RAG et répondre aux questions que le RMG pourrait avoir par rapport à ce qui est recommandé. Donc on est là, pas pour défendre notre opinion, et je peux vous dire que parfois ce n'est pas du tout facile, mais pour défendre l'avis du RAG. Et c'est notre rôle. Oui, j'assiste donc aux réunions du RMG avec deux collègues avec lesquels on partage cette coordination parce que c'est beaucoup de travail.

Oui, nous entendons que le stock de masques n'existe plus et qu'on est face à un problème majeur. Parce que l'enjeu depuis le début de la gestion de cette crise, c'est de trouver dans masques. Parce que dans le même temps, on reçoit des signaux de nos hôpitaux, des médecins généralistes, qui nous disent: "On n'a pas de masques". Je vous rappelle qu'on est en pleine saison grippale. Il y a environ 50 000 consultations par jour de patients qui ont des symptômes ILI (*influenza-like illness*), qui vont voir les médecins généralistes, et ceux-ci, commencent, à juste titre, à être inquiets. Dans les hôpitaux, on reçoit des coups de téléphone de nos partenaires qui nous disent: "Nos fournisseurs habituels commencent à ne plus nous livrer. Donc on commence à regarder nos stocks. On commence à se dire qu'on doit faire attention. Est-ce qu'il y a des stocks?" Non, il n'y a pas de stocks. Et c'est la préoccupation, depuis le début, dans toutes les discussions, aussi dans ce RMG. C'est de trouver des masques. Il faut les trouver. Mais il n'y a plus rien qui sort de Chine. Les différents pays européens mêmes arrêtent de fournir leurs clients habituels.

Waar gaan wij dus maskers vinden? Wij hebben maskers nodig, dus in de loop van de discussie bedenken wij dat wij in het verleden voor de zorg ook stoffen maskers hebben gebruikt. Waarom niet, als er geen chirurgische maskers zijn? Wij hebben maskers nodig. Om zorg te kunnen blijven aanbieden aan de bevolking, waarom niet? Wij hebben dus onderzocht of er nog stoffen maskers werden geproduceerd en hebben daarna een stand van zaken gemaakt over die maskers, waar men ze kan vinden en waarvoor zij worden aanbevolen en waarvoor niet.

Nous remettons cet avis, et c'est à cela que se limite le rôle du RAG et de Sciensano. Dans la

recherche de masques, nous essayons d'apporter notre pierre à l'édifice afin d'essayer de trouver une solution. Pour le reste, il appartient aux autorités de se démener pour essayer de trouver des masques et de passer commande auprès de fournisseurs qui accepteraient de nous en vendre, car nous en avons vraiment besoin.

L'absence de masques est également ce qui va influencer les décisions ultérieures. Que faire lorsque nous sommes amenés à faire des prélèvements alors que nous n'avons pas de masques? On ne peut pas distribuer des masques à tous les médecins généralistes! À ce moment-là, en février, de nombreux patients présentent des symptômes grippaux, et le risque est l'importation d'un cas. Devons-nous alors effectuer un prélèvement chez tous les patients qui présentent des symptômes ILI et qui reviendraient d'une zone où des cas ont déjà été recensés? Cela fait beaucoup de monde... Va-t-on demander aux médecins généralistes d'effectuer un prélèvement chez un patient suspecté d'avoir contracté le coronavirus, alors qu'on ne peut pas leur donner de masques?

Que faut-il faire dans ce cas? Envoyer tous les patients suspects vers les hôpitaux? Les hôpitaux ne peuvent pas accepter dans leurs services d'urgence tous les patients qui présentent des symptômes grippaux! Le risque est trop faible et ne nous permet pas encore de dire que le virus circule effectivement parmi la population belge. De même, les services d'urgence - qui sont déjà mis à mal - n'ont pas la possibilité d'accepter tous ces patients. Dès lors, que devons-nous faire?

Au départ, nous avons fait le choix de gérer le risque et d'effectuer des prélèvements chez les patients qui reviennent des zones les plus à risque, zones qui sont progressivement étendues. Ce choix donne lieu à de nombreuses discussions: sur la base de quels critères va-t-on inclure un pays? Sur ce point, je suis d'accord avec vous: pour ce faire, nous aurions besoin d'une coordination internationale ou, à tout le moins, européenne, afin que nous utilisions tous les mêmes critères pour y voir plus clair. Il faut cependant reconnaître que cette coordination n'existe pas.

Nous nous contentons dès lors d'évaluer le risque pour la Belgique que posent notre activité ou le nombre de vols directs, et nous définissons des critères. Nous prenons des décisions conjointes au sein du RAG et proposons des critères au RMG, notamment pour déterminer à partir de quel moment il est raisonnable d'inclure un pays.

Par exemple, au départ, à Singapour, c'est vraiment un *cluster*. Tous les cas sont liés. On se

dit que l'on ne va pas inclure Singapour tout de suite parce que tous les cas qui sont apparus à ce moment-là à Singapour sont liés. À un moment donné, cela évolue. Les cas ne sont plus liés. Il commence à y en avoir en différents endroits. Le nombre de cas augmente donc on se dit que là, on va inclure Singapour. C'est pour cela que ça évolue. C'est parce qu'on essaie de répondre aux besoins de la crise. Ce que l'on essaie de faire depuis le début sans la moindre hésitation, c'est de faire en sorte que ce virus n'arrive pas avec les moyens possibles et de protéger la population. On n'a rien d'autre comme objectif que de faire de son mieux pour que la population soit protégée. C'est notre rôle.

Pourquoi, au départ, n'y avait-il qu'un seul centre de référence?

De geschiedenis begint met onze surveillancenetwerken en peillaboratoria. In het kader van onze discussies en dagelijkse activiteiten werd het steeds duidelijker – ik heb nu het over de jaren 80 – dat bepaalde specifieke diagnoses voor de perifere laboratoria echt moeilijk lagen. Er waren referentielaboratoria nodig die konden helpen bij een aantal diagnoses, want een aantal pathogenen komt zelden voor. Niet alle laboratoria beschikten over alle technieken om alle diagnoses te kunnen uitvoeren.

Op dat moment stelde een aantal laboratoria zich voor als steun voor de perifere laboratoria voor een aantal diagnoses. Dat zijn de referentielaboratoria geworden. Op dat moment is er ook een discussie begonnen met het RIZIV om een specifieke financiering voor die referentielaboratoria te kunnen krijgen.

In 2011 kregen wij een financiering voor de referentieactiviteiten in de referentielaboratoria met een microbiologische aanpak. Sinds dan zijn er in België ongeveer 40 nationale referentiecentra die een specifieke financiering van het RIZIV krijgen om specifieke taken uit te voeren. Onder andere door het verschijnen van het MERS-coronavirus in 2011 kwam er in België een nationaal referentiecentrum voor coronavirussen.

Hoe zijn de referentiecentra geïdentificeerd? Op basis van een rekruteringsproces. We stellen een lastenboek op met heel specifieke criteria. Alle laboratoria van België kunnen hun kandidatuur indienen voor die activiteiten. De keuze van de centra is gebaseerd op de mate waarin zij beantwoorden aan de criteria uit het lastenboek. De evaluatie gebeurt door Belgische en buitenlandse experts, om een zo objectief mogelijk proces te kunnen garanderen.

Het is in die context dat de KUL en de laboratoria van Marc Van Ranst geïdentificeerd werden als nationaal referentiecentrum voor coronavirussen. Er zijn overal in België nationale referentiecentra, meestal in de academische ziekenhuizen, maar ook bij Sciensano.

Ik herinner u eraan dat wij in het begin, in januari-februari, nog aan het wachten waren op een eerste geïmporteerd geval. Waarom moesten wij de diagnostische capaciteit al decentraliseren, als we nog aan het wachten waren op een geïmporteerd geval? Dat was ook zo voor het MERS-coronavirus. Voor het MERS-coronavirus hadden wij elk jaar een aantal vermoedelijke patiënten, bij wie een staalafname plaatsvond. Die stalen werden dan naar het nationale referentiecentrum voor coronavirussen gestuurd. Wij hebben in onze organisatie in België dus gehandeld zoals gebruikelijk. Wil dat zeggen dat wij intussen niets deden? Helemaal niet.

Dès le début du mois de février, on se prépare, si jamais ce virus s'installe en Europe – et je pense pouvoir dire que la plupart d'entre nous en avait la conviction –, et on prend contact avec l'ensemble des laboratoires de Belgique. Et, si je ne m'abuse, c'est le 9 février qu'un premier courrier part vers les laboratoires dans lequel on leur demande s'ils sont déjà en train de préparer des tests corona. On leur demande s'ils sont prêts, s'ils seraient prêts à développer cette technologie en cas de besoin. Et on reçoit un premier retour. Il y a déjà en Belgique, à ce moment-là, une dizaine de laboratoires qui se disent prêts. Ce faisant, le Centre National de Référence (CNR) donne un support aux autres laboratoires pour développer cette technologie parce que cela fait partie de son cahier des charges. Il y a des laboratoires universitaires qui sont tout à fait capables de le faire et qui avaient d'ailleurs commencé, ce qui était très bien. D'autres laboratoires ont bénéficié du support du CNR pour développer la technologie et la capacité de diagnostic de ces tests coronavirus.

Quand la décision est-elle prise de passer du CNR vers une délocalisation du test? Quand, à un moment donné, le Centre National de Référence nous dit que sa capacité est dépassée et qu'il faut délocaliser. On délocalise, on est prêt et on le fait. A-t-il fallu plus ou moins de temps? On peut rediscuter de la question. La seule chose, c'est que c'est à partir du moment où le Centre National de Référence nous dit que sa capacité est dépassée que la dispersion de la capacité de diagnostic est mise en place.

Ik kom dan tot de testcapaciteit. Er is inderdaad een tekort aan maskers, ze zijn niet te vinden op de markt. Hetzelfde geldt voor de reagentia. Wij

krijgen op dit moment redelijk vlug signalen van de laboratoria, die de tests uitvoeren, dat het steeds moeilijker is om bepaalde producten te vinden op de markt. Dat is de werkelijkheid. Dat geldt voor alle landen. Er is een pandemie en dus willen alle landen maskers, tests en reagentia. Er is een tekort op de wereldmarkt.

La Belgique n'est pas un pays discriminant en termes de pouvoir sur le marché. Mais ce n'est pas mon domaine. Je ne vais pas m'étendre là-dessus. À ce moment-là, pourquoi décide-t-on de tester les patients les plus à risque de faire une forme sévère? Parce que je voudrais vous dire que cela a été la préoccupation dès le départ. Dès la première moitié du mois de février, la Chine fait de gros efforts pour publier des articles sur les patients. On reçoit ces articles. On les analyse. Et ce qui est clair, dès le début de février, c'est que les personnes à risque sont les personnes âgées. Donc, au moment où on n'a pas de masques, on ne peut pas demander aux médecins généralistes de prélever. On les enverrait faire des prélèvements alors qu'ils ne sont pas protégés. Ce n'est pas possible. Les hôpitaux ne peuvent pas accepter tous ces patients dans leurs services d'urgences.

Donc on décide, et on propose, dans le cadre du RAG, et c'est accepté par le RMG, que ce que l'on va faire, c'est isoler les patients qui font des symptômes, tant qu'ils ne sont pas à risque, et tout patient qui a le moindre risque de faire une forme sévère, et cela inclut donc *de facto* les personnes âgées – puisqu'on sait qu'elles sont à risque –, sera envoyé à l'hôpital pour être prélevé. Et pour être sûrs de ne pas passer à côté d'un diagnostic de coronavirus chez une personne qui présente des facteurs de risque de faire une forme sévère de la maladie. Donc on n'a pas privilégié les hôpitaux. On a privilégié la prise en charge des patients qui avaient le plus de risques de faire des formes sévères. Parce que par les articles que nous recevions, nous savions que les personnes qui n'ont pas de facteurs de risque faisaient des formes qui leur permettaient de rester à la maison, mais que les personnes qui avaient besoin de soins étaient celles qui avaient des facteurs de risques et les personnes âgées. Et c'est pour cela qu'on a pris cette décision.

Pardon, je dis "on" parce que je suis tellement dans cette crise que je m'associe, je m'approprie des choses qui ne sont pas miennes. C'est pour cela que le RMG a pris cette décision. On ne pouvait pas faire réaliser les prélèvements par les médecins qui n'avaient pas de masques, et on devait se focaliser sur les personnes qui étaient à risque et qui requéraient des soins et des hospitalisations.

Er is tegelijkertijd veel werk geleverd door de verschillende administraties en ministers, onder andere om maskers en reagentia te vinden en een strategische stock aan te leggen. Dat alles gebeurde tegelijkertijd.

We veranderden ook een aantal zaken in onze surveillanceactiviteit, hoewel ik liever van aanpassingen zou spreken. We veranderden immers niets, we pasten ons gewoon aan de situatie aan.

À un moment donné, il apparaît que le CT-scan est un moyen diagnostic. Pour les patients qui arrivent dans les hôpitaux avec une pneumonie sévère, c'est un outil diagnostic suffisamment sensible et spécifique pour permettre un diagnostic alors que la PCR peut-être n'est pas disponible dans l'hôpital à ce moment-là ou que le résultat n'arrive pas assez vite ou que le patient a peut-être simplement une PCR négative. Que fait-on à ce moment-là? Oui, on change la *case definition*. Pourquoi? On ne fait pas une étude qui commence au point A et qui finit au point Z et dans laquelle on définit un protocole, une définition de cas que l'on doit suivre, une méthode sans laquelle notre étude n'est pas valide. Non, on fait de l'épidémiologie d'intervention. Nous sommes dans une crise aiguë face à un nouveau virus, à une nouvelle pathologie. Tout évolue tout le temps. Les nouvelles connaissances arrivent. Oui, on tient compte de ces nouveaux éléments. Bien sûr, on s'adapte. On ne s'adapterait pas, on ferait une faute. Oui, on inclut des changements dans notre activité, mais cela ne veut pas dire que cela rend nos résultats invalides. C'est là qu'est tout le travail épidémiologique que nous réalisons chaque jour. Vous l'avez mentionné, nous interprétons nos données. Nous lisons l'évolution des données au travers de tous ces changements. C'est là qu'est la valeur ajoutée d'avoir ce Risk Assessment Group, c'est que nous évaluons ces modifications de l'épidémiologie en fonction de tous ces changements. Bien sûr que l'on doit s'adapter.

Tant qu'on est dans le *testing*, j'en viens à la question sur les *snel tests*.

Daarmee hebben we niets te maken. De beslissing over de sneltesten werd niet door de RAG noch door Sciensano genomen. Ik denk dat die vraag moet worden gesteld aan het FAGG.

De RAG heeft toch een advies gegeven over het gebruik van de sneltest. Dat is recent gebeurd en is nog niet gepubliceerd. Wij herzien de teststrategie inderdaad, afhankelijk van de evolutie van de epidemiologie en afhankelijk van de nieuwe ontdekkingen inzake de efficiëntie van de testen en

de indicatiestelling voor hun gebruik.

Al in maart hadden wij een advies geformuleerd over het gebruik van serologische testen voor het beheer van de crisis. Recent hebben wij een update gedaan over het gebruik van de sneltest. De RAG beveelt aan om deze sneltest niet te gebruiken als tool voor alles.

Er zijn een paar indicatiestellingen gedaan, gevraagd en ondersteund door klinici. De serologische tests zijn gebruikt voor een aantal beperkte indicatiestellingen, zoals een diagnose bij een patiënt die zijn arts laat raadpleegt of een patiënt voor wie de diagnose moet worden bevestigd na een negatieve PCR, maar met toch een typisch klinisch beeld of een typische CT-scan. Dat kan de klinici helpen om een bevestiging van de diagnose te krijgen.

Voor een paar specifieke indicatiestellingen wordt de serologische test aanbevolen. Waarom?

Simplement parce que, comme dans la plupart des maladies infectieuses, les anticorps n'apparaissent pas tout de suite. Or, dans la lutte contre ce virus, ce que l'on veut faire, c'est trouver les porteurs du pathogène. Et on ne trouve pas de porteurs du pathogène en faisant une sérologie. On le trouve en faisant une PCR. Et, donc, la sérologie, comme les anticorps apparaissent tardivement – cela commence à partir du cinquième, septième jour mais c'est surtout à partir du dixième, quatorzième jour que les patients ont des anticorps, cela ne nous aide pas pour identifier un patient de manière rapide. Par contre, cette technique revêt toute son importance quand le patient se présente tardivement chez son médecin. À ce moment-là, cela peut être fait.

Et, si les *rapid tests* sur le sang capillaire sont validés, à ce moment-là, ils pourront aussi être utilisés par les médecins généralistes. Mais, à ce niveau-là, il reste un certain nombre de choses à confirmer. Et donc, c'est l'avis du RAG que, quand ces tests rapides seront confirmés sur le sang capillaire (le sang du bout du doigt), à ce moment-là, ils seront utilisables dans un cabinet de médecine générale pour confirmer un diagnostic.

Mais, ceci étant, après un *rapid test* positif, il est quand même recommandé de faire une prise de sang et une sérologie classique parce qu'il faut se rendre compte – c'est un peu technique, mais c'est pour vous dire que toutes ces recommandations du RAG sont quand même documentées scientifiquement – qu'avec une prévalence en Belgique d'environ 8 %, si un test a une spécificité de 98 %, vous allez avoir 20 % de faux positifs sur votre test sérologique. Donc, 20 % de tests

faussement positifs, cela ne va pas aider le patient qui voudrait faire son test par lui-même. D'une part, il risque d'être faux positif et, d'autre part, cela ne va pas lui dire s'il a assez d'anticorps pour être protégé contre une réinfection car, pour cela, il faut un dosage quantitatif.

Il ne serait, dès lors, pas correct de faire croire à la population qu'en se faisant faire ce test, elle serait protégée ou que cela lui donnerait une information de type fiable. Je pense que nous ne remplirions pas notre rôle si nous soutenions une telle indication. Maintenant, comme je vous l'ai dit, c'est basé sur les connaissances qu'on a aujourd'hui et on fait régulièrement des révisions de nos recommandations en cette matière.

J'essaie de passer les grandes thématiques en revue. On a parlé du RAG. Après, si vous avez des questions *burning* sur lesquelles vous voulez que je me repenche ...

Er waren ook vragen over asymptomatische en presymptomatische gevallen. Over dergelijke onderwerpen is er binnen de RAG hard gediscussieerd. Jullie weten dat er met zoveel experts rond de tafel ook zoveel verschillende adviezen zijn. Dat is waarschijnlijk ook hier het geval.

Af en toe is er dus veel discussie, zeker bij nieuwe informatie of een specifieke nieuwe bevinding rond het coronavirus. De vraag is dan hoe sterk de bewijzen daarvoor zijn. Er is inderdaad heel veel discussie tussen de experten over de vraag of er voldoende evidentie is om een bepaalde richting veeleer dan een andere richting uit te gaan. Er zijn discussies daarover. Op het einde proberen wij tot een consensus te komen. Dat is niet altijd evident. Er zijn heel veel discussies. Wij proberen echter altijd de best mogelijke wetenschappelijke evidentie te gebruiken. Dat is de rol van de RAG.

Na de RAG komt er altijd nog een beslissing van de RMG en de ministers. Zij gebruiken hoogstwaarschijnlijk ook andere argumenten dan de wetenschappelijke argumenten.

Et c'est le rôle du politique. Quand vous prenez une décision, vous ne le faites pas avec un seul argument. Vous avez certainement toute une série d'autres contraintes desquelles vous devez tenir compte pour arriver à une décision. Et cela appartient au politique. Moi, je ne porte pas de jugement là-dessus. C'est la responsabilité du politique. Je ne suis pas au courant de l'ensemble des contraintes qu'un décideur politique a dans ses choix.

Mon rôle, et le rôle du RAG, et c'est ce à quoi je

veille, c'est d'apporter la meilleure évidence scientifique possible pour que le politique soit informé au mieux de ce volet des arguments dont il doit tenir compte pour prendre sa décision.

Permettez que je passe en revue les points abordés. On a parlé des masques, du *testing*, du RAG, de notre manière de faire les *assessments*, des inconnues avec lesquelles on doit parfois faire des avis, qui sont parfois extrêmement handicapantes quand on n'a pas toutes les informations.

Je vois là une question spécifique. On fait une évaluation conjointe du risque une fois par semaine, mais je vous rassure: la détection des signaux par commune est faite tous les jours. Tous les jours, un signal part vers les entités fédérées, et c'est le rôle des entités fédérées d'investiguer les signaux. Et elles le font d'ailleurs aussi par elles-mêmes. La seule chose que nous faisons, c'est un support vers elles.

Dat is de bevoegdheid van de deelstaten, namelijk het Agentschap Zorg en Gezondheid in Vlaanderen, de COCOM in Brussel en de AViQ in Wallonië. Zij vormen de eerste lijn voor de identificatie van de contacten en de evaluatie van de lokale risico's. Dat was ook zo in het begin, toen het risico op import van gevallen bestond. Ik wijs daarbij op de verplichte melding. In België heeft elke deelstaat een systeem van verplichte melding van ziekten. Die melding is verplicht omdat er preventieve maatregelen of controlemaatregelen moeten worden genomen voor de bevolking.

Een geval van tuberculose, bijvoorbeeld, moet worden gemeld aan de arts infectieziektebestrijding. De mensen waarmee een besmette persoon contact had, moeten worden geïdentificeerd. Met moet een diagnose kunnen stellen, nagaan of de patiënt blootgesteld is en eventueel ook besmet is met tuberculose, om het risico op tuberculose te beperken. Dezelfde procedure geldt voor mazelen of legionella.

De arts infectieziektebestrijding moet bij een geval van legionella nagaan waar de patiënt werd blootgesteld, om eventueel een bron te identificeren en controlemaatregelen te nemen om nieuwe gevallen te vermijden. Er is dus een wettelijk kader voor de verplichte melding van een aantal ziekten bij de deelstaten. Bij het begin moeten de geïmporteerde gevallen aan de arts infectieziektebestrijding van de deelstaat gemeld worden. Wij verzamelen informatie over die patiënten door onze contacten met de deelstaten. Alle artsen moeten die informatie, ook de woonplaats, doorgeven. Op welke basis gebeurt dat?

Cela revient peut-être au sujet du jour, à savoir sur la base de l'information qui nous est demandée au niveau international. Au début, la surveillance est effectuée sur la base d'un questionnaire demandé par l'OMS et que nous customisons à la mode belge et à notre structure étatique afin de répondre aux besoins des autorités belges (pour la Belgique, par exemple, il est important d'avoir un code postal, alors que cet élément n'a aucune pertinence pour l'OMS).

Nous demandons donc au médecin de compléter ce formulaire, qui est ensuite envoyé aux agences régionales de santé, chargées de traiter l'information. En même temps, un échantillon est envoyé au Centre national de référence. Chez Sciensano, nous recevons les informations qui arrivent, d'une part, des entités fédérées et, d'autre part, du Centre national de référence. Il nous appartient alors de recomposer les deux fichiers.

Je vous rappelle qu'il existe en Belgique un cadre légal sur l'utilisation des données. Chez Sciensano, nous n'avons pas droit à des données personnalisées. Vous comprendrez dès lors que recomposer un fichier qui nous parvient, d'une part, de trois entités différentes et, d'autre part, du Centre national de référence, afin d'être certains que le cas qui a été déclaré par un médecin soit confirmé, représente un travail colossal.

Au début, tout se passe bien. Par la suite, le nombre de cas augmente et il faut que le rapport soit déposé sur la table du ministre tous les jours à 08 h 00. Il arrive également que nous n'arrivions pas à faire le lien, ce qui nous oblige à faire des recherches ou à passer des coups de téléphone. Parfois, il faut rappeler le médecin. En réalité, c'est un travail au cas par cas.

Il s'agit d'un travail extrêmement prenant pour parvenir à sortir le rapport tous les jours. L'objectif du rapport est avant tout d'informer les autorités, mais notre premier rôle est d'informer le médecin et le patient. Tout cela doit se faire dans un délai extrêmement court, et nous devons fournir des informations valides. Il est vrai que nous sommes parfois amenés à procéder à des réajustements, après avoir subitement retrouvé une série de questionnaires, par exemple.

Il arrive également que nous recevions tardivement les résultats du Centre national de référence. Toutefois, puisque nous voulons établir le rapport sur la base de la date du prélèvement ou, au pire, du diagnostic, afin d'être au plus proche de l'évolution de l'épidémie, les chiffres peuvent changer de jour en jour. C'est cela, la réalité du terrain, la difficulté de notre travail de tous les jours.

C'est de l'épidémiologie de terrain, c'est ainsi que cela se passe. Pour le monde extérieur, Sciensano n'arrête pas de changer, mais c'est inexact: chez Sciensano, on fait ce qu'on peut pour fournir une information aussi rapidement que possible et aussi valide que possible.

Le nombre de laboratoires change. Il faut intégrer cette information. Dans le même temps, on met d'autres systèmes d'information en place parce qu'il faut décrire ce qu'il se passe dans les hôpitaux. Le virus est là, ça y est, on enclenche. Il n'y a pas de système de surveillance des maladies infectieuses en direct, en ligne dans les hôpitaux. Donc, on le crée. Tous les jours, on commence à recevoir des données. Puis, on se dit qu'en fait, on a demandé aux hôpitaux de nous fournir des données agrégées parce qu'il ne faut pas oublier que les gens qui nous fournissent les données sont des personnels soignants. Ces personnes, ces médecins, ces infirmières, ces médecins généralistes sont en première ligne. Ils sont là pour les patients. C'est cela leur tâche première. Ils ont plus que du boulot. On en a parlé. Ils sont sous-staffés, sous pression. Ils n'ont pas le matériel. Il y en a qui me disent: "Sophie, on va à l'hôpital parce qu'on a fait ce choix. C'est notre métier d'être infirmière, d'être médecin mais on a peur." Et moi, je dois leur demander des données. Ce que nous leur demandons de transmettre, c'est juste ce dont nous avons besoin, ni plus ni moins que ce dont on a besoin pour gérer cette épidémie pour informer correctement la prise de décision.

On demande donc aux hôpitaux de nous fournir une information de manière agrégée pour ne pas les surcharger de manière démesurée. Dans le même temps, on apprend par ce qui nous remonte du terrain qu'il y a des patients qui décèdent dans les maisons de repos. On a commencé à mettre en place une surveillance dans les maisons de repos mais on n'avait pas imaginé qu'il y aurait des décès dans les maisons de repos. On pensait que les patients COVID-19 seraient amenés à l'hôpital. Ce sont des patients sévères, ceux qui sont à risque, ceux auxquels on a dit qu'on donnait la priorité dans l'accès aux hôpitaux. Et puis, on apprend qu'ils seraient en train de décéder dans les maisons de repos. Donc, on se dit qu'il faut qu'on recueille l'information sur ce qu'il se passe dans les maisons de repos aussi en termes de décès. La surveillance dans les maisons de repos, c'est une compétence régionale. L'AViQ a fait sa surveillance, l'AZG a fait sa surveillance, la COCOM et la Communauté germanophone nous demandent de développer un outil pour les aider dans le cadre de la surveillance. On développe l'outil. Nous recevons des informations. Sous quelle forme? Sous le format de l'AViQ, sous le format de l'AZG, sous le format de la COCOM et

de la Communauté germanophone. On a essayé de se mettre plus ou moins d'accord sur les variables qu'on allait recueillir mais elles n'arrivent pas tout à fait sous la même forme. À ce moment-là, l'AZG nous dit: "Nous, on ne va pas recueillir les données individuelles de décès. On les recueille de manière agrégée." L'AViQ nous fournit des données individuelles. Aux hôpitaux, on avait demandé des données agrégées. Tous les matins, on doit fournir le rapport avec le nombre de décès.

Comment fait-on? Comme vous avez pu le voir dans le *slide*, six personnes ont travaillé jour et nuit sur les données de mortalité. En effet, comment peut-on recomposer un fichier de données agrégées? Comment peut-on être sûr que les personnes qui sont décédées à l'hôpital ne sont pas des personnes qui ont été référées par une maison de repos, qui aurait déclaré ce nombre de décès dans ce qui nous a été transmis? Des personnes de l'équipe ont donc, à un moment donné, contacté les maisons de repos en leur disant qu'elles avaient déclaré deux ou trois décès et en leur demandant de confirmer que les personnes concernées étaient bien décédées chez elles ou de nous dire si elles étaient décédées dans un hôpital et auquel cas dans quel hôpital pour pouvoir, le cas échéant, ajuster nos chiffres. Telle est la réalité du terrain.

Nous devons tenir compte de la réalité de la collecte de données qui est faite en fonction de ce que nous pensions, au départ, être suffisant, et puis, tenir compte du fait que la crise, que les besoins, que la maladie évoluent. On s'adapte. Nous avons demandé, à un moment donné, aux hôpitaux de nous communiquer les données individuelles pour pouvoir donner une image correcte de la situation. Il fallait le faire car si tel n'avait pas été le cas, on ne serait pas au courant, aujourd'hui, de la gravité de la situation. Et je peux vous dire que nous savons tous que, derrière chaque chiffre, il y a une personne décédée, une famille qui souffre. Il ne faut pas croire que c'est facile de compter tous les jours, d'appeler les maisons de repos et les hôpitaux pour savoir s'il y a eu des décès. Ce travail a donc été fait, tous les jours, par les équipes, depuis le 15 mars pour informer au mieux, pour qu'on sache aujourd'hui qu'un problème s'est véritablement posé au niveau des maisons de repos, qu'on trouve ce qui s'est passé pour que cela ne se reproduise plus jamais.

Nos indicateurs ne changent pas. Les indicateurs de base dans l'épidémiologie d'intervention sont les indicateurs de base dans l'épidémiologie d'intervention. On n'en invente pas. On utilise ce qui est notre quotidien.

On départ, on n'a pas tout publié. Pourquoi? Que

signifie "la population à *positivity ratio*"? Je vous le demande. Pour Monsieur et Madame Tout-le-monde que veut dire un "*positivity ratio*"? Cela étant, le *positivity ratio* a été publié, la première fois, le 31 mars, dans un rapport hebdomadaire qui se trouve sur le site. Mais on l'a simplement publié une fois parce qu'on était au plus fort de l'épidémie et qu'il n'était pas nécessaire de publier un *positivity ratio* tous les jours. Cela ne change pas de jour en jour! Cela évolue, et nous suivons des tendances. Il n'y avait pas de raison de le publier tous les jours. Il n'y avait pas de raison de vous inonder avec des informations qui ne vont pas vous être utiles.

Ceci étant, avec la pression qui était réelle, il a fallu publier les données en *open data*, tout de suite. Je vais quand même me donner le droit de vous dire que ces données étaient utilisées tous les jours dans les rapports. Il y avait la communication, mais elles étaient utilisées dans le RMG. C'était utilisé dans notre travail d'épidémiologistes, tous les jours, pour évaluer la situation. Et puis nous avons commencé des collaborations avec les universités, parce que par exemple, chez nous, on ne fait pas de *long term predictions*. C'est quelque chose qui ne fait pas partie de notre routine. On avait donc établi des collaborations. Mais je ne peux pas mettre en *open data* des données qui ne sont pas valides. À un moment donné, il y a eu tellement de pression qu'on a dû le faire. Et puis, à un moment donné, quand on a validé les données, elles n'étaient pas forcément exactement les mêmes. Mais cela ne veut pas dire que c'était mal fait. C'est juste la réalité de l'épidémiologie d'intervention en cas de crise. Et donc, on était quand même bien obligés de faire les rectifications aussi dans ce qui se trouvait dans les *open data*. Mais en fait, la pression était telle, tous les jours, qu'à certains moments, 24 heures n'y suffisaient pas. Et donc oui, on a dû faire des choses qui ont peut-être induit toute une série de remarques par rapport à notre travail, mais il faut se rendre compte qu'on était dans une crise et qu'on est toujours dans une crise majeure. Qu'on rassemble des données de 15 sources différentes. Cela veut dire une centaine d'hôpitaux, une centaine de laboratoires, des centaines de maisons de repos. Il faut voir le travail que cela représente, et tous les jours, depuis 247 jours, vous avez un rapport. Tous les jours.

Quand a-t-on mis les données en *open data*? On les a mises fin mars. Mais c'était trop tôt, je vous le dis. C'était beaucoup trop tôt. Parce qu'on était en train de changer de système. On était passé d'un système de la déclaration obligatoire vers les entités fédérées, vers le fonctionnement par réseau, où tous les laboratoires devaient nous fournir les informations dont ils disposaient. On était en plein changement, on était encore en train

de recevoir des informations de l'ancien système, et on nous mettait la pression pour mettre les données en *open data*. Cela ne pouvait pas fonctionner de cette manière-là. Cela ne veut pas dire que les données ne pouvaient pas être en *open data*, mais il fallait nous laisser le rythme pour fonctionner, en fonction de la réalité du terrain.

Une leçon que je voudrais tirer, puisque la question a été posée, c'est qu'il faut laisser le temps aux épidémiologistes de donner le tempo de la collecte de données et de la mise à disposition des données. Parce que sinon, cela amène à des couacs. Et je pense que chez Sciensano, avec plus de cinquante ans d'expérience dans la collecte de données, la transformation des réseaux, l'utilisation de nouvelles technologies, etc., nous avons vraiment l'expérience de la collecte d'informations et de la mise à disposition.

Je voudrais dire aussi que ces données sont mises sur un serveur réservé à toute une série de groupes de chercheurs avec lesquels on a des accords. C'est le dernier point. Quel genre de données peut-on mettre à disposition?

Vous savez qu'on est soumis à des règles. Le GDPR, il n'est pas là pour rien. Ce sont des données de santé, des données qui sont considérées comme hautement sensibles. Donc on ne peut mettre en ligne que des données qui ne vont pas permettre de réidentifier des patients. Cela ne serait pas acceptable. Nous avons aussi un rôle de garant de la protection de la vie privée. Nous devons respecter des règles.

Ce n'est pas qu'on ne veut pas tout donner. À la limite, si tous les épidémiologistes du monde pensent qu'ils ont besoin de ces données pour faire de la recherche mieux que nous, je n'ai pas de problème avec ça. Mais la question est: que pouvons-nous donner? Il n'est pas question de mettre en ligne des données qui ne sont pas conformes aux règles sur la vie privée. Et ce n'est pas nous qui édictons les règles. On a des commissions, en Belgique, des institutions qui veillent à ce que nous fassions cela correctement.

Je peux vous dire, même, que comme épidémiologistes, nous n'avons pas accès à tout. Il y a un service, le service Healthdata, qui est le garant de la disponibilité de ces données. Et quand nous devons avoir accès aux données, nous devons passer par les mêmes règles, qu'on soit en crise ou pas en crise.

Je pense qu'à un moment donné, c'est une question qu'il faudra se poser: quelle information donner à la population pour qu'elle soit justement informée? Ni verser dans le catastrophisme, ni aller

dans le bon enfant. C'est une vraie question. Je n'ai pas la réponse. Mais je ne pense pas que le flot d'informations notamment que Sciensano produit tous les jours soit encore réceptible à la longue par la population. Je pense que ce flot d'informations l'a noyée. Je pense qu'il y a un vrai travail de réflexion à faire par rapport à la question de savoir comment informer correctement la population. Trop d'informations tue l'information.

La transparence, toujours, mais la transparence présentée de manière absorbable, compréhensible par la population; parce que sinon, on se dessert dans ce que l'on fait.

Heb ik nog wat tijd? Misschien kan ik iets zeggen over de WHO en de EU, en de link met het National Focal Point.

Het National Focal Point wordt, zoals bepaald in het protocolakkoord over de RAG, de RMG en het Focal Point, geïdentificeerd met de FOD. Het is nog steeds de FOD die bevoegd is voor alles wat te maken heeft met internationale relaties, dus ook die met de Europese Commissie en de WHO.

Op dit moment bestaat het National Focal Point uit één persoon, de heer Paul Pardon van de FOD. Wat is de rol van het National Focal Point? De informatie aan de WHO doorgeven. Het krijgt ook specifieke informatie van de WHO.

Op Europees niveau is er ook een platform, het Early Warning and Response System, waar lidstaten informatie kunnen uitwisselen op een veilig platform. Daar kan dan informatie uitgewisseld worden tussen specifieke lidstaten. Ofwel wordt de informatie toegevoegd voor alle lidstaten, ofwel kan men een specifieke lidstaat aanduiden voor de uitwisseling van informatie.

Dat systeem werd bijvoorbeeld gebruikt tussen Luxemburg en België voor Belgen die gediagnosticeerd zijn in Luxemburg. Op dat platform kan meer persoonlijke informatie uitgewisseld worden, gelet op de veiligheid van het kanaal.

Het National Focal Point is op dit moment ook voorzitter van de Risk Management Group. Het team Public Health Emergencies (PHE) van de FOD is op dit moment beperkt tot de heer Pardon. De andere personen zijn niet vervangen op het moment van hun pensioen en Paul Pardon is op dit moment dus de enige persoon van het PHE die alles op zijn rug draagt.

Hoe zijn de relaties tussen het nationaal Focal Point, de Risk Management Group en de RAG? België is een heel klein land en Volksgezondheid is

nog iets kleiner. We kennen elkaar dus allemaal want we hebben dagelijks contacten. Sciensano heeft ook specifieke contracten met het Agentschap Zorg en Gezondheid, COCOM en AViQ om een aantal zaken uit te voeren.

Ik heb hier het surveillancesysteem voorgesteld, met netwerken van laboratoria, artsen enzovoort. Dat valt onder onze dagelijkse activiteiten. Dankzij hun medewerking kunnen wij elke week de influenzacurve opstellen, op basis van deze netwerken. We kennen elkaar dus heel goed en de communicatie en de samenwerking verlopen vlot. Een meerwaarde van onze dagelijkse samenwerking is dat we weten wie wie is, wie wat doet en wie waarvoor bevoegd is. Dat behoort tot onze dagelijkse werking, ook bij een crisis.

Voor de ECDC is Sciensano de normale partner. De ECDC is vergelijkbaar met ons instituut, maar dan op Europees niveau.

Vous savez sans doute qu'un institut comme Sciensano existe dans la plupart des pays, européens en tout cas. On a le RIVM aux Pays-Bas, le Robert Koch-Institut en Allemagne, le Santé publique France en France, le CDC à Atlanta aux États-Unis et le ECDC en Europe. C'est souvent Sciensano qui est le partenaire. Par conséquent, on est souvent identifié comme étant le *focal point* pour *public health threats*. Nous recevons et échangeons donc, de manière régulière, sur les *risk assessments*, sur les indicateurs et sur les mesures qui sont prises.

Maintenant, la santé est une compétence des États membres. Le ECDC et nous-mêmes échangeons autour de nos pratiques, de ce que nous connaissons, de ce que nous découvrons pour nous améliorer et profiter de l'expérience des uns et des autres. Mais les décisions restent de toute façon de la compétence des États membres. Y a-t-il des discussions sur une harmonisation des indicateurs? Y a-t-il une discussion sur l'interprétation des données, sur les mesures, etc.? Je vous dirais que oui sur tout. Maintenant, est-ce que parce qu'on essaie de viser une forme d'harmonie, cela se passe et s'est mis en place dans les États membres? Je vais vous dire que non. Toujours pas! Mais c'est vrai aussi pour tout ce qui est hors COVID.

Le ECDC a été créé en 2005. On est quinze ans plus tard et, si on a des définitions de cas communes qu'on essaie d'appliquer, la manière dont les données sont collectées est toujours différente d'un État membre à l'autre. Chez nous, par exemple, on va recueillir les données au travers des laboratoires pour les nouveaux cas. Si ça tombe, dans un autre pays, c'est toujours au

travers de la déclaration obligatoire. Donc, les données entre pays ne sont jamais tout à fait comparables. C'est une des limites du système et c'est toujours ce que nous répétons. Il ne faut se comparer qu'à soi-même. Ne comparez jamais la France à la Belgique! Vous devez suivre la tendance de la Belgique et la tendance de la France, sans faire de comparaison, pour voir si notre *pattern* est un peu le même ou pas. Et, s'il ne l'est pas, la première question à se poser, c'est de savoir si ce n'est pas parce que la collecte de données qui est derrière est différente. C'est toujours la base et c'est ce que nous faisons tout le temps. Donc, ce qui n'est déjà pas acquis dans la routine n'est évidemment pas acquis pour le COVID.

Pour ce qui est de nos indicateurs, il est vrai que le ECDC a aussi sa manière de fonctionner. Il a son programme d'analyse. Donc, quand il reçoit nos données, il les analyse avec son programme d'analyse, c'est-à-dire qu'il inclut les informations jusqu'au dernier jour. Nous, nous savons qu'il y a un délai de notification. À quoi est-il dû? Il est dû au fait que le patient téléphone à son médecin. Il va à son rendez-vous et il est ensuite prélevé, si le médecin prélève. Sinon, il doit prendre rendez-vous dans un centre de tri. On ne l'a pas forcément tout de suite. Si c'est le médecin qui prélève, le laboratoire qui fait les analyses pour le médecin ne passe pas en permanence chez ce médecin. Il ne va peut-être passer qu'une fois par jour.

L'échantillon du patient prélevé le matin ne partira peut-être au laboratoire que le soir. Le laboratoire fait ses analyses par plaques, soit 96 ou 98 possibilités de patients. Ils attendent d'avoir suffisamment de patients pour faire tourner leur plaque. Si la plaque tourne et qu'elle est incomplète, elle est perdue et cela coûte. Donc, on attend. Il y a un délai incompressible entre le moment où la personne tombe malade et le moment où le résultat arrive chez nous, mais l'ECDC compte quand même jusqu'au dernier jour. On fournit les données à l'ECDC tous les jours mais leur programme d'analyse fait qu'ils ne sont jamais tout à fait les mêmes que ce que nous publions puisqu'ils ne tiennent pas compte de ce délai de notification, alors que nous en tenons compte. Je voulais souligner comment cela se passe dans la réalité.

Toujours dans ce volet international, existe-t-il un décalage entre ce que fait l'OMS et ce que nous faisons? Il y a toujours le décalage de la réalité belge, je dirais. Nous passons toujours en revue ce que l'OMS et l'ECDC proposent. Cela fait partie de la base. Maintenant, ils n'effectuent pas forcément les *risk assessments* au même moment que nous par exemple. En fait, quand on nous demande de

faire un *risk assesment*, peut-être que le *risk assesment* du WHO ou de l'ECDC date d'il y a quinze jours, trois semaines, voire un mois. Peut-être sont-ils aussi en train de le faire mais qu'il n'est pas encore publié et que nous ne l'avons pas. Donc, oui, on fait notre *assessment*. On va tenir compte de ce qu'ils ont déjà fait. On va tenir compte de la littérature. On va tenir compte de l'expérience de terrain. Puis, si, entre-temps, ils publient quelque chose, on va tout de suite aller voir et constater qu'on s'inscrit dans la même ligne et que c'est bon ou que sur ce point, ils ont agi différemment. On va alors voir sur la base de quels articles ils ont fait cela, comment ils ont interprété. On prend éventuellement contact avec eux. On vérifie. Puis, éventuellement, on *finetune* l'*output* que nous avons.

Il est un point qu'il ne faut pas oublier non plus, à savoir que lorsque l'OMS fait une recommandation, elle la fait pour le monde entier. La Belgique, ce n'est pas le monde entier. Une recommandation de l'OMS doit toujours être mise dans son contexte et doit être remise *de facto* dans le contexte belge.

Il y a un point que je tiens vraiment à évoquer avec vous, c'est celui de la grippe modérée. Vous ne m'entendez jamais dire que la grippe n'est pas une maladie sévère. Si les autorités financent les vaccins contre la grippe chez toutes les personnes de plus de 65 ans et les personnes à risque, c'est parce que la grippe tue. Certaines années moins que d'autres, selon le virus qui circule. Toutefois, chez les personnes de 85 ans et davantage, la grippe peut tuer plus de 20 % des patients.

Lorsque, fin janvier et début février, nous avons reçu les premières estimations de la mortalité en provenance de Chine, nous nous situions entre 2,5 et 4 %. Les chiffres sont ensuite montés dans la ville de Hubei et, de manière significative, chez les personnes âgées. C'est pour cette raison que nous avons choisi de réserver les tests et les places "disponibles" dans les services d'urgence aux personnes qui risquaient de présenter une forme sévère de la maladie.

Dès le début du mois de février, on savait que les personnes âgées étaient à risque. Il fallait dès lors que ces personnes puissent bénéficier des meilleurs soins. Ma foi, un jeune de 20 ans qui reste alité pendant 4 jours parce qu'il a de la fièvre et qui se rétablit ensuite correctement sera considéré comme ayant fait la grippe et devra rester isolé chez lui.

Dès le départ, nous avons insisté sur l'importance de la quarantaine, qui constitue l'un des meilleurs moyens dont nous disposons pour rompre les chaînes de transmission. L'objectif a toujours été

de garantir les meilleurs soins aux personnes qui en ont besoin, sans pour autant alarmer les jeunes en leur disant qu'ils allaient avoir de la fièvre et peut-être être malades, tousser ou avoir de la diarrhée.

Le virus présente les mêmes caractéristiques qu'une grippe. Chez une personne jeune et en bonne santé, la probabilité de décéder d'une grippe est, heureusement, extrêmement faible. Par contre, on vaccine les personnes de plus de 65 ans. Nous avons suivi la même logique dans le cas du coronavirus et avons voulu protéger les personnes les plus vulnérables. Nous ne disposons alors pas de tous les moyens que nous souhaitons. Nous n'avions pas non plus de masques.

La question de tester les asymptomatiques entre dans cet ordre là. Au départ, nous sommes arrivés à l'évidence que, peut-être pas les asymptomatiques, mais, en tout cas, les présymptomatiques étaient porteurs du virus et pouvaient être infectants. On sait que la charge virale - c'est, en fait le cas dans la plupart des maladies virales - est surtout importante au début de la maladie. Le COVID ne fait pas exception. Maintenant, si on fait un prélèvement sur toutes les personnes qui se trouvent aujourd'hui dans cette salle, on va trouver des porteurs de virus respiratoires. L'un ou l'autre d'entre nous sera porteur de ce genre de virus. Nous sommes porteurs de virus respiratoires. Dans la littérature, il y a des études qui démontrent que, même pendant l'été, on est porteur de virus respiratoires. Cela veut-il dire pour autant qu'on est infectant? Il y a débat, même encore maintenant. Le débat sur la question de savoir si une personne qui est porteuse du virus est infectante fait rage entre les virologues. On en parle dans les hôpitaux. Pourquoi? Parce qu'on retrouve des PCR positives chez des personnes qui ont fait la maladie, il y a plusieurs semaines ou plusieurs mois. Les microbiologistes regardent ce qu'ils appellent le CT et peuvent constater, par exemple, qu'un patient est sensible à sa PCR, mais que c'est probablement un ancien cas et qu'il n'est donc sans doute plus infectant. Aujourd'hui encore, il y a ce genre de discussion.

Je vous ai déjà parlé de la prise en compte de la mortalité. C'était vraiment essentiel, même si c'était très difficile de le faire. C'était malheureusement un indicateur tardif. Mais il faut qu'on s'approprie ces résultats pour faire en sorte que cela ne se reproduise pas. S'il y a une leçon à tirer, c'est qu'il faut prendre le temps de bien comprendre ce qu'il s'est passé dans les maisons de repos pour pouvoir prendre les mesures à long terme au niveau de la protection des personnes les plus

vulnérables.

Pour ce qui concerne la surmortalité, cette question est suivie de manière routinière parce que cela fait partie des systèmes de surveillance que nous avons dans le cadre du "plan froid" et du "plan chaleur". On la suit, chaque année, pour mesurer l'intensité de la grippe. Je rappelle que la grippe tue.

Il y a un seul constat à faire: la surmortalité qu'on a observée pendant le pic du COVID n'a jamais été observée par le passé. On pourrait discuter pendant des heures sur la question de savoir si on a bien fait, si on a mal fait, sur la question de savoir comment on a compté les décès. Mais je trouverais cela franchement indécent. Il y a eu un pic de surmortalité qui n'avait jamais été observé, et qui a surtout concerné les personnes de plus de 65 ans. Telle est la leçon qui est à tirer. Cela a été démontré. Approprions-nous cette information et décidons de ce que l'on en fait.

Et c'est ce que je vous disais: je pense que là, nous avons vraiment tous, en tant que société, un débat à mener sur la manière dont nous allons envisager l'avenir, notre avenir - puisque nous sommes tous des personnes âgées, plus âgées, en puissance. Qu'est-ce que nous voulons pour les personnes âgées maintenant et pour les personnes âgées en devenir que nous sommes?

La communication, je vous en ai dit un mot. On doit vraiment essayer de voir comment mieux communiquer les messages importants pour la population et oublier ces chiffres quotidiens. Déjà fin juin, c'est ce qu'on a voulu faire. On a voulu prendre le temps de réfléchir à la manière de transformer ces rapports qui ont eu leur utilité au pic de la crise. Il fallait informer certainement là-dessus.

Mais au moment où l'épidémie était au plus bas, l'idée, c'était vraiment de se dire: on sait que les mois les plus durs sont devant nous. L'épidémie des virus respiratoires débute seulement. On va avoir, de manière concomitante, tous les virus respiratoires, plus le COVID. Les mois les plus difficiles pour les soignants sont devant nous.

On a dès lors vraiment besoin de l'adhésion de la population pour faire en sorte que les mesures proposées soient adoptées par la population et appliquées par eux. Sinon, les politiques pourront décider ce qu'ils veulent, si la population n'adhère pas aux mesures, on retourne vers le *lockdown*.

On a voulu prendre le temps de réfléchir: comment va-t-on transformer notre message dans cette perspective à long terme? L'épidémie est au plus

bas, on va se diriger vers une transformation de la communication épidémiologique. Je ne ferai pas plus de commentaires sur ce qui s'est passé à ce moment-là et qui nous a imposé de recommencer à publier les rapports tous les jours et du coup, de manquer de temps pour faire ce travail de fond.

Il y a eu une question spécifique sur la KUL. Je ne sais pas du tout. Je ne suis pas au courant...

Je crois avoir fait plus ou moins le tour des grandes thématiques. Maintenant, je n'ai peut-être pas répondu à toutes les questions de manière spécifique.

*La séance est suspendue à 13 h 17.
De vergadering wordt geschorst om 13.17 uur.*

*La séance est reprise à 13 h 32.
De vergadering wordt hervat om 13.32 uur.*

Sophie Quoilin : Mijnheer de voorzitter, ik was aan het opschrijven welke meer specifieke vragen ik nog niet beantwoord heb.

Een van de eerste is het verschil tussen de RAG, de Hoge Gezondheidsraad en de andere structuren. De Hoge Gezondheidsraad is een orgaan dat advies moet geven over een aantal onderwerpen. Hij moet ook een stand van zaken over die onderwerpen maken op basis van de literatuur en de huidige kennis en geeft algemene aanbevelingen.

Ik geef een voorbeeld. De Risk Assessment Group zal bijvoorbeeld zeggen dat voor de bescherming van het zorgpersoneel tegen een respiratoir virus een masker gedragen moet worden. Dat is een van de concrete maatregelen die de RAG kan treffen als er een specifiek risico is. De RAG gaat dan na wie er risico loopt en welke maatregelen concreet genomen kunnen worden, bijvoorbeeld een masker dragen. De RAG zal nooit zeggen welk masker, voor wie, met welke karakteristieken enzovoort. Dat is het werk van de Hoge Gezondheidsraad, die de wetenschappelijke kennis heeft om dat te doen.

Wij zullen dus bijvoorbeeld nooit aanbevelingen doen aan artsen dat zij een gewoon chirurgisch masker moeten dragen bij een bepaald risico en in andere gevallen een FFP2-masker. Dat doen wij niet. De RAG bekijkt of er in een specifieke situatie een risico voor de volksgezondheid is en welke soort maatregelen dan aanbevolen zijn, maar wij zullen nooit een wetenschappelijk advies geven over bijvoorbeeld hygiëne en dies meer. Wij gebruiken vaak adviezen van de Hoge Gezondheidsraad bij ons werk.

Het is misschien niet altijd duidelijk, maar wij die hierin zetelen, weten dat de RAG aanbevelingen doet qua maatregelen voor een specifiek risico. Het gaat ook over dingen die dringend moeten gebeuren en op basis van de Belgische situatie.

De Hoge Gezondheidsraad moet een algemeen advies geven over een specifiek onderwerp op basis van de wetenschap.

Ik geef een ander voorbeeld, dat u misschien beter kent, namelijk de vaccins en de *vaccination policy*. Elk jaar maakt de Hoge Gezondheidsraad een aanbeveling over welke vaccins, wanneer en voor wie. Als er een probleem is met bijvoorbeeld mazelen, zeggen wij in het advies van de RAG dat de vaccinatie met het mazelenvaccin aanbevolen is volgens de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad, omdat er een epidemie is, en dan dringen wij aan op vaccinatie.

Wij gaan dus nooit iets zeggen over de vaccins, maar als er een vaccin is dat goedgekeurd is en waarvoor er aanbevelingen zijn van de Hoge Gezondheidsraad, kunnen wij dat in ons advies opnemen als maatregel.

Ik kan ook iets zeggen over de Celeval, de COFECO en de andere structuren, over de samenwerking met de RMG. Ik zei het in het begin, naast de structuur voor wat betreft gezondheid, zijn er andere structuren voor algemene crisissen in België. Dat betreft dan de structuur van het Nationaal Crisiscentrum, met de Celeval, die algemene aanbevelingen doet over allerlei onderwerpen, en de COFECO, die meer de managementstructuur is voor het geheel. De RAG heeft op zich niet zoveel contacten met deze structuren, maar zij gebruiken wel wat wij maken op het niveau van de gezondheid. Ze mogen dat doen, er is daar uiteraard geen verplichting.

Le RAG, le RMG et puis les ministres en CIM choisissent-ils toujours les solutions proposées par le RAG? Non. Comme je vous le disais, il est de la prérogative des décideurs de s'approprier les informations qui sont fournies pour prendre des décisions. Cela ne veut pas dire qu'il y a des problèmes. Cela veut dire juste que chacun a son rôle.

Het is misschien ook in die richting dat ik op de vraag over de lokale besturen kan antwoorden. Sciensano heeft immers niets te maken met de lokale besturen. Onze partners zijn de FOD en de regionale agentschappen voor Volksgezondheid. Het zijn de regionale agentschappen voor Volksgezondheid die een rol tegenover de lokale besturen hebben. Er is ook een rol voor het Crisiscentrum via de gouverneurs, die ook een link

met de lokale besturen hebben. Sciensano spreekt de lokale besturen echter nooit rechtstreeks aan.

Si les entités fédérées, qui sont en première ligne pour la gestion de l'épidémie et la mise en place des structures de management opérationnel de la gestion de l'épidémie, nous demandent de libérer une information, sous quelle forme, etc., nous faisons ce qu'elles nous demandent. Nous travaillons pour elles. C'est en cela que je disais que Sciensano ne décide rien. Nous faisons le travail épidémiologique, de procédure, d'évaluation du risque, etc., au nom des autorités, pour elles.

Je me souviens qu'il y a peut-être eu cette question de la frustration. Non! Mon rôle est d'apporter la meilleure information scientifique et opérationnelle possible dans le cadre de la mission qui m'est donnée et je connais parfaitement ma mission. Ma mission est limitée à cela. Après, c'est le rôle de chacun dans le cadre de ses compétences de faire exercer celle-ci. Si on commence à se frustrer de cela, on ne reste pas longtemps à travailler dans la santé publique. Cela ne pose donc vraiment aucun problème. Comme je le disais, depuis le début de cette crise et de manière générale dans le domaine de la santé publique, nous avons tous fait le choix de travailler pour améliorer la santé de la population et c'est un but qui nous anime tous.

Pour ce qui est de Sciensano et les évaluations de l'OMS, dans le cadre de l'IHR, l'OMS fait une évaluation annuelle. La Belgique a toute une série d'obligations à remplir et, chaque année, ou peut-être tous les deux ans... Il faudra peut-être demander au SPF Santé publique de préciser cette information. Mais il me semble quand même qu'on remplit un formulaire tous les ans. On reçoit de fait un questionnaire dans lequel on doit indiquer l'état d'avancement de toute une série d'objectifs. Sciensano remplit cette partie-là pour le volet "surveillance épidémiologique".

Ce travail est coordonné par le SPF Santé publique, puisqu'il est compétent pour le volet international. En fait, il dispatche les différents volets de cette évaluation vers les différentes structures responsables dans le respect des compétences. Les entités fédérées participent donc aussi à la réponse à cette évaluation. Nous ne remplissons que ce volet-là et, pour les autres volets, il faut voir avec les entités dont c'est la responsabilité.

Je vais, du coup, rebondir sur le plan Pandémie. Le plan Pandémie, comme cela a été mentionné, a débuté en 2005 au moment de l'apparition du H5N1. Je ne sais pas si vous vous en souvenez. C'était un nouvel influenza, qui avait un taux de mortalité extrêmement élevé. Il a vraiment induit

une réaction de la communauté internationale autour de la santé publique. À cette époque-là, il y a eu la création d'un commissariat Influenza. Des experts ont été détachés de l'ensemble des administrations et des institutions qui travaillent dans le domaine de la santé publique dans ce commissariat, pendant pratiquement un an, pour rédiger ce plan Influenza, en même temps que se passait la crise H5N1 qui, finalement, est restée maîtrisée parce que le virus n'a jamais été très transmissible de personne à personne.

Et c'est vrai que ce plan était assez bien fait, et je dirais que, de manière peut-être inconsciente ou automatique, pas mal de volets de ce plan ont simplement été mis en place au cours de cette crise. Si je peux parler pour notre volet Surveillance, nous avons fait ce qui nous avait été demandé de faire dans ce plan. Des choses ont quand même été mises en place. Je vais retomber sur la question qui a été posée sur l'investissement et sur ce que l'on accepte de faire comme investissements dans la santé publique, dans la prévention et dans la préparation à la crise, en vous disant que ce plan date de cette époque-là.

En 2009, on a eu cette fameuse épidémie de H1N1, et comme après toute épidémie d'ampleur, on a fait une ou deux journées *lessons learnt*. Après l'épidémie de H1N1, il y a eu une réunion telle que celle-là qui a même été coordonnée par la Belgique au niveau européen, parce que si vous vous en souvenez, c'était l'époque où la Belgique avait la présidence de l'Union européenne. Il y a donc eu, ici à Bruxelles, si je ne m'abuse, deux journées de *lessons learnt* à l'échelle européenne pour voir ce qu'on tirait comme leçons de cette épidémie et comment on ferait mieux. Puis on a eu la crise Ebola en 2014. Grâce à dieu, comme je le disais tout à l'heure, elle est restée géographiquement limitée et n'a pas créé un problème d'ampleur internationale, même si cela a été un problème extrêmement sévère pour l'Afrique de l'Ouest. On a fait une journée *lessons learnt*, à laquelle on a invité toutes les parties à discuter et à voir comment on allait faire mieux.

Et ce sont toujours les mêmes qui sont là. Parce que les experts, en Belgique, ne sont pas extrêmement nombreux. Quelques-uns partent à la retraite. Mais ce sont toujours un peu les mêmes que l'on retrouve, année après année, dans ces discussions et dans ces décisions.

En fait, on tire toujours la même conclusion: plus jamais ça. On sera mieux préparé. On va faire ci, on va faire ça. Et puis voilà, des arbitrages doivent être faits, des priorités sont fixées, des discussions ont lieu à un niveau qui n'est pas le mien, et des choses ne se font pas. Mais cela ne m'appartient

pas. C'est une responsabilité de nos décideurs.

Comme je l'ai dit, différents types d'éléments entrent en compte dans la prise de décision et dans le choix d'investir dans l'un ou l'autre domaine. Mais c'est vrai que, on peut le dire, l'investissement dans les soins de santé, dans la prévention, et j'irais même jusqu'à oser dire dans la fonction publique, donne comme résultat la situation actuelle.

De RAG beslist niet over de kleurcodes. De RAG beoordeelt elke week de verschillende indicatoren. Wij maken dus elke week een risicobeoordeling voor ons land, voor de verschillende gewesten en provincies, tot op gemeentelijk niveau. Wij laten aan de RMG dus weten hoe wij de situatie beoordelen op basis van de verschillende indicatoren. Eens het rapport door de RMG is gekend op donderdag, wordt het via het Nationaal Crisiscentrum verspreid naar vermoedelijk de gouverneurs en de gemeenten.

Dat laatste is waarschijnlijk een vraag voor het Crisiscentrum, dat precies weet hoe het dat rapport verspreidt.

L'établissement de codes couleur pour les écoles est un travail effectué par les entités fédérées, dont c'est la compétence. Il est vrai que le Ceveal discute actuellement d'une harmonisation d'un code couleur pour la communication à l'attention de la population. De l'avis de psychologues et de sociologues, ce code couleur semble plus compréhensible et plus clair dans l'imaginaire collectif et qu'il serait un moyen de faciliter la communication autour du risque encouru par la population.

Certaines questions spécifiques telles que l'envoi de masques en Chine, les masques vendus en pharmacie, les stocks d'équipements de protection personnelle (PPE)... relèvent de l'opérationnel et du management, ce qui ne relève absolument pas de mon domaine de compétence. Je ne dispose donc pas des informations nécessaires pour vous répondre à cet égard.

Nous avons déjà évoqué le suivi épidémiologique et les données disponibles. J'ai mentionné ce point parce que tous les débats sont retranscrits, et c'est un moyen pour moi de manifester ma reconnaissance à tous mes collègues qui sont au front et qui ont souvent été malmenés, mais dont le travail a été essentiel. C'est également l'occasion pour moi de vous montrer à quel point ces personnes se sont investies, qu'il s'agisse des collaborateurs de Sciensano ou des équipes d'hygiène de l'Agentschap Zorg en Gezondheid (agence flamande pour les soins de santé), de la

Commission communautaire commune (Cocom) ou de l'Agence pour une vie de qualité (Aviq).

Chacun avec ses moyens, nous nous sommes investis pour lutter contre cette crise. C'est peut-être un sentiment que je ne suis pas censée partager aujourd'hui, car nous ne sommes pas là pour faire du sentimentalisme, mais je pense que le rôle de toutes ces personnes est souvent méconnu et sous-évalué. Ma visite d'aujourd'hui a été l'occasion de faire reconnaître tous les efforts qui ont été investis, qui le sont encore aujourd'hui et qui le seront dans les mois à venir, alors que ces équipes n'ont pas la moindre certitude de pouvoir prendre du repos.

Ces personnes ne sont pas extensibles. Aujourd'hui, ce sont toujours les mêmes que l'on voit à toutes les réunions, qui s'investissent, qui mettent en place les décisions et qui vont au-devant de l'aspect opérationnel des choses. Je pense que la Belgique ne met pas suffisamment à l'honneur sa fonction publique, qui comprend de vrais experts et des personnes investies pour le bien public. C'est également ce qui doit vous tenir à cœur, mesdames et messieurs les députés, vous qui vous investissez dans le cadre de ce rôle. Vous devez savoir que derrière vous se trouvent des administrations qui sont là pour faire leur devoir.

Je suis désolée, je ne suis allée que jusqu'à ma première page de questions pour voir ce à quoi je n'avais pas répondu. Donc, je vais peut-être essayer d'aller vite, à moins qu'il n'y ait des *burning questions die jullie mij zouden willen stellen. Misschien kunnen wij het zo doen?*

De **voorzitter**: De dames Depoorter, Gijbels en Pas vragen het woord.

Frieda Gijbels (N-VA): Dokter Quoilin, u hebt een heel geëngageerde toelichting gegeven. Het siert u dat u het zo opneemt voor Sciensano en voor uw collega's.

Ik heb begrepen dat u het moet doen met niet al te veel mankracht. Zijn er dan geen aanvragen geweest om de ploeg te versterken? Was dat niet mogelijk? Ik hoor ook dat de dataverzameling heel moeilijk is verlopen. Was er geen vooropgesteld protocol om die data te verzamelen, aangezien die blijkbaar ook in verschillende formaten werden aangeleverd? Kunt u desbetreffend adviezen geven om dat proces in de toekomst te verbeteren, te vergemakkelijken en zelfs te automatiseren?

Wat de gegevensverzameling betreft, zei u verder nog dat bepaalde data niet nuttig zijn voor de algemene bevolking. Ik denk daarentegen dat het wel zinvol is om die data ter beschikking te stellen,

misschien niet in de dagelijkse communicatie, waar het inderdaad niet zinvol zou zijn, maar wel op zo'n manier dat wie daarin wel interesse heeft er wel aan kan.

Doet u ook een beroep op gedragswetenschappers of communicatiespecialisten om er de data uit te halen die eventueel gedragssturend kunnen werken en die op een manier te presenteren dat ze aan de bevolking appelleren?

Ik heb aan de minister en aan Sciensano specifiek gevraagd om de data te krijgen die aan de basis liggen van de *surveillance study* van de ziekenhuizen in het kader van COVID-19. Kunt u verduidelijken waarom die data niet kunnen worden gedeeld? Wij vragen uiteraard niet naar de persoonsgegevens, maar alleen naar geanonimiseerde data. Ik denk dat we daaruit immers belangrijke conclusies kunnen trekken en vooral lessen kunnen leren, want daarover gaat het uiteindelijk.

U hebt de samenstelling van de RAG toegelicht. Wat wij de laatste tijd in de media merken, is dat verschillende experts aan het woord komen, die vaak ook tegenstrijdige meningen hebben. In de wereld van wetenschappers is het normaal dat er discussies en gedachteswisselingen zijn zolang er geen afgeklopte evidentie is, maar dat kan er bij het bredere publiek wel voor zorgen dat het draagvlak verdwijnt, omdat niet altijd wordt begrepen waarom de ene dit zegt en de andere dat.

Denkt u dat het in die zin nuttig zou kunnen zijn om binnen de RAG of een ander orgaan een breder panel van experts samen te stellen, zodat die discussies al intern kunnen worden gevoerd en er meer met een afgeklopte consensus naar buiten kan worden gekomen?

Ik heb u in juli al gevraagd of we de verslagen van de RAG kunnen krijgen en ik heb dat ook aan de minister gevraagd. U hebt verwezen naar de adviezen, die beschikbaar zijn, maar zijn er ook notulen gemaakt? Ik begrijp dat er nogal wat discussie was over verschillende punten. Worden die discussiepunten ook meegegeven aan diegenen die de beleidsbeslissingen moeten nemen? Is daar mailverkeer over geweest? Kan dat ter beschikking worden gesteld?

Voor het inschatten van de risico's meen ik dat het belangrijk is dat klinici met elkaar in gesprek kunnen gaan, bijvoorbeeld urgentieartsen en intensivisten. Zij zouden moeten kunnen spreken met hun vakgenoten uit China of Italië, waar de crisis toen zo urgent was. Zijn er binnen de RAG contacten geweest met klinische experts uit de

andere landen waar de epidemie woedde?

Wat de mondmaskers en de testen betreft, vond u dat er een heel groot probleem was. U hebt er meteen de urgentie en de implicaties van ingezien voor de bescherming van de bevolking. Ik zie daarover echter niets vermeld staan in de eerste risk assessments. Wanneer is dat dan officieel gemeld? Werd er druk uitgeoefend om dat niet officieel op te nemen in die risk assessments? Dat was immers een belangrijke factor om te beoordelen of er al dan niet gevaar dreigde.

Er is heel lang getest in het nationale referentiecentrum en men wachtte enige tijd om werk te delegeren aan andere labs. Meent u dat dat een invloed heeft gehad op de contacttracing? Die moest immers op een gegeven moment nogal snel afgebroken worden.

U gaf zelf aan dat de richtlijnen van de WHO in de Belgische context geïnterpreteerd moeten worden. Zoals u zei, zijn wij geen groot land en voor het bestellen van volumes staan we dus niet als eerste in de rij. Meent u dat ook dat een factor moet zijn bij het bepalen van het risico? Wij zouden dus nog beter voorbereid moeten zijn op een pandemie, aangezien wij nooit als eerste in de rij zullen staan als er bepaalde zaken besteld moeten worden.

Sophie Quoilin : Zoals gezegd, is er wel een aanvraag gedaan om de ploeg te versterken. Wij hebben dat gevraagd voor Sciensano en ik neem aan dat de collega's van de deelstaten dat ook hebben gedaan.

We kunnen dit ritme geen jaar volhouden.

We hebben protocollen en we ontwikkelen een aantal activiteiten voor de surveillance van infectieziekten. Dit is de bevoegdheid van de deelstaten. Het project eHealth omvat de automatisering van de datacollectie, met andere woorden de 'elektronisering' van de volledige zorgwereld, maar dit is nog in ontwikkeling. Alles is gebaseerd op de NIS-code van de patiënten. Daarin zit ook de surveillance gevat. Het is echter een gigantisch project met vele, dagelijkse uitdagingen. Zo moet de eerste lijn eerst geëquipeerd worden met de nodige elektronische dossiers en dergelijke zodat wij de data geanonimiseerd en veilig kunnen extraheren.

Volksgezondheid komt aan het einde van dit proces. Het is het belangrijkste voor de patiënten en de zorg naar de patiënten. Het belangrijkste is dus dat het medisch dossier eerst beschikbaar wordt gemaakt. Het maakt niet uit naar welk ziekenhuis u gaat, in Oostende of Arlon. De arts heeft toegang tot uw dossier. Dergelijke aspecten

in het eHealthdossier zijn belangrijker dan volksgezondheid. Het project is nog niet volledig klaar, maar wel in ontwikkeling. We werken er wel aan. Het project zal in de toekomst ons dagelijkse leven waarschijnlijk gemakkelijker maken, maar we zijn er nog niet.

De discussie die wij nu hebben met de psychologen en de sociologen bestaat eruit dat de bevolking de data niet meer goed gebruikt. Degenen die van de crisis niets meer willen weten, gebruiken deze data om aan te tonen dat het niet erg is.

Mensen die veel angst hebben, kiezen binnen alle data die data die hun angsten versterken. Misschien moeten wij de data op een andere manier voorstellen, want alleen data zonder interpretatie is moeilijk voor iemand die de context niet goed kent?

Een *positivity ratio* van 30 % is hoog, kan men denken, maar men kan dat op twee manieren bekijken. Als er een uitbraak of een cluster in een rusthuis is met een aantal positieve gevallen en in de gemeente waar het rusthuis ligt zijn er geen positieve gevallen, dan krijgt men een *positivity ratio* van 30 %, terwijl het probleem zich alleen situeert in het rusthuis.

We kunnen ook niet altijd alles uitleggen. Daar hebben we geen tijd voor. Men moet daarin een evenwicht vinden. Wij willen natuurlijk communiceren en de bevolking informeren, maar hoe? Wij maken gebruik van communicatoren.

Men hoort vaak: Sciensano communiceert. Neen, het is het Crisiscentrum dat communiceert. Sciensano steunt dit. De personen bij ons die voor de communicatie instaan, zijn gedetacheerd bij de infocel om hen te ondersteunen bij de communicatie. Daar is dus een pool communicatie die elke dag of nu drie keer per week de communicatie doet.

Wij zijn wel in overleg met hen. Het klopt dat zij meestal ons rapport voor hun communicatie gebruiken. Ik ben echt vragende partij dat specialisten in communicatie bekijken hoe we verder kunnen gaan. We zijn nu vertrokken voor meer dan een jaar. De vraag is nu hoe wij verder gaan met onze communicatie. Wij hebben de epidemiologische cijfers nodig, maar niet altijd op een brutomanier. Ik ben dus vragende partij.

De personen bij ons zijn bezig met een antwoord op de vragen over de ziekenhuizen. Dit is in handen van de juristen van de DPO. Wij krijgen zo veel aanvragen voor allerlei data in verschillende vormen. Het is niet onze job om te beslissen wat

wel of niet moet worden gegeven.

Er zijn DPO's in een legale context. Het ligt in hun handen. Wij zijn immers maar epidemiologen-artsen. Wij weten het dus niet altijd. Wij hebben iets gehoord over wat wel of niet mag. Indien wij dergelijke vragen krijgen – wij krijgen er ook zoveel –, geven wij ze door aan onze juristen. Het is niet dat wij geen data willen geven, maar onze bezorgdheid is altijd of wij ze mogen geven.

Ik begrijp niet meer wat ik over de RAG heb geschreven in mijn notities.

Frieda Gijbels (N-VA): Zijn er verslagen of notulen van de vergaderingen?

Sophie Quoilin : Er zijn geen notulen. Er zijn wel verslagen. Die hebt u gekregen.

Dat gebeurt als volgt. Wij krijgen een aanvraag tot advies. Dan starten wij met een *literature review*, het overlopen van aanbevelingen van bijvoorbeeld de WHO en het ECDC. Meestal gaan wij ook na wat onze buurlanden hebben opgesteld, vooral Nederland, Frankrijk en Duitsland. Wij bekijken wat zij eventueel al hebben en in welke richting zij gaan. Wij verzamelen al die data en maken een beschrijving.

Wij maken dan een eerste voorstel, met de risicoanalyse en de maatregelen, en vergaderen over dat document. Wij zitten allemaal samen in vergadering en bediscussiëren de verschillende aspecten van het document. Die elementen wordt dan rechtstreeks in het document toegevoegd, want de adviezen van de RAG zijn meestal dringend. Wij hebben dus geen tijd om te documenteren wat de ene heeft gezegd en wat de andere heeft gezegd. Wij gaan rechtstreeks naar een soort van consensus. Wij verwerken alles. Wij versturen het document dan weer naar alle leden die hebben deelgenomen en vragen hun goedkeuring. Als er nog discussie is, herbeginnen wij. Als het goedgekeurd wordt, wordt het gefinaliseerd en naar de RMG verstuurd voor verdere aanpak. Op zich zijn er dus geen notulen. Alles komt rechtstreeks in het document terecht.

Het is waar, voor de coronacrisis werden die documenten niet gepubliceerd, niet omdat er geheimen in stonden, maar omdat wij dat als een werkdocument beschouwen. Het is soms opgesteld in het Engels, soms in het Nederlands, soms in het Frans, ook afhankelijk van wie het opstelt. Het document is opgesteld in telegramstijl, zonder mooie zinnen, want het moet vlug gaan. Het bevat ook wetenschappelijke taal of jargontaal van de artsen.

Het document wordt dan voorgelegd aan de RMG. Op basis van de beslissing van de RMG wordt ons standpunt vertaald in een document, procedure of samenvatting. Die worden wel op onze website gepubliceerd. Voor de coronacrisis beschouwden wij onze RAG-documenten dus als werkdocumenten en werd alleen het finale product gepubliceerd.

Dat staat ook op één van de slides die ik u voorgesteld heb, namelijk de pagina waar de vorige adviezen van de RAG gepubliceerd waren.

Risicocontacten met het buitenland worden meestal behandeld door het ECDC wanneer wij samen vergaderen. Af en toe zijn er wel bilaterale gesprekken, maar die vinden dan meestal plaats via de FOD, de Commissie of via het EWRS.

Het International Focal Point is de tool die in het EWRS kan schrijven, maar de overheden van de deelstaten hebben ook toegang om alle informatie te lezen in het EWRS-systeem. Zo blijven zij allemaal op de hoogte van wat gebeurt op het Europese niveau.

Eerlijk gezegd, specifieke contacten met specifieke partners in Italië of Duitsland hebben wij niet gehad. Wij hadden geen tijd voor een dergelijk specifiek overleg. Dat contact verliep via de Europese uitwisseling.

Op de eerste vergadering van de RAG is er inderdaad niet gesproken over de maskers. Op dat moment wisten wij dat niet. Op de eerste vergadering van de RAG hebben wij alleen een signaal gekregen, dat wij dan analyseerden om een eerste aanbeveling aan de overheden te doen. In de loop van de volgende vergadering hebben wij dan gehoord dat de stock niet meer bestond.

Had het NRC impact op de contacttracing? Toen was het NRC de enige die de diagnose uitvoerde. Wij zaten nog steeds in het scenario van een geïmporteerd geval. Er was dus nog geen sprake van contacttracing naast het werk van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de equivalenten daarvan in de andere deelstaten. De contacttracing werd in het begin door hen gedaan. Dat is hun taak. Dat is hun dagelijkse taak voor allerlei infectieziekten, zoals ik al eerder verteld heb.

Eén van de elementen die de verandering van de fase heeft beïnvloed, was dat wij op een bepaald moment het signaal van de deelstaten kregen: wij kunnen dat niet meer doen, er zijn te veel gevallen, wij krijgen te veel gevallen van patiënten die geen reisgeschiedenis hebben.

Zij konden niet meer volgen met de contacttracing. Dat was dus een van de elementen die de beslissing ondersteunden van de overheden dat wij moesten veranderen, want de deelstaten konden het niet meer aan, waardoor de contacttracing niet meer mogelijk was. Het aantal hospitalisaties was ook aan het stijgen en er moest dus iets gebeuren. Dat was een van de elementen die de beslissing heeft beïnvloed of, beter, ondersteund.

Excuseer, wat vroeg u nog over de WHO-richtlijn?

Frieda Gijbels (N-VA): België moet als klein land bij de bepaling van het risico dat wij lopen als een bepaalde epidemie uitbreekt, incalculeren dat het nooit grote volumes zal kunnen bestellen en moet dus eigenlijk meer voorbereid zijn dan een groter land, dat waarschijnlijk gemakkelijker aankopen kan doen.

Sophie Quoilin : Een van de *lessons learned* na de H1N1-pandemie in 2009 was de volgende: er zijn heel veel kleine landen... Ik weet niet of u zich dat herinnert, maar er was toen heel veel discussie – dezelfde discussie – over de aankoop van Tamiflu, een antiviraal geneesmiddel, en over de vaccins. Het was toen ook heel moeilijk voor België om genoeg voorraad te krijgen door de wereldwijde vraag naar die producten.

Een van de *lessons learned* was dat wij een Europees kader moesten ontwikkelen voor *joint procurement action*, de mogelijkheid voor kleine staten om gemeenschappelijke bestellingen te plaatsen. In dit geval was dat hetzelfde: Europa heeft een vergelijkbare procedure voorgesteld aan de lidstaten, die moesten kiezen of zij hierin mee stappen of niet. Een aantal lidstaten, de grootste, heeft voor zichzelf een bestelling gedaan, maar België heeft gekozen voor een *joint procurement*. Misschien moet deze vraag dus worden gesteld aan de FOD die het contactpunt is voor die activiteit? Ik denk dat het een heel interessante en nuttige procedure is voor België. Het zou vlotter kunnen gebeuren, maar zo gaat dat in de publieke sector met *appels d'offres* enzovoort. U weet dat beter dan ik.

Dat vraagt enige tijd.

De **voorzitter:** Ik zal even herhalen welke sprekerslijst ik voorlopig al heb. Mevrouw Depoorter heeft het woord gevraagd, daarna mevrouw Pas, mevrouw Jiroflée, de heer De Maegd, mevrouw Fonck, de heer Bihet en mevrouw Merckx.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog een paar kleine vragen. Mijn

eerste vraag gaat over de onderbemanning.

Persoonlijk ben ik van mening dat het oproepen van verschillende experts een meerwaarde kan hebben, omdat zij uit het veld komen en nieuwe informatie kunnen geven. U gaf echter aan dat iedereen elkaar heel goed kent op de verschillende niveaus en in de verschillende adviesorganen. Ik neem aan dat de informatiestroom tussen de verschillende experts ook heel vlot verloopt en dat jullie bij manier van spreken maar met elkaar hoeven te bellen, om iets te weten. Kunnen jullie echter wetenschappelijk-kritisch genoeg zijn voor elkaar, wanneer jullie elkaar heel goed kennen en heel vaak samen aan tafel zitten?

Over de vaccinatie had u het over de griepvaccinatie en de moeilijke periode die eraan komt. Zijn er in het voorjaar adviezen geweest of heeft de RAG zich beraden over de griepvaccinatie in het najaar, waarmee wij nu bezig zijn? U weet dat er 2,9 miljoen griepvaccins zijn voor ons land. Er zijn 4 miljoen risicopatiënten. Zijn er adviezen geweest? Hebt u daarover enige bekommernis geformuleerd binnen de RAG?

U had het daarnet over de strategische stock in antwoord op een vraag van mevrouw Gijbels. Kan u de exacte datum geven waarop u op de hoogte werd gebracht dat de strategische stock er niet meer was?

Ten slotte, ik heb nog een vraag over de discussie asymptomatisch-symptomatisch. Sciensano, de experts op tv, de ministers: eigenlijk iedereen heeft in de media constant verklaard dat men op het vlak van de asymptomatische verspreiding van het COVID-19-virus in de beginfase niet op de hoogte was. U geeft nu zelf aan dat er toch wel wat discussies zijn geweest. Het is uiteraard wetenschappelijk correct dat in een presymptomatische fase virussen worden overgedragen.

U geeft ook aan dat u zich voor het hele plan baseerde op MERS, SARS, de coronavirussen. Nu blijkt dat op 2 februari 2019 het Centre for Disease Control and Prevention een studie heeft uitgegeven van Killerby et al, waarin het over de transmissie van MERS gaat, maar ook over de asymptomatische transmissie van MERS.

Een van de aanbevelingen in die studie is de volgende.

"Given the knowledge gaps surrounding transmission for asymptomatic patients, the WHO recommendations stay until more is known. Asymptomatic PCR positive persons should be isolated, followed up daily for development of any

symptoms and tested at least weekly for MERS virus." Dat was op 2 februari. Er zijn op Pubnet nog andere studies te vinden waarin de presymptomatische transmissie van MERS besproken wordt.

Bij het Chinese Nieuwjaar was het waarschijnlijk te moeilijk om alles af te sluiten wegens het gevaar van presymptomatische transmissie. Dat was eind januari. Begin maart hebt u echter een communiqué gestuurd naar alle artsen dat de mensen die zonder symptomen terugkwamen uit Lombardije moesten gaan werken of naar school moesten, zonder te worden getest. Is er dan geen rekening gehouden met die studies? Vond men die niet relevant? Is er daar voor ons land geen cruciale fout gemaakt? Hebben wij op dat ogenblik niet een veel te groot risico genomen?

Sophie Quoilin : Ik wil het graag even hebben over onze wetenschappelijke onafhankelijkheid. We kennen elkaar inderdaad goed, maar dat wil niet zeggen dat we altijd akkoord gaan met elkaar. Er zijn toch heel veel discussies. We zijn inderdaad allemaal wetenschappers en komen met argumenten, omdat we ons ervan bewust zijn dat dé waarheid niet bestaat. We zijn professioneel genoeg om een echte discussie te voeren. Er zijn punten waarover er heel weinig discussie is. Sommige zaken zijn namelijk welbekend.

We hebben wel redelijk veel discussie over zaken die veeleer onbekend zijn. Er wordt ook niet altijd een consensus over bereikt. Af en toe wordt er binnen de RAG voor het ene argument tot een bepaalde aanbeveling gekomen en voor het andere argument tot een andere aanbeveling. Dat gebeurt inderdaad. Wat het coronavirus betreft, zijn er nog heel veel onbekende en onzekere elementen. Voor bekende pathologieën, zoals de mazelen, is er meestal weinig discussie.

We moeten het risico beoordelen afhankelijk van de specifieke situatie, maar het virus en de efficiëntie van het vaccin zijn in die gevallen bekend. Dat is gemakkelijker.

Ik durf te zeggen dat wij echte wetenschappers blijven in onze standpunten.

Wij hebben geen advies over een vaccin gegeven. Dat is een taak van de Hoge Gezondheidsraad. Wanneer hebben wij precies het ontbreken van een strategische stock vernomen? In het begin waren er zo veel vergaderingen dat ik dat niet met zekerheid kan zeggen. Waarvan ik wel zeker ben, is dat wij het niet wisten op het moment van de eerste RAG, maar dat wij die informatie hebben gekregen in de loop van de volgende RMG, maar op welke vergadering dat was, dat weet ik niet. Dat

moet toch vrij snel zijn geweest, aangezien ons advies over de stoffen mondklappers al klaar was op 20 februari.

Ik kom nu tot de discussie over asymptomatische en symptomatische patiënten. Dat is een van de onderwerpen waarover er heel veel discussie was. Iedereen rond de tafel gaf verschillende adviezen. Dat was echt moeilijk. Ik geef het voorbeeld van de testing en quarantaine voor kinderen, om u duidelijk te maken hoe de discussies verliepen, want het is maar één aspect van het probleem.

We waren er allemaal van overtuigd dat quarantaine essentieel is, en we zijn dat nog altijd, tenminste als die gerespecteerd wordt. Het grootste probleem is te weten wanneer de PCR gevoelig genoeg zal zijn om het virus te identificeren. Als er te vroeg wordt getest, dan zal het resultaat een valsnegatief zijn, maar als het te laat gebeurt misschien ook. Er waren nog veel onzekerheden over wanneer wij een staal moesten afnemen en hoeveel keer dat moest worden gedaan. We kunnen toch niet elke dag of om de twee dagen een test bij iemand afnemen? Vormen kinderen een risico? Wij weten dat ze geen zware aandoeningen ontwikkelen door COVID-19.

Misschien zullen ze inderdaad toch worden besmet. Misschien leven ze samen met hun grootouders. Als ze gescheiden van hun grootouders leven, is er geen probleem als ze niet geïdentificeerd worden als dragers van het virus. Als ze echter wel bij hun grootouders leven, dan is er effectief een risico. Hoe kunnen wij alle verschillende scenario's in rekening brengen? We moeten één regel opstellen. Hoe sterk is de evidentie? Er is wel een aanbeveling van de WHO of het ECDC maar hoe sterk is die? Zij doen immers aanbevelingen voor iedereen, maar hoe is de situatie in België?

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik zou u daar graag een vraag over stellen. Hoe verklaart u dat er in de pers continu verklaard werd dat asymptomatische transmissie bij een coronavirus niet bekend was? U stelt dat er heel veel discussie over is geweest, maar hoe verklaart u dan dat bij het begin van de crisis in de pers aan de bevolking gezegd werd dat asymptomatische transmissie niet bekend was? Ik vind het antwoord op die vraag heel belangrijk.

Sophie Quoilin : U moet het vragen aan de personen die dat in de pers hebben verklaard. Ik ben hier aanwezig voor Sciensano en de RAG. Ik heb nooit in de pers verklaard dat het virus niet overdraagbaar was door een asymptomatische persoon. Ik zei dat we het niet wisten.

Kathleen Depoorter (N-VA): Dat is juist mijn

vraag. Er wordt gesteld dat het niet geweten was dat een asymptomatische overdracht mogelijk was, maar toch verscheen er op 2 februari een publicatie waarin u aangaf dat er binnen de RAG discussie was over die asymptomatische transmissie. Het leefde dus wel.

Sophie Quoilin : Jazeker, we hebben alles in rekening gebracht, maar aan het einde komt men tot een aanbeveling, die geëvalueerd werd als een geproportioneerde aanbeveling. Dat is ook zo gecommuniceerd. Wij hebben nooit gezegd dat het niet mogelijk was en wij hebben ook nooit gezegd dat het wel mogelijk was. Er waren onzekerheden en wij moesten een aanbeveling doen op basis van die onzekerheden. Op het einde volgde er een beslissing.

Achteraf kan men zeggen dat het misschien niet de goede beslissing was. Dat is altijd gemakkelijk te zeggen achteraf, na een aantal maanden, maar op dat moment hebben we met alle informatie waarover we beschikten een geproportioneerd advies gegeven. We hebben ook rekening gehouden met het advies van onze experts - klinici, kinderartsen enzovoort. Zo gaat het altijd. Er moet een evenwicht zijn tussen de impact van de ziekte en de impact op het leven van de mensen. We moeten altijd alles in rekening brengen. Dat is het proces van risicobeoordeling. Dat is altijd moeilijker als er veel onzekerheden zijn om een voorstel te doen.

Barbara Pas (VB): Mevrouw Quoilin, ik kan dankzij de twee vorige sprekersters al heel wat vragen van mijn lijstje schrappen. Er blijft nog een concrete vraag over.

Daarom in uw heel verhelderende en uitgebreide uitleg, waarvoor dank, verwees u naar het feit dat het op een bepaald moment geen sinecure was om alle data verwerkt te krijgen. U bent op een gegeven moment van een oud systeem naar een nieuw systeem overgestapt op basis van netwerken waarbij men zelf de data moest ingeven. U zei dat het geen sinecure was om tijdens de overgang van die systemen ook nog de data vrij te geven.

U zei dan herhaaldelijk: de druk was te groot, wij moesten met die cijfers naar buiten komen. Van waar kwam die druk? Is dat omwille van het feit dat het crisiscentrum dagelijks met cijfers naar buiten moet komen? Van waar kwam die druk die jullie werd opgelegd, zo kwam het toch bij mij over, om in die moeilijke omstandigheden met de correcte cijfers dagelijks naar buiten te komen?

Sophie Quoilin : De druk was dat elke dag cijfers werden verwacht.

Hoe gebeurt dat? Ik zal beginnen met de labo's. Er is een honderdtal labo's dat elke dag data stuurt. Ze sturen data, meestal van de dag ervoor. Sommigen hebben de dag zelf al analyses gedaan en ze willen de resultaten al naar ons sturen. Dank daarvoor. We krijgen data van heel vroeg 's morgens tot... We hebben op een gegeven moment beslist om onze dataverzameling om 16 uur te stoppen.

We gebruiken de data die wij hebben om 16.00 uur. Dan stoppen wij. Wij moeten de data verwerken, valideren, standaardiseren enzovoort. Wij stoppen dus om 16.00 uur. Wij krijgen echter constant, elke minuut, data vanuit de laboratoria. Ook krijgen wij, op een andere frequentie en in een andere vorm, data vanuit de hospitalen en rusthuizen. Elke dag worden er cijfers verwacht, door het politieke niveau, want daar moet men beslissingen nemen, en door de pers. Er is een perscommuniqué elke dag om 11.00 uur.

Wij stoppen met dataverzameling om 16.00 uur. Dit wil zeggen dat dan pas de dataverwerking start. Na de dataverwerking volgt de verzameling van alle data in een rapport. Dus elke dag, vooral in het begin, hadden wij personen die tot 02.00 uur of 03.00 uur hebben gewerkt om zeker te zijn dat het rapport klaar was.

Eens het rapport klaar is, herbegint het. Het stopt niet. Weer komen alle data binnen, wordt er om 16.00 uur gestopt, worden de data gevalideerd, verwerkt en geanalyseerd. Hoe analyseren wij de data en wat deze data willen zeggen? Hoe communiceren wij naar het politieke niveau? Is dat een verergering, een belemmering of niet van de data van de epidemiologische situatie? Dat wordt dan verstuurd, in twee talen, elke dag. Er is dus heel veel druk.

Barbara Pas (VB): Voor de toekomst, vindt u dat een goed systeem? De dagelijkse cijfers hebben het voordeel van klaarheid en duidelijkheid, maar hebben ook het nadeel gehad dat mensen gingen panikeren. Vindt u het naar de toekomst toe een goed en haalbaar systeem dat men dagelijks met zo correct mogelijke data naar buiten probeert te komen?

Sophie Quoilin : Persoonlijk vind ik het volgende het moeilijkste. Sinds half januari wordt men 's ochtends wakker met berichten op de radio over het aantal patiënten en overlijdens in China. Toen het startte in België hadden wij reeds twee maanden elke ochtend dergelijke berichten op de radio. Dat was dus reeds zwaar voor de bevolking. Mijn persoonlijke keuze zou waarschijnlijk anders zijn dan elke dag cijfers communiceren.

Aangezien de situatie voor iedereen zo zwaar was vanaf de start van de lockdown, kan ik mij indenken dat het voor de bevolking belangrijk was elke dag te weten waar wij stonden.

Toen de grootste piek voorbij was, kwam het moment om onze communicatie aan te passen. Ik ben echter geen specialist in communicatie. Ik laat het aan de specialisten over hoe wij data beschikbaar moeten stellen voor de bevolking.

Karin Jiroflée (sp.a): Dokter Quoilin, nogmaals dank. Het doet mij plezier dat hier iemand zit die gepassioneerd is. Proficiat ook aan al die mensen over wie u het hebt gehad en die al die maanden zo hard gewerkt hebben en dat nog steeds doen.

Ik heb nog vier kleine, factuele vragen.

Ten eerste, u hebt in uw eerste antwoord gezegd dat er in 2019 13 cases in China waren. Was dat normaal of had u toen al een ongemakkelijk gevoel? Hebben jullie het toen al daarover gehad?

Ten tweede, u hebt gesteld dat iedereen wist van de vernietiging van de federale noodstock aan mondmaskers. Wanneer wist iedereen dat? Kunt u daar iets meer uitleg over geven? Wij horen sommigen zeggen dat zij het pas heel laat gehoord hebben.

Ten derde, heb ik goed begrepen dat de samenstelling van de RAG, wat de vaste leden betreft, sinds 2013 niet meer gewijzigd is? Als dat zo is, waarom blijft die samenstelling zo lang dezelfde?

Ten vierde, over de verhouding tot de Hoge Gezondheidsraad hebt u gezegd dat jullie nooit zullen bepalen wie welk type mondmasker moet dragen. Nochtans heeft Sciensano dat in maart wel gedaan. U hebt toen het advies 9597 van de Hoge Gezondheidsraad gecorrigeerd. Is dat een voorbeeld van een richtlijn die Sciensano uitvaardigde zonder er helemaal achter te staan? Dat wil ik graag weten.

Sophie Quoilin : Wat uw eerste vraag betreft, misschien heb ik het niet goed uitgelegd. In 2019 hebben wij vanuit China 13 meldingen gekregen dat er iets gebeurde in China, maar niet in verband met het coronavirus.

Ik wou benadrukken dat wij dergelijke meldingen heel vaak krijgen, maar van de 13 meldingen was alleen de laatste melding van belang.

Karin Jiroflée (sp.a): Dan heb ik het niet goed begrepen. Ik was het niet zeker. Daarom vroeg ik

het nog eens.

Sophie Quoilin : Ik wou jullie alleen laten zien wat ons dagelijks werk inhoudt. Wij krijgen heel vaak dergelijke meldingen die uiteindelijk zonder belang blijken te zijn voor de volksgezondheid in België.

Wanneer iedereen het wist, weet ik eerlijk gezegd niet meer. Ik kan u geen precieze datum geven. Naar ik mij herinner, was dat echter redelijk vlug, aangezien ons advies over de stoffen maskers al op 20 februari 2020 klaar was. Het vraagt wat tijd om alle contacten te leggen. Waarschijnlijk was het begin februari, of misschien na de eerste RMG-vergadering, geweten. Ik weet het niet meer. Ik zal dus geen veronderstelling daarover maken. Ik weet het niet. Het was echter redelijk vlug.

Er zijn wel wijzigingen bij de vaste leden van de RAG sinds 2013. De vaste leden zijn de vertegenwoordigers van de Belgische volksgezondheidsstructuur, één vertegenwoordiger per Gemeenschap en één per Gewest bijvoorbeeld, maar een persoon die met pensioen gaat, wordt vervangen. Ook iemand die van job verandert, wordt vervangen. Er zijn dus wel een aantal wijzigingen.

Karin Jiroflée (sp.a): Het systeem is echter niet veranderd. De samenstelling is dezelfde.

Sophie Quoilin : Het systeem is helemaal niet veranderd.

Ik kom tot uw laatste vraag. Wat het eerste advies betreft, de procedure voor de artsen werd opgesteld op basis van wat er aanbevolen is voor respiratoire pathogenen. Toen wij de coronaprocedure hebben opgesteld, werd de procedure voor een respiratoir virus gehanteerd. Voor dergelijke virussen volstaat, volgens de procedure voor ziekenhuishygiëne, een chirurgisch masker voor gewone activiteiten, maar is een FFP2-masker noodzakelijk wanneer er aerosolen kunnen vrijkomen. Dat staat zo in de procedure en is ook op die manier aanbevolen. Er waren echter heel veel discussies over de maskers en ook over de vraag of de maskers langer konden worden gebruikt.

Aangezien het melden van het masker al in onze procedure zat, heeft de Risk Management Group ons gevraagd om een gemeenschappelijke herziening van de aanbeveling inzake maskers te doen, in samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad. Wij hebben vervolgens samengezeten om een algemeen document op te stellen, maar dat was een specifieke en uitzonderlijke vraag van de Risk Management Group om zeker te zijn dat wij allemaal in dezelfde

richting...

Het is misschien een bijkomende informatie, maar de experten van de Hoge Gezondheidsraad zijn min of meer dezelfde als die van ons, gezien de grootte van ons land.

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, au nom de mon groupe, je voudrais également remercier Mme Quoilin pour ses nombreuses réponses sans tabou tant sur le manque structurel de moyens, sur la complexité institutionnelle, sur la collecte et le croisement de données fastidieuses quand elles viennent de trois Régions, phénomène sur lequel est calqué le phénomène supranational puisque les données des différents États européens ne sont pas harmonisées vers l'ECDC.

Madame Quoilin, j'ai une question supplémentaire. En préparant la commission, j'ai rencontré un neurochirurgien qu'on ne présente plus, Jacques Brotchi, qui me disait que très vite, dans cette crise, de très nombreux experts ont parlé d'une situation, la COVID-19, qu'ils ne connaissaient pas quelques semaines ou quelques mois auparavant. Dans son rapport préliminaire, pour cette commission, M. Coppieters, l'un de nos experts, expliquait qu'il y avait, selon lui, une forme de chasse gardée de certains experts. Vous-même, vous avez dit deux choses qui m'ont interpellé. Quand il y a x experts autour d'une table, il y a x avis. Par ailleurs, la liste des experts du RAG n'a pas été mise à jour depuis 2013.

Comment le RAG et plus largement Sciensano ont-ils enrichi, allongé, complété la liste de ces experts tout au long de la crise et encore maintenant puisque la crise est toujours en cours? Est-ce sur base de critères objectifs? Est-ce parce qu'à un moment donné, un expert fait une carte blanche ou une apparition publique médiatique où il critiquerait peut-être l'activité du RAG ou de Sciensano qu'il est, à un moment donné, pris en ligne de compte? On dit souvent que "trop d'expertise tue l'expertise". Sur la base de votre expérience, quelles recommandations feriez-vous pour optimiser cela et éviter, à tout le moins, l'impression d'une chasse gardée évoquée par M. Coppieters et avoir une communication plus harmonieuse et non pas une cacophonie, une bataille d'experts qui sèment actuellement le doute dans l'esprit du grand public dans cette crise?

Sophie Quoilin : Sur la cacophonie des experts, je pense que nous sommes tous juges. J'ai sans doute manqué de clarté dans mon exposé. Ce n'est pas que la liste des experts n'a pas été revue depuis 2013. La liste des experts est revue de manière constante. Ce que je voulais dire par "la dernière fois en 2013", c'était un processus formel,

c'est-à-dire où je demande par exemple à la Société belge de microbiologie clinique et d'infectiologie d'envoyer un courrier à ses membres pour leur demander s'ils sont intéressés à participer comme experts au RAG, avec une description précise de ce qui serait attendu d'eux. Un processus formel comme celui-là, je dois être honnête, la dernière fois que cela a été fait, c'était en 2013. Cela ne veut pas du tout dire que la liste des experts n'a pas été modifiée. Certains sont partis à la retraite, d'autres ont changé de fonction, etc. La liste des experts auxquels on fait appel dans le RAG se modifie en permanence.

Mais elle est mise à jour d'une manière qui n'est pas officielle comme pourrait l'être un courrier adressé systématiquement à l'ensemble. Comme la Belgique est un petit pays, la liste est mise à jour *de facto*. Les centres nationaux de référence sont choisis tous les cinq ans. Il y a des experts en microbiologie qui changent. Il y a des publications d'experts. On fait appel à ces experts spécifiques sur la base de leurs publications ou de leur participation à nos séminaires scientifiques à l'occasion desquels ils font des exposés sur leurs recherches. La liste des experts qui participent au RAG est en continuelle évolution.

Cela dit, on va être attentif à ce qu'il y ait un équilibre entre les universités. Il faut aussi que l'on ait affaire à des personnes dont les avis ne vont pas tous dans le même sens. Le but n'est pas que tout le monde soit d'accord. Le but est de fournir un document qui va permettre et soutenir la prise de décision. On est bien conscient qu'il y a un enjeu et qu'un travail doit être mené de manière extrêmement rigoureuse.

Je tiens également à souligner qu'il y a des interactions continues avec les professionnels de la santé, que ce processus se fait de manière automatique et que, compte tenu du fait que l'on manque toujours de temps pour faire notre travail parce que notre staff est insuffisant, il y a sans doute des processus formels que l'on ne suit pas de manière suffisamment rigoureuse. Je ne peux donc pas vous remettre aujourd'hui une belle lettre que j'aurais envoyée de manière systématique à l'ensemble des experts qui auraient pu être consultés.

Michel De Maegd (MR): Madame Quoilin, que pouvez-vous dire sur la question de la chasse gardée? C'est quand même un constat relativement fort fait par un des experts de notre commission, M. Coppieters. Quand un expert, comme Mme Belkir, pour ne pas la citer, est contactée par vos services, sait-elle sur quelle base elle l'est? Je voudrais connaître les critères précis sur la base desquels vous contactez, à un

moment donné, tel ou tel expert. Y a-t-il des mesures à prendre en la matière pour faire évoluer les choses, avoir plus de clarté, assurer une harmonie, si je puis dire, en termes de communication?

Sophie Quoilin : Monsieur, j'avoue que je ne sais pas très bien ce que veut dire "chasse gardée". En tout cas, je n'invite pas mes copains au RAG. C'est sûr. Ce n'est pas parce que je sors de l'UCL que je fais appel aux experts de cette université. Non! Cela ne fonctionne pas comme cela. Il n'y a pas de chasse gardée; il y a des gens qui ont une expertise, qui sont reconnus au niveau international et certainement national pour leurs compétences. Donc, quand je traite du coronavirus en matière de microbiologie, j'invite le Centre National de Référence.

Il y a peu de discussions par rapport à cela. Il est identifié comme la référence en Belgique. Je l'invite donc au RAG.

Il y a, en Belgique, un hôpital de référence identifié pour la prise en charge des patients hautement contagieux (virus respiratoires) qui est l'hôpital Saint-Pierre. Quand on fait un *risk assessment* sur le risque coronavirus en Belgique, j'invite des représentants de l'hôpital Saint-Pierre. Il y a là toute une forme d'évidence.

On commence en général toujours de cette manière-là, en petits groupes, sur la base de ces rôles qui sont clairement identifiés dans le cadre de l'organisation santé publique belge.

Maintenant, quand la question se complexifie, on étend aussi le panel car on a besoin de plus d'expertise. On a besoin, par exemple, de l'expertise d'hôpitaux universitaires et, puis, on a aussi besoin de l'expertise d'hôpitaux plus périphériques. Donc, on va essayer d'avoir des cliniciens infectiologues issus d'hôpitaux universitaires et on va essayer de prendre contact avec d'autres cliniciens qui reçoivent des patients COVID d'hôpitaux plus périphériques car on a besoin d'avoir leur *input* sur l'opérationnalité de ce que l'on va proposer aux autorités.

Cela fonctionne parce qu'on se connaît. À l'Université d'Anvers, je contacte Erika Vlieghe. À l'Université de Gand, je contacte Steven Callens. À l'UCL, je contacte Leïla Belkhir. Au CHU de Mont-Godinne, je contacte Bénédicte Delaere et ainsi de suite parce que ce sont les personnes de référence en infectiologie dans leurs hôpitaux respectifs. Ils ne sont pas les seuls. Ils peuvent refuser mon invitation. Je trouverai quelqu'un d'autre qui viendra du même secteur qu'eux pour contribuer aux *risk assessments* s'ils le souhaitent. Ce n'est

en tout cas jamais décidé... "Ah! Je sais que Leïla pense comme moi. Donc, si je la mets dans le RAG, on va être d'accord et cela va me simplifier la vie." Jamais! Cela ne fonctionne pas comme cela. Notre rôle, c'est vraiment d'avoir une discussion et de rassembler des personnes qui ont un avis éclairé sur la question.

Maintenant, quand tout d'un coup, un expert se présente dans la presse, alors qu'on ne le connaît pas et qu'on n'a pas de référence, oui, il est vrai qu'on ne va peut-être pas l'inviter. Il faut quand même pouvoir démontrer qu'on a des références pour pouvoir s'engager dans un processus qui aboutit sur la table du Risk Management Group.

Je vais vous dire. Le RMG, le RAG ont été mis en place en 2007. Le nouveau règlement sanitaire de l'OMS, c'est 2005, le temps que l'on mette tout en place en Belgique, cela a été finalisé en 2007, et en 2008 est sorti le protocole d'accord officiel. Des moyens ont-ils accompagné ce protocole d'accord? Y a-t-il eu des budgets pour permettre le fonctionnement de ce protocole d'accord?

Qu'a fait Sciensano? On a absorbé la charge de travail. On en revient toujours à la même chose. On fait du mieux qu'on peut avec les moyens que l'on a. C'est vrai que comme on est, en fait, dans la surveillance des maladies infectieuses depuis 40 ou 50 ans - moi pas, je vous rassure, je ne suis pas aussi vieille que ça - on se connaît tous. À un moment donné, par simplification, pour aller plus vite, ma liste de personnes que je contacte se forme dans nos échanges au travers de nos activités de surveillance, de projets scientifiques communs, de congrès auxquels on participe. On se connaît à peu près tous. On est tous membres de la Société belge d'Infectiologie et de Microbiologie clinique. On participe aux mêmes congrès.

Par facilité, c'est vrai que cela se passe comme ça. Il y a eu, il y a quelques années, un effort pour essayer de systématiser, avec des documents de conflits d'intérêts, etc., mais à un moment donné, quand les moyens ne suivent pas, on va vers ce qui est l'essentiel, c'est-à-dire fournir les avis RAG. Les noms des personnes qui ont participé sont sur les documents. Il est bien précisé aussi que ce n'est pas parce qu'une personne participe au document qu'elle est d'accord avec tout ce qui a été dit. Mais si elle ne souhaite pas qu'on laisse son nom sur le document final parce qu'elle ne se retrouve pas dans la version finale, on ne le laissera jamais et on le retirera. Cela fait partie du droit des experts de ne pas se sentir embarqués dans un avis dans lequel ils ne se reconnaîtraient pas.

Ça, c'est la réalité. Ce n'est pas une volonté de

chasse gardée ou de vouloir limiter les experts, c'est juste une volonté d'être réactifs et de répondre aux besoins dans les délais qui nous sont imposés, et avec les moyens dont nous disposons.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je voudrais moi-même évidemment remercier le Dr Quoilin. Je me permets peut-être d'insister à nouveau sur quelques questions et en ajouter.

D'abord, pour savoir si les PV du RAG ont bien été transmis à la commission. C'est quelque chose que j'ai déjà demandé depuis juillet dernier et j'aimerais vraiment bien qu'on puisse confirmer cela.

Vous n'avez pas répondu à la question de savoir s'il y avait un décalage, et sur quoi, entre les recommandations du RAG et les décisions du RMG. Il s'agit d'une question factuelle. C'est pour essayer de voir, sur les différents aspects de recommandations et de politiques à mettre en place, par rapport à la maîtrise, au contrôle de l'épidémie, quelle a été la différence entre le volet scientifique et le volet politique.

Par ailleurs, vous avez refait un peu un relevé au niveau chronologique. Le mois de décembre, le mois de janvier sont des mois effectivement où les informations arrivent progressivement, mais dans une situation sanitaire qui est dans un premier temps quand même limitée au niveau du territoire. Par contre, il y a un coup d'accélérateur dont vous n'avez pas parlé, lorsque l'Italie est touchée.

Et c'est vrai que sur la littérature scientifique qu'on connaît sur ce volet là, depuis maintenant des années et des années, on pouvait se douter qu'un virus avec une transmission interhumaine qui, effectivement, touchait plus particulièrement les personnes fragiles, une fois qu'il était sur le territoire européen, allait de façon extrêmement vraisemblable, pour ne pas dire certaine, également toucher la Belgique.

On sait aussi à ce moment-là, - M. Van Gucht l'a dit la semaine dernière - qu'il y avait un taux de mortalité plus élevé que celui de la Chine. Et au retour des vacances du mois de février, alors que l'Italie est touchée, de même que quelques départements en France, dans les Alpes, il n'y a pas de décision de quarantaine, alors que vous l'avez rappelé, et c'est toujours le cas aujourd'hui, isoler les porteurs ou les cas suspects est un élément qui est majeur. Mais il n'y a pas de décision ni de *testing* ni de quarantaine systématique pour les personnes revenant pourtant des zones avec, à ce moment-là, une incidence élevée en Italie et en France. Quelle a été la décision... Est-ce que le RAG s'est penché sur cette question?

Dans l'affirmative, ce point a-t-il fait l'objet de discussions? Quelle recommandation a-t-elle été formulée au RMG ainsi qu'aux différents ministres sur ce point?

Vous avez rappelé à quel point vos équipes étaient sous pression, ce dont je ne doute pas. J'avais déjà soulevé ce point, que votre exposé ne fait que confirmer.

Un plan pandémie a été adopté pendant la crise de la grippe H1N1. Vous en avez fait une évaluation et, si j'ai bien compris, - corrigez-moi au besoin - vous auriez formulé des recommandations, des demandes et des propositions afin de renforcer le dispositif. Vous avez déclaré "des choses ne se font pas" et ajouté ensuite: "Les décideurs ont pris leurs responsabilités". J'en ai conclu, peut-être à tort (corrigez-moi si je me trompe), que certaines décisions n'avaient pas été prises dans le sens de vos propositions et recommandations.

Qu'avez-vous, dès lors, proposé à ce moment-là? Quelles ont été les demandes envoyées au(x) ministre(s)? Ces demandes portaient-elles notamment sur un renfort des dispositifs ou d'investissements supplémentaires afin d'étoffer les équipes? D'autres aspects ont-ils éventuellement été abordés?

À qui avez-vous envoyé ces différentes propositions et recommandations en matière de renforcement des équipes? S'agit-il du gouvernement fédéral, des entités fédérées ou du(des) ministre(s) de la Santé? Ce point a-t-il fait l'objet de discussions en conférence interministérielle?

Enfin, y a-t-il eu ces dernières années de la part du RAG et – surtout – de Sciensano (étant donné qu'il n'y a pas de budget ad hoc sur le volet RAG), des demandes de renfort de budget dans le but de pouvoir assurer toutes vos missions? À qui ces demandes ont-elles été adressées? Ont-elles ou non été suivies?

Sophie Quoilin , : À ma connaissance, les procès-verbaux du RAG ont tous été communiqués. Ceci dit, si vous me demandez de mettre la tête sur le billot et de jurer qu'il n'en manque pas un (il y en avait tellement!), je n'oserais pas vous le garantir. S'il devait en manquer un, ce n'est pas un manque de transparence de notre part. Nous avons dû compiler de nombreux documents et, étant donné que nous sommes plusieurs à travailler sur les mêmes documents, il peut y avoir un manque de rigueur quant au mode de référencement des documents. N'hésitez pas à demander s'il vous

semble qu'il en manque un!

Concernant le décalage entre les recommandations du RAG et du RMG, il faudrait peut-être un jour en faire le bilan. Je dirais honnêtement que l'articulation entre les deux structures est plutôt extrêmement constructive et les avis scientifiques sont toujours pris en compte et discutés. Là où c'est parfois plus difficile, c'est une fois qu'il y a une décision. Cela rejoint votre question par rapport à l'évaluation que l'on a fait du H1N1 en 2009. Ce n'est pas forcément toujours évident d'avoir un suivi de la mesure proposée et de son implémentation. Généralement, les sujets qu'on traite habituellement ne sont pas aussi compliqués que ce que l'on fait depuis des mois sur la COVID-19.

De manière générale, dans notre parcours sur la COVID-19, je dirais qu'il est plus facile d'avancer, y compris sur les propositions du RAG, quand le RMG est constitué de ses membres et qu'il n'y a pas trop d'autres personnes autour de la table. En effet, dans ce cas-là, on a tendance à recommencer les discussions et les RMG durent. À la fin, c'était parfois un peu compliqué. Je vous le dis parce que je pense que c'est quelque chose d'extrêmement important dans le cadre d'une crise. Il faut fonctionner avec les structures existantes car quand on fonctionne avec elles, les mécanismes existent.

On parlait tout à l'heure de formation à la gestion de crise, etc. Les personnes qui sont dans ces structures sont des personnes qui sont impliquées de manière quotidienne, dans le cadre de leur profession, dans la gestion de crise. Et cela fonctionne assez bien, en fait. Il faut alimenter ces structures avec des avis d'experts et, une fois cette alimentation opérée, il faut laisser fonctionner les structures existantes comme elles sont. En effet, l'une des difficultés, je pense et si je puis me permettre – on a dit qu'on parlait sans tabou –, c'est de recommencer les mêmes discussions dans différents forums. On est en situation de crise. On a des journées qui n'en finissent pas. En fonction de toutes ces structures, on reparle de la même chose. C'est une perte de temps pour moi.

La Belgique s'est dotée de mécanismes, et ces mécanismes fonctionnent. Surtout en période de crise, il faut travailler au travers de ces mécanismes. Je tiens à le souligner.

Pour ce qui concerne la chronologie, à partir du moment où l'Italie est touchée, il y a une accélération. L'Italie nous annonce l'existence de trois clusters et la fermeture de trois villages. Le RAG se réunit.

Je suis tout à fait d'accord avec vous, madame Fonck, le virus était déjà très certainement en train de circuler en Europe à bas bruit. On attendait le moment où il allait surgir, apparaître.

Les trois villages italiens ont donc été identifiés comme étant des lieux où la circulation du virus était tellement intense qu'il a été décidé de les fermer. À ce moment-là, un cluster dans les Alpes françaises a été identifié. Suivant l'information qui nous a été donnée, les cas étaient liés à un voyageur revenant de Singapour, me semble-t-il, mais je ne peux pas l'affirmer. Il revenait, en tout cas, de cette zone du monde. Il semblait que tous les cas étaient liés à des personnes qui résidaient dans le même chalet que lui.

Qu'a-t-on fait? Pour être très honnête avec vous, la discussion a porté sur la question de savoir si on mettait les trois villages italiens dans la *case definition* pour laquelle on faisait du *testing* ou si on prenait toute la Lombardie, la Vénétie et tout le nord de l'Italie. Dans cette deuxième hypothèse, le message des entités fédérées a été clair: ils ne pourront pas suivre. La décision a donc été prise d'intégrer les trois villages pour encore essayer de faire du *contact tracing*. Aussi loin qu'on a pu et que les entités fédérées ont pu, on a tout fait pour continuer à faire du *contact tracing*. Puis, les personnes sont revenues de vacances et, comme je vous le disais, les entités fédérées nous ont envoyé le message suivant lequel il y avait de plus en plus de cas revenant de Lombardie et de Vénétie. Ce faisant, on est passé à la Lombardie et à la Vénétie. On les a ajoutées et on a essayé de faire le *contact tracing*. C'est alors que le système s'est grippé. Ils n'étaient plus assez nombreux. Ils n'arrivaient plus à assurer le suivi de tous les patients. Or, si on ne peut pas faire un suivi dans les 24 heures, voire les 48 heures, le *contact tracing* n'a plus de sens. Le signal d'alarme a été tiré. La capacité belge pour faire face à ce *contact tracing* avec le système tel qu'il existait était arrivée à son maximum.

Il faut savoir que ces équipes sont sous-staffées. Quand je parle de sous-staffing dans la santé publique, je ne parle pas de Sciensano, mais de l'ensemble du système.

Voilà comment cela se passe par rapport à l'Italie. Oui, il y a bien des RAG. Oui, il y a bien des discussions sur l'évolution de la situation européenne. Oui, bien sûr, je suis 100 % d'accord avec vous qu'un virus respiratoire qui se transmet de cette manière-là devait arriver inévitablement en Belgique. Je ne dirais néanmoins pas que j'aurais parié à 100 % à l'époque que cela se serait passé comme ça.

Je voudrais quand même vous rappeler aussi que mi-février, la situation en Chine va beaucoup mieux. D'après ce qu'on voit dans les chiffres, etc., l'épidémie est en décroissance en Chine. Singapour arrive à maîtriser ses *clusters*. Le Japon et la Corée ont eu des gros *clusters* mais ils nous disent que, grâce à ce *contact tracing*, ils sont en train de le maîtriser. La question se pose à ce moment-là. Serons-nous dans un scénario de pandémie ou plutôt dans un scénario de SARS?

Le SARS, on a cru aussi, à un moment donné, qu'il allait devenir une grande pandémie et, puis, le virus nous a permis - la solution est là - d'arriver au bout de cet épisode épidémique, sans arriver à une pandémie. À la mi-février, quand on voit qu'en Asie du Sud-Est la situation a l'air de se tasser, la question est la suivante. Est-on dans un scénario de SARS ou dans un scénario de pandémie? À ce moment-là, bien malin est celui qui détenait la vérité. En tout cas, comme assesseur du risque, moi, je ne l'avais pas.

Je présentais que, de toute façon, on aurait des cas car on avait des vols directs sur Wuhan, sur l'Europe et les voyages entre la Chine, l'Asie du Sud-Est et l'Europe ont continué. Il n'était donc pas pensable qu'un virus comme celui-là ne voyage pas avec les voyageurs. Maintenant, aurais-je parié sur une pandémie? Honnêtement, personnellement, non. Que le virus soit arrivé en Belgique, à 100 % oui! Mais dans cette ampleur-là, je ne pense pas que qui que ce soit se serait avancé pour le dire, à ce moment-là, vers le 23 février, quand on a commencé à avoir des cas en Italie. Cela s'est un petit peu plus précisé quand, de fait, le système italien s'est retrouvé dépassé par l'accueil des patients. Il y avait encore à ce moment-là, c'est vrai, des discussions visant à déterminer si l'Italie avait la même densité de prise en charge de soins que chez nous.

Est-ce qu'ils ne sont pas dépassés parce que leurs hôpitaux et leurs services de soins intensifs ne sont pas aussi densément répartis sur le territoire? Toutes ces questions-là étaient évidemment aussi amenées sur la table des discussions. Elles font chaque fois la balance. Et on essaie d'aboutir à un avis qui est le plus proportionné possible. Et comme je l'ai dit tout à l'heure, l'objectif n'a jamais été de minimiser, mais l'idée n'était pas non plus de verser dans le catastrophisme. C'est toujours cette balance qu'il faut essayer de trouver, et c'est un exercice qui n'est pas du tout aisé au moment où on est dedans, avec les incertitudes face auxquelles nous nous trouvons.

Renforcer les dispositifs. Qu'avons-nous recommandé? Les recommandations allaient dans

tous les sens, aussi bien pour les hôpitaux que pour la santé publique, que pour les stocks stratégiques que pour le *joint procurement* etc. Une partie des choses a été faite, une partie ne l'a pas été, mais ce n'est pas à moi d'en juger ou d'en faire le bilan. Je pense que c'est votre rôle ici aujourd'hui. Arriver à dégager peut-être des compléments d'action, des orientations ou des priorités que vous souhaitez mettre dans la santé et dans la santé publique en Belgique. Vous savez mieux que moi que la vie est un arbitrage.

Est-ce que tout cela a été discuté par la suite? Certainement. Maintenant, je ne suis pas dans tous ces forums. Je ne suis sans doute pas la bonne personne pour porter la discussion à ce sujet-là. Pour les budgets, Sciensano a, de fait, introduit une demande de budget complémentaire et, je pense, a été entendu, puisque nous sommes actuellement en train d'engager des personnes pour nous soutenir. C'est peut-être une réponse à une question qui m'a été posée aussi. Qu'est-ce qui manque exactement à Sciensano? Je vous propose d'entendre notre directeur. Je ne suis qu'une employée de Sciensano; je ne connais pas tous les détails de la gestion de l'institut. M. Léonard sera certainement ravi de pouvoir répondre à ces questions, si vous souhaitez l'entendre.

Catherine Fonck (cdH): Merci docteur Quoilin.

Premier élément: concernant les recommandations que vous aviez mises sur la table pour renforcer le plan pandémie en 2009, pourriez-vous nous les mettre à disposition?

Deuxième élément, j'aimerais revenir sur la décision prise de faire un *testing* et un *tracing* uniquement sur les personnes revenant des fameux trois villages italiens. J'entends bien, il s'agit de se dire que nous ne sommes pas capables de faire autre chose, donc on fait la version minimale. C'est par rapport aux forces en présence, et c'est vrai qu'à ce moment-là, nous n'avons pas un *tracing* en capacité de pouvoir tracer un virus aussi rapide que le COVID-19. Nous avons un *tracing* pour tracer du BK, comme je dis toujours, et la vitesse de transmission d'un BK, et pas pour un COVID-19.

Mais à ce moment-là, le RAG prend tout de même des recommandations qui sont scientifiques pour protéger les citoyens et pour éviter, en tout cas freiner au maximum, l'entrée du virus en Belgique. Que se passe-t-il alors? Vous exprimez-vous comme membre du RAG ou justifiez-vous la décision du RMG qui est de se limiter uniquement aux trois villages? Est-ce qu'on n'aurait pas pu à ce moment-là rapidement déployer un *tracing*

supplémentaire pour venir en renfort des équipes au niveau des entités fédérées et assurer un *tracing* qui soit plus large? N'était-il pas possible de mobiliser des gens qui pouvaient avoir un minimum d'expérience, savoir comment etc. pour le faire effectivement?

Nous voyons en effet que c'est l'un des moments où la situation en Belgique s'est accélérée, c'est le retour des vacances et le fait qu'on a pas su à ce moment-là contrôler, maîtriser l'épidémie comme nous aurions pu le faire avec un dispositif plus large.

Sophie Quoilin : Par rapport à tous les aspects opérationnels, aurait-on pu? Je pense qu'il faut poser la question aux entités fédérées, c'est leurs compétences, c'est leur tâche. J'imagine que les personnes de terrain ont tiré la sonnette d'alarme au sein de leurs institutions pour obtenir du renfort. Il ne m'appartient pas de juger les décisions qui ont été prises ou non au sein des différentes entités par rapport à la prise en charge.

Il faut certainement leur poser la question... Excusez-moi, j'ai perdu le fil de votre question.

Catherine Fonck (cdH): C'était là-dessus, effectivement. Était-ce une recommandation scientifique du RAG de limiter aux trois villages.

J'ai bien compris maintenant que non. Idéalement, sur le plan scientifique, il fallait avoir un *tracing* pour tous ceux qui revenaient des différentes régions concernées.

L'autre volet, c'était de pouvoir avoir à disposition les recommandations de 2009 pour faire évoluer le plan pandémie.

Sophie Quoilin , : Tout à fait! Vous savez, par rapport à la première question, en fait, l'idée était aussi de se donner une chance d'essayer encore de maîtriser les choses, et on va jusqu'au bout, avec les moyens qu'on a à ce moment-là; mais il est aussi très probable que le virus soit déjà présent sur le territoire, même sans ce *boost* des vacances, et qu'on soit de toute façon dans une situation où on va devoir basculer vers un autre mode de gestion de l'épidémie.

C'est vrai que c'est une zone extrêmement critique, je suis d'accord, cet espèce de basculement entre "on a des cas importés" et "on met en place une prise en charge globale d'un état épidémique dans le pays".

Par rapport à l'autre question, je ne pense pas pouvoir retrouver de document final de la réunion qui a eu lieu en 2009. La coordination en était

assurée par le SPF Santé publique. Je suppose qu'il doit disposer des notules finales avec les recommandations. Il faut certainement lui adresser la question.

Catherine Fonck (cdH): Merci beaucoup.

Le **président**: Merci pour vos questions, madame Fonck. Monsieur Bihet, vous avez la parole, mais ne parlez pas trop fort, s'il vous plaît, parce que ça fait mal aux oreilles ici.

Mathieu Bihet (MR): Après cinq heures de réunion, je vais réveiller tout le monde. Simplement, j'avais deux petites questions qui n'ont pas reçu de réponse. Mais dans un exposé aussi dense, peut-être que je les ai ratées.

C'était le réseau de surveillance des maladies infectieuses. Je demandais la place que les organisations internationales avaient et la structure qui a été mise en place au niveau de la Belgique et la place des experts de Sciensano dans cette surveillance, si Sciensano en a une.

Et, c'est une question que je pose à presque tout le monde et qui n'a encore reçu aucune réponse, c'est l'analyse des données que la Chine communique. Vous êtes-vous, à un moment donné, interrogés, en tant qu'experts de santé publique, sur la véracité de ce qui est transmis par la Chine, sur la rapidité avec laquelle ils ont communiqué des données, si cette communication n'a pas traîné, s'il n'y a pas eu une obstruction à ce niveau? J'aurais voulu vous entendre sur ces deux questions.

Sophie Quoilin : Je vais essayer de ne pas vous décevoir.

Les réseaux de surveillance constituent l'une des activités essentielles de Sciensano. Ce sont ces réseaux qui nous permettent de collecter l'information en routine sur les différents enjeux de santé publique.

La place de l'organisation internationale se fait, en réalité, de manière indirecte et en continu, au travers des relations que nous entretenons avec l'Union européenne, et donc principalement avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Ainsi, nous recourons aux définitions de cas précisées au sein de groupes de travail européens, et nous essayons de les appliquer. C'est ce type de collaboration qui se fait dans la routine.

Dans le cadre de la présente crise sanitaire, le principal rôle de l'ECDC a été de rassembler, d'une part, les données des États membres pour décrire

l'évolution de l'épidémie dans les différents États et, d'autre part, les informations relatives aux mesures prises, dans le but d'aider les États membres à comprendre l'impact de ces mesures sur l'évolution épidémiologique et de dégager les mesures les plus pertinentes ou efficaces.

Les organisations internationales occupent également une place dans nos activités dans le sens où l'OMS et l'ECDC nous demandent de fournir un nombre de données. Nous essayons toujours d'intégrer ce qui nous est demandé dans nos réseaux de surveillance, dans la mesure du possible.

En ce qui concerne l'analyse des données de la Chine, nous recevons des rapports épidémiologiques. Pour savoir si une donnée ou une information, quelle qu'elle soit, est fiable, nous la remettons systématiquement en question, nous essayons de comprendre d'où elle vient, dans quel contexte elle a été recueillie, ce qu'elle concerne... Nous examinons toujours les données avec un certain recul, car nous sommes bien conscients que nous manquons d'éléments contextuels pour pouvoir les interpréter correctement.

Est-ce que je mets en doute ce que la Chine nous a transmis comme informations? Qui serais-je pour pouvoir le faire?

L'OMS a réalisé une mission en Chine pour évaluer la situation. L'OMS est revenue de cette mission en disant que la Chine avait mis les moyens nécessaires pour lutter contre cette épidémie et informer correctement le monde de ce qui se passait sur son territoire.

Dès la fin janvier, on a commencé à voir les premiers articles qui nous décrivaient les patients, leur présentation clinique, le taux de décès associé à la pathologie, etc. Mi-février, je pense, on avait déjà des informations sur à peu près 10 000 patients. Je pense qu'il y a quand même eu un effort extrêmement important pour informer correctement.

Je ne suis pas allée en Chine et je ne suis que Sophie Quoilin, épidémiologiste en Belgique et je me garderai bien de porter un jugement sur ce qu'a fait ou n'a pas fait la Chine. Mais, comme je vous le disais, toutes les données, on essaie de les évaluer par rapport à nos connaissances.

J'espère que ma réponse vous satisfait quand même un petit peu.

De **voorzitter**: Drie leden vragen nog het woord.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le

président, je voulais juste vous dire que tout à l'heure, lorsque Mme Depoorter a levé la main, je l'avais levée aussi. Je suppose que c'est un oubli. Je suis un peu étonnée d'avoir la parole aussi tardivement.

Le **président**: Mes excuses! Je ne l'avais pas vu!

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Tant mieux dans ce cas!. De ce fait, beaucoup de questions ont déjà été posées. Je me limiterai à deux aspects. Vous avez expliqué comment, dans la surveillance des data, par exemple, une des difficultés était que la COCOM, l'Aviq et l' Agentschap Zorg and Gezondheid travaillent, entre autres, avec des systèmes différents. Ma question est très simple. Pensez-vous que, dans le cadre de la gestion d'une épidémie, une gestion centralisée par un État fédéral serait plus efficace qu'une gestion décentralisée telle que nous la connaissons aujourd'hui?

J'en viens à ma deuxième question. Vous dites avoir appris fin janvier ou début février qu'il n'y avait pas de stock stratégique. Cela vous a inquiétée et cela a influencé, entre autres, les critères de tests, comme vous l'avez expliqué et donc, la recommandation du port du masque. On a fait un peu avec les moyens du bord. Vous le dites avec Mme Fonck: concernant le traçage, les moyens n'étaient pas là, alors on a changé les recommandations. Ma question est la suivante. Au sein du RAG, le stock stratégique est-il une chose dont vous vous préoccupez aussi avant l'arrivée de cette pandémie de manière générale? Quel est votre rôle? Y a-t-il eu une réaction de la part du RAG face à l'absence de stock, avant d'apprendre, fin janvier, l'arrivée de ce virus précis? On sait qu'il a été détruit entre 2015 et 2018. Il devait être renouvelé. À un certain moment, avez-vous donné des avis enjoignant de le renouveler? Ont-ils alors été suivis ou pas?

Sophie Quoilin , : Je commence par votre première question.

België heeft volgens mij een rijkdom aan culturen.

Cela vous laisse supposer que je suis profondément attachée à mon pays. Aurais-je choisi une telle structure pour le gérer? Je n'ai pas pris votre engagement, donc, j'ai mes idées qui sont les miennes. Dans une crise comme celle-ci, on ne se pose pas la question. On doit avancer et arriver avec des mesures pour protéger la population. On fonctionne avec les structures comme elles existent et on fait tous du mieux qu'on peut. À l'heure actuelle, je ne peux pas me permettre de me poser la question de savoir si c'est bien ou si ce n'est pas bien. C'est comme cela. Il

faut qu'on avance. J'avance.

Concernant la deuxième question sur les stocks stratégiques et le rôle du RAG en cette matière. Les stocks stratégiques sont une compétence du fédéral. Nous ne sommes pas impliqués dans l'opérationnalité de la gestion de crise. Chacun ses compétences. Non, nous n'avons pas fait de *risk assessment* sur une éventuelle disponibilité ou non des stocks stratégiques. Je sais que ce sont des questions qui sont récurrentes.

Je me souviens qu'au moment de la crise H1N1, quand il y avait eu tous ces achats de vaccins, de tamiflu,... cela avait posé beaucoup de questions parce que finalement, la crise n'avait pas été aussi sévère que ce qu'on avait craint au départ même si des familles ont été très affectées par cette maladie. Cela n'a pas eu l'ampleur d'une pandémie. On s'était demandé à ce moment-là pourquoi on avait investi autant d'argent dans les vaccins, dans le tamiflu, etc. Je pense que les masques d'ailleurs datent plus ou moins de cette époque-là aussi.

La Belgique doit-elle avoir des stocks stratégiques? Comment doit-elle les entretenir? Sous quelle forme? Ce sont des questions de fait qui restent essentielles et qui nécessitent un débat pour savoir ce dans quoi on investit peut-être "à perte". Il y a peut-être une possibilité d'avoir des stocks tournants et toute une infrastructure. Mais rien que cela nécessite une véritable organisation et surtout, un maintien dans le temps des mesures qui sont proposées et de ce que l'on propose de faire. Cela, c'est le plus grand défi mais entendez bien que ce n'est pas spécifique à la Belgique! C'est spécifique à tous les États. Est-ce qu'il y a le choix d'investir sur le long terme? En post-crise, je vous titille un petit peu, puisque c'est vous qui décidez, on fait chaque fois un *lessons learned*. Chaque fois, on vient avec des points à améliorer.

Chaque fois, il y a des engagements pour dire: "plus jamais cela". Cela dure quelques mois, et puis la crise est passée et il y a d'autres enjeux, d'autres priorités. Comprenez bien que ce n'est pas une critique car ces autres enjeux, ces autres priorités, cette situation économique mondiale, vous devez tenir compte de tous ces éléments.

Mais à un moment donné, il faut savoir ce que l'on veut sur le long terme. Quand on sortira de cette crise-ci, les décisions qui seront proposées pour améliorer et qu'on ne reconnaisse plus cette situation actuelle vont tenir dans le long terme? C'est entre vos mains, à mon avis.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Pour la première question, je comprends bien qu'à un moment

donné, face à une pandémie, vous essayiez de faire ce que vous pouvez avec les moyens. Mais nous sommes ici pour évaluer comment nous pourrions faire mieux à l'avenir.

Je voudrais connaître votre avis, vous qui devez gérer ces structures ou qui êtes là aux commandes en quelque sorte, penseriez-vous qu'il serait plus efficace d'avoir la gestion de l'épidémie gérée par un État fédéral au lieu d'avoir une gestion différente par entité fédérée. À vous de répondre ou non, je pose la question pour l'avenir.

Le **président**: Je pense que ce n'est pas le rôle du Dr. Quoilin.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, je pense que c'est quand même à elle de décider si elle souhaite répondre ou non.

Sophie Quoilin : Comment vous dirais-je? J'ai mentionné tout à l'heure que l'équipe PHE du SPF Santé publique était aujourd'hui réduite à une personne. C'est l'équipe PHE qui est censée, de fait, apporter une forme de coordination dans la gestion de crise.

Il y a normalement un capitaine qui est identifié en Belgique pour la gestion d'une crise lorsqu'elle a une ampleur internationale, et c'est le SPF. Mais le SPF Santé publique, comme les entités fédérées dans leurs structures de Santé publique sont sous-investis. Ce n'est pas un secret. M. Pardon est tout seul. Nous disposons d'une structure en Belgique, et comme je vous le disais, on se connaît tous. Nous sommes tous dans la même volonté, donc ça pourrait fonctionner, mais il faut un minimum de moyens. Et c'est vrai qu'il en faut même un peu plus qu'ailleurs, puisque justement il y a cette structure. Nous devons donc nous concerter. Nous devons discuter tous ensemble de comment on avance. Donc ça demande du temps. Et au lieu de mettre un peu plus de moyens, on les retire.

À un moment donné, le système ne peut pas fonctionner.

Je suis une indéfectible optimiste, et je crois en mon pays. Je pense qu'on sera toujours capables d'y arriver. Mais il faut reconnaître qu'il y a des moments où, si on n'investit pas assez, cela donne l'impression d'une certaine cacophonie.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, beaucoup de choses ont été dites par mes collègues, effectivement. Merci à Mme Quoilin pour cet exposé fort précis, fort clair et très complet. Je vais juste revenir sur un point de votre deuxième exposé. Vous avez dit que les masques étaient la préoccupation du RAG depuis le début.

Du coup, évidemment, les décisions qui ont été prises par la suite ont été influencées par cette pénurie.

Mais je ne comprends pas pourquoi la communication des autorités sanitaires a vraiment caché l'importance du masque et n'a pas conseillé simplement tout de suite aux citoyens de fabriquer des masques en tissu. C'est vrai, on a pu dire à ce moment-là, qu'on s'en fichait, que de toute façon, les gens allaient être confinés. Mais tout le monde n'était pas confiné. Il y avait toute une série de personnes et de professionnels qui devaient continuer à travailler.

On a évidemment le discours qu'on sait, même très scientifiquement, que le masque ne protège pas mais protège les autres. Pourquoi à ce moment-là, a-t-on caché cette vérité, puisqu'il n'y avait de toute façon pas de masques disponibles sur le marché? Les gens ne pouvaient pas se ruer dans les magasins, dans les pharmacies pour les acheter et finalement priver les professionnels de santé de les avoir.

J'aimerais bien avoir un peu plus de clarté sur cette communication en termes de message de santé publique qui a créé finalement tout ce chaos, cette incompréhension dans la population qui a perduré pour finalement arriver maintenant à toujours un problème par rapport à ce port du masque.

Sophie Quoilin : Je ne dirais pas que les masques étaient la préoccupation du RAG. Je pense que les masques étaient la préoccupation de l'ensemble des autorités. C'était vraiment une question à laquelle tout le monde essayait de trouver des solutions. Mais c'était certainement aussi une préoccupation pour nous.

Pour être tout à fait honnête, au début... Là, je vais peut-être parler plus pour moi, ma préoccupation, c'était pour le personnel soignant. Ce n'était pas tellement pour la population en général. Mais le personnel soignant manquait de masques, ceux qui étaient exposés au virus en premier!

En fait, les patients malades vont voir un soignant. Et on n'avait pas de masques pour le personnel soignant. Ce sont les soignants qui étaient dans une large mesure l'objet de la préoccupation de tous car on savait qu'ils allaient être exposés. Comment allons-nous faire pour offrir des soins de qualité autant que faire se peut sans exposer le personnel soignant? Je ne peux pas vous dire à quel point cette situation a été une source de stress pour moi. On doit faire des recommandations. On doit prendre soin de la population. On a donc besoin du personnel soignant. On a besoin que les infirmières à domicile continuent à aller voir leurs

patients chez eux. Mais on ne pouvait pas les protéger car on n'avait pas assez de masques. Je parle ici à titre personnel. La question de savoir comment faire face à cette situation était une source de stress. Il faudra - je suppose que vous le ferez - interroger tous ceux qui travaillent dans l'opérationnel. Pour ce qui nous concerne, nous ne sommes que dans la vie et dans la surveillance épidémiologique, si je puis dire. Nous avons encore un rôle facile. Quelque part ne pas être dans l'action constituait une source de stress extrêmement importante. En effet, comment allions-nous pouvoir lutter contre ce virus, si nous n'étions pas capables de protéger le personnel soignant?

Est-ce qu'on a caché? La communication ne relève vraiment pas de notre rôle. Je ne sais pas si vous l'avez perçu, mais j'évite de communiquer en tant que membre de Sciensano parce que ce n'est pas mon rôle. Je le fais, quand on me le demande, sur des domaines qui concernent ce sur quoi je travaille. Il appartient à chacun de communiquer sur les aspects sur lesquels il travaille. En effet, comme je vous l'ai dit, on n'est jamais au courant de l'ensemble des informations sur un domaine dans lequel on n'est pas concrètement impliqué. S'il est vrai que j'assiste à un certain nombre de réunions, ce n'est pas à moi qu'il revient de m'exprimer sur toute une série d'activités qui ne relèvent pas de mes tâches.

Voilà ce que je pouvais répondre à vos questions sur la communication et les masques.

Nawal Farih (CD&V): Mevrouw Quoilin, ik dank u voor uw uitgebreid verslag vandaag. U bent echt diepgaand op alle vragen ingegaan, waarvoor dank.

Ik heb nog enkele vragen over de uiteenzetting die u net hebt gegeven. Ik heb dezelfde vraag ook gesteld aan de heer Lieven De Raedt van de FOD. U signaleerde al eerder dat er op 30 december door de WHO een alarmsignaal werd uitgebracht en u liet weten dat er in 2019 wel 26 keer een soortgelijk signaal is uitgebracht. Heb ik dat goed verstaan of zijn daar verschillende niveaus in?

Sophie Quoilin : Hoeveel zei u?

Nawal Farih (CD&V): Er was 26 keer een diagnose en uit China zelf waren er 13 diagnoses.

Sophie Quoilin : Dat is gebaseerd op een uitwisseling van informatie tussen wetenschappers, ProMED. Dat is een specifiek systeem waarop u zich ook kunt inschrijven. Wij krijgen die e-mail elke dag. In 2019 hebben wij inderdaad 26 dergelijke e-mails gekregen met in de

titel een bepaalde diagnose of pathologie ergens op de wereld.

Nawal Farih (CD&V): Dat staat dus niet gelijk aan het volksgezondheidsalarm van de WHO?

Sophie Quoilin : Inderdaad. Naast ProMED gebruiken wij informatie van de WHO, het ECDC en dergelijke en dat is de basis van wat wij *epidemic intelligence* noemen. Dat is een soort radarsysteem: wij verzamelen informatie en zoeken naar een signaal dat eventueel een bedreiging zou kunnen worden voor de Belgische volksgezondheid.

Nawal Farih (CD&V): Op 15 januari hebt u dan besloten om de *rapid notification note* uit te sturen, waarin u het coronavirus omschrijft en de stijging van het aantal besmettingen formuleert. Waar gaat die *rapid notification note* precies naartoe? Is dat naar de beleidsmakers of naar wetenschappelijke instituten?

Sophie Quoilin : Die gaat naar onze partners - de FOD en de deelstaten.

Nawal Farih (CD&V): Inclusief de beleidsmakers?

Sophie Quoilin : Het gaat om het niveau van de RAG, dus op het niveau van de administratie van Volksgezondheid.

Nawal Farih (CD&V): Kunt u dan misschien zeggen welke persoon of instantie verantwoordelijk is om op dat moment de beleidsmakers te informeren? Is dat dan het Focal Point?

Sophie Quoilin : De informatie is doorgegeven aan het Agentschap Zorg en Gezondheid, de Cocom, de AViQ en de FOD. Wij informeren onze partners en het is hun rol om nadien te beslissen wat zij met die informatie doen. Wij hadden toen een epidemiologische opvolging van de verschillende signalen voorgesteld en het kon daar stoppen. Op dat moment, begin tot half januari, hadden wij nog geen echt element dat aantoonde dat het signaal een echt risico was voor België. Wij waren dus geïnformeerd op dat moment.

Nawal Farih (CD&V): U hebt aangegeven dat de heer Pardon momenteel twee petjes draagt, zowel als voorzitter van de RMG als National Focal Point. Vindt u dat die situatie gezond is om in te werken? Hoe schat u dat in? Kan zoiets nog gebeuren?

Sophie Quoilin : Op zich is de rol van National Focal Point een heel punctuele rol. Hij moet de meldingen opvolgen en eventueel informatie aan de WHO doorspelen. De rol van National Focal Point is geen fulltime equivalente rol. Op zich heb

ik daarmee dus geen probleem. Ik krijg de informatie en als voorzitter van de RMG weet hij goed wat de situatie is en wat de WHO heeft beslist.

Nawal Farih (CD&V): Ik wil nog even verder ingaan op de centralisatie en de decentralisatie als het gaat over de labo's. De RAG heeft in februari een eerste brief gericht aan de labo's, waarin werd gevraagd of zij voorbereid waren en over de nodige technologie beschikten. Op die manier hebt u nota genomen van de labo's waarop u zou kunnen rekenen.

Op een gegeven moment is er een keuze gemaakt om met privélabo's te werken. Is dat een advies dat door de RAG aan de regering werd overgemaakt, of hoe moet ik dat inschatten?

Sophie Quoilin : Neen, dat was geen advies van de RAG. Dat is gebeurd door de taskforce testing. Ik maakte geen deel uit van die groep, dus ik heb geen informatie over hoe dat is gebeurd.

Nawal Farih (CD&V): Maar bij het verzamelen van de informatie van de labo's, nadat u hen hebt gevraagd of ze voorbereid waren, had u het gevoel dat zij niet klaar waren om de testing te doen of zegt u dat dit wel vlot had kunnen verlopen?

Sophie Quoilin : Wij hebben die vraag gesteld in het begin, in februari, dus op dat moment waren er maar een paar labo's die al klaar waren of die op punt stonden om de diagnose te kunnen stellen. Op het moment dat het virus aan het circuleren was, was het logisch dat alle laboratoria een dergelijke capaciteit zouden ontwikkelen. Het is toch redelijk vlot gegaan. De nationale referentiecentra organiseerden ook wekelijks een vergadering voor overleg met de verschillende labo's en opvolging van de labocapaciteit. Zij hebben dus echt hun rol gespeeld.

Nawal Farih (CD&V): Dat hoor ik ook op het terrein. De labo's hebben zich heel vaak afgevraagd waarom ze niet vroeger betrokken werden bij de bestrijding van de crisis. U had echter ook het gevoel dat het wel vlot zou kunnen verlopen, zonder de privésector erbij te betrekken?

Sophie Quoilin : Over de beslissing betreffende de privésector weet ik niets. De laboratoria die klaar waren om diagnoses te stellen, werden automatisch opgenomen in de lijst van laboratoria die konden diagnosticeren. Er moest alleen worden bevestigd dat ze klaar waren en dan werden ze aan de lijst toegevoegd. Dat verliep vlot. Misschien kunt u beter aan hen hun standpunt daarover vragen.

Nawal Farih (CD&V): Ik dank u alvast voor de

tijdige inzameling van informatie.

In het begin werd de focus gelegd op terugkerende reizigers. Wat is dan precies het begin? De maatregelen voor reizigers zijn eigenlijk pas de tweede of derde week van maart effectief uitgevoerd. Hoe komt het dat er zoveel tijd verstreek tussen de eerste signalen van de crisis en midden maart, toen de reizigers werd gevraagd om zich te isoleren? Kunt u daar misschien meer uitleg over geven?

Sophie Quoilin : De symptomatische patiënten moesten al sinds het begin in isolatie gaan. Ze moesten thuisblijven. De discussie ging meer over wat we zouden doen met de reizigers zonder symptomen. Weet u hoeveel reizigers er elke dag uit China komen? We leven in een geglobaliseerde wereld en die reizigers waren er nu eenmaal. Wat moesten we doen? Moesten de overheden in februari beslissen om alle reizen te verbieden?

Nawal Farih (CD&V): De adviezen die de RAG en RMG aan de beleidsmakers hebben bezorgd, interesseren ons wel. Zo zouden we te weten kunnen komen hoelang het heeft geduurd alvorens welke beslissingen genomen werden. Hebt u een tijdslijn van de adviezen die u aan de regeringen hebt bedeed? Zo kunnen we zien welke beslissingen op het politieke vlak langer hebben geduurd. Zou u die willen delen met de commissie?

Sophie Quoilin : Enkele weken geleden stond er een tijdlijn in een van onze rapporten, met de verschillende fases van de beslissingen. Eerlijk gezegd, de link leggen tussen de beslissingen, de adviezen van de RAG, de discussies in de RMG, de CIM en dergelijke is met onze huidige werklast niet mogelijk. Op het einde zal het vermoedelijk wel mogelijk zijn om op basis van de documenten een complete reconstructie te maken, maar momenteel zou die taak te zwaar zijn.

Nawal Farih (CD&V): Wij zullen ons baseren op het rapport waarnaar u verwijst. Ik dank u alvast voor de uiteenzetting en het in de voorbije maanden geleverde werk.

Hervé Rigot (PS): Madame Quoilin, je vous remercie avant tout pour le temps conséquent que vous nous avez consacré aujourd'hui et aussi pour la clarté de votre propos. Il était particulièrement instructif et important pour nous d'avoir ces éléments.

Si j'ai bien compris, je retiendrai que la rupture de stock des masques a largement influencé notre stratégie et a eu des conséquences sur notre personnel soignant. Le manque de stock au niveau du *testing* a largement influencé notre stratégie.

Vous avez évoqué le manque de moyens humains pas seulement chez vous mais également ailleurs, notamment au niveau du SPF Santé publique pour la coordination de la stratégie.

Bravo à vous pour l'engagement! Le travail de fourni que vous menez avec Sciensano, avec une si petite équipe, est incroyable. Je ne l'imaginai pas. Évidemment, on peut toujours critiquer. La société a toujours tendance à dire "y a qu'à". On peut juger les actes et, souvent, on le fait en regardant les actes du passé avec les éléments du présent. C'est aussi une chose simple. Je pense qu'il faudra l'éviter. Des erreurs ont certainement pu être commises de part et d'autre mais l'analyse doit être faite avec les éléments qui étaient à disposition à l'époque.

Comme vous l'avez évoqué, au lendemain d'une crise, on a souvent tendance à dire qu'on ne veut plus jamais ça et, puis, on oublie. On ne donne pas les moyens aux administrations ou alors on est simplement fatigué de la crise qu'on a traversée et, donc, on ne sait pas redémarrer et de nouveau se concentrer sur la mise en œuvre d'une future stratégie. Là, on se doit d'avoir une politique de santé. On se doit de faire plus mais on ne peut pas faire plus avec moins.

Vous avez dit, tout au long de votre propos, qu'il y a le rôle politique et le rôle de l'Administration. Le rôle de la politique est certainement d'avoir une politique de santé avec des moyens. On doit vous donner les moyens. Mais, dans l'attente, ce sont les constats.

Je reviens brièvement sur les centres de référence. Vous avez déjà bien expliqué la problématique des laboratoires. La délocalisation se décide quand le Centre National de Référence dit, à un moment donné, que la capacité est dépassée. N'aurait-on pas pu anticiper davantage ce dépassement de capacité? Avez-vous recommandé de l'anticiper, pour qu'on ne se retrouve pas finalement avec un déclencheur qui arrive, au début du mois de février, mais qui prend du temps? Si on avait été plus vite, on aurait peut-être pu davantage soulager le système.

Par ailleurs, on a parlé longuement du RAG, de sa composition, des membres récurrents. Mais vous avez aussi indiqué qu'en fonction des thématiques, on invite également des experts dans ces thématiques spécifiques. La COVID-19 est une thématique nouvelle et importante. Pourrait-on avoir la liste, si nous ne l'avons pas déjà reçue, de celles et ceux, des experts que vous avez consultés dans le cadre de la crise COVID?

Enfin, ma dernière question sort peut-être un peu

du cadre mais d'autres collègues ont aussi posé, voici quelques minutes, des questions qui semblaient sortir du cadre. Vous n'êtes pas obligée d'y répondre aujourd'hui parce qu'on n'est pas dans le cluster, or y répondre vous évitera peut-être que nous vous redemandions de venir nous consacrer du temps.

Ainsi que vous l'avez évoqué, la quarantaine est extrêmement importante, non seulement dans le cadre de la pandémie actuelle mais aussi dans le cadre de la grippe. Il est effectivement important de s'isoler lorsqu'on présente des symptômes. De même, seul le PCR permet de détecter la présence d'un porteur. La sérologie, en l'état actuel des choses, ne permet pas de mettre en lumière assez tôt si on est porteur ou pas.

Il y a également le problème du taux d'anticorps, qui risque de faire passer un message erroné auprès de la population. Toutefois, puisque la quarantaine reste aujourd'hui la seule mesure valable au regard des tests, il se pose la question de la durée de la quarantaine, désormais revue à la baisse. Quel était votre avis sur le raccourcissement de la durée de la quarantaine? Je peux tout à fait comprendre que vous ne puissiez pas m'apporter aujourd'hui une réponse à cette question.

Je tiens à vous remercier pour votre travail et votre engagement. J'ai été impressionné par vos propos et je ne doute pas de l'intérêt que vous portez à votre mission.

Sophie Quoilin : En ce qui concerne le CNR, nous nous sommes interrogés, dès le mois de février, sur la nécessité de pouvoir délocaliser la capacité de diagnostic. Nous nous y étions préparés.

La décision à cet égard n'est bien évidemment pas prise par le RAG. Quant à savoir si elle aurait pu être prise plus tôt, je pense qu'il s'agit là d'une bonne question. Comme vous le dites, il est facile d'en parler a posteriori mais, en tout état de cause, le message le plus important est de se dire que nous étions préparés. Nous nous étions interrogés et nous avons préparé le terrain en vue d'un élargissement de la capacité de diagnostic dans un délai assez court.

S'agissant du moment exact auquel cette décision a été prise, il faudra interroger ceux qui sont chargés de prendre les décisions. Nous aurions peut-être pu, en tant que RAG, réagir plus rapidement. En toute franchise, nous ne l'avons pas fait stricto sensu. Dans le cadre de nos réunions du RAG, les cliniciens ont commencé à mentionner l'allongement des délais nécessaires

pour avoir des résultats, et nous avons fait remonter cette information.

Selon moi, un des aspects passionnants de mon travail est la possibilité d'être l'interface entre, d'une part, les besoins et la réalité du terrain – en tant que médecin, être sur le terrain me tient particulièrement à cœur – et, d'autre part, les décisions. En cela, le RAG est un outil extrêmement utile, et c'est un rôle auquel je suis très attachée.

On a donc fait remonter cette information. On aurait peut-être dû en faire une recommandation beaucoup plus formelle. C'est vrai, je dois dire qu'on ne l'a pas fait. On en a discuté. On l'a mentionné. Et puis à un moment, la décision a été prise, mais il n'y a pas de document qui mentionne que le RAG recommande de passer à une délocalisation de la capacité diagnostique. Mais Sciensano, en tous les cas, l'a préparé.

Je pense que vous avez reçu la liste des experts. Mais j'imagine qu'elle est déjà obsolète, puisqu'on a continué à faire des *risk assessments* et donc, on a continué à rajouter des experts. Mais je peux certainement vous fournir une nouvelle liste avec les derniers experts consultés.

À propos de la quarantaine, le document du *risk assessment* n'est pas encore publié parce qu'on l'a fait en urgence pour répondre à la demande du gouvernement dans le cadre du CNS de mercredi. Les débats ont été extrêmement contradictoires, dirons-nous. En quelques mots, on a fait une *litterature review* comme d'habitude pour voir s'il y avait de nouveaux éléments qui nous permettraient de passer à une réduction de temps de la quarantaine. Les experts étaient assez d'accord pour dire que les quatorze jours pouvaient être ramenés à dix jours. Maintenant, entre le scénario des dix jours et le scénario des sept jours, il y avait autant de pour que de contre dans les deux propositions. Puisque cela a été mentionné tout à l'heure, c'est un des sujets sur lesquels le RAG s'est finalement prononcé comme suit: "Pour cette solution-là, voilà les arguments! Pour l'autre solution, voilà les arguments!". Et la décision a été laissée au RMG. C'est vrai, c'est une réalité! Quand les experts ont des avis partagés, il y a parfois des éléments autres, comme des éléments opérationnels... et les médecins généralistes faisaient remonter l'importance de leur charge de travail, qui est déjà énorme actuellement. Ces éléments opérationnels interviennent dans la décision finale. Mais le *risk assessment* sera publié incessamment. On est en train de faire un peu de *layout* pour pouvoir le mettre sur le site.

Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, les

réponses sont claires et précises. Merci beaucoup.

Le président: Madame Quoilin, merci pour le temps que vous nous avez consacré, pour vos réponses en toute transparence. Nous avons pris beaucoup de temps, certes, mais je pense que cette audition était vraiment très utile pour nous. Vraiment un grand merci pour cette journée probablement assez fatigante pour vous et aussi pour le travail que vous et vos collègues avez déjà accompli au courant de cette crise. Merci beaucoup.

Collega's, ik veronderstel dat ik in naam van jullie allemaal mevrouw Quoilin mag bedanken.

(Applaus)

(Applaudissements)

Het gebeurt niet vaak dat er een applaus wordt gegeven. Dat toont aan dat het ten zeerste gewaardeerd wordt.

Sophie Quoilin : Tot uw dienst.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.03 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 03.