

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

du

VENDREDI 20 NOVEMBRE 2020

Après-midi

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

van

VRIJDAG 20 NOVEMBER 2020

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.02 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 02 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Le **président**: Je vous souhaite la bienvenue, monsieur André, en cette commission. Nous avons estimé la fin de la réunion, relative à votre audition, aux alentours de 18 heures.

Chers collègues, M. André nous fera un exposé introductif d'une demi-heure environ, basé sur les questions envoyées par les membres.

De vragen werden op voorhand bezorgd en de heer André zal daarop nu zo goed mogelijk proberen te antwoorden in zijn introductie. Uiteraard is daarna het woord aan de leden om eventueel dieper in te gaan op een aantal zaken.

**Hoorzitting met Prof. Dr. Emmanuel André, KULeuven.**

**Audition du Prof. Dr. Emmanuel André, KULeuven.**

**Emmanuel André**: Mijnheer de voorzitter, beste leden, tout d'abord, je vous remercie pour votre invitation. C'est un exercice difficile, car parmi les questions que vous posez, certaines sont adressées à l'expert – c'est un domaine d'expertise bien particulier que l'on va essayer de définir –, d'autres sont des questions de perception.

Je tenterai aujourd'hui de répondre de façon franche, honnête tout en faisant confiance à la commission par rapport au recul que vous prendrez, par rapport à certaines choses que je pourrais dire et qui devront être confrontées à l'avis d'autres personnes si nécessaire.

Mijn excuses, ik zal vandaag mijn nota overlopen

in het Frans, mijn moedertaal. Ik hoop dat dat geen probleem zal geven.

Pour commencer, je vais contextualiser la situation. Je suis médecin spécialisé en biologie clinique, avec une sous-spécialisation dans le domaine de la microbiologie. À ce titre, je suis responsable, avec d'autres collègues, du laboratoire de diagnostic des maladies infectieuses aux cliniques universitaires de Leuven. Je suis également enseignant à la Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), où je suis responsable du cours sur la microbiologie et les maladies infectieuses.

En tant que membre académique, je m'occupe également de toute une série de recherches dans le domaine de la microbiologie - notamment les virus et les bactéries - mais aussi d'initiatives à l'échelle européenne sur des projets de recherche qui visent à mieux intégrer les problèmes de la santé, des maladies infectieuses ou de la résistance aux antibiotiques dans un contexte beaucoup plus large. Il s'agit, entre autres, d'intégrer médecine humaine et médecine vétérinaire, l'interaction entre l'humain et son milieu ou encore des éléments culturels et sociologiques dans une approche très large de la santé.

Enfin, j'exerce également une série d'activités dans le cadre de ma thèse de doctorat, que j'ai achevée voici quelques années, et qui portent sur la gestion des épidémies, principalement dans des contextes plus compliqués que celui-ci, notamment en Afrique centrale.

En termes de déclarations de conflits d'intérêts, je crois qu'il est important de signaler que je suis un employé de l'UZ Leuven et de la KU Leuven. Pendant la durée de cette crise, je ne perçois pas et n'ai jamais perçu d'autres sources de rémunérations. Je ne suis pas actionnaire dans

une quelconque entreprise privée qui pourrait avoir un lien avec mes activités.

Vos premières questions concernaient la notion d'anticipation et de préparation. Comment un pays peut-il se considérer comme étant prêt à encaisser des crises sanitaires telles qu'une épidémie ou une pandémie? Avant toute chose, et avant d'aborder les aspects plus médicaux, je précise qu'une épidémie ne peut être gérée en faisant abstraction d'un contexte bien plus large dans une société. Une société se caractérise, en effet, par des aspects démographiques, culturels, religieux, politiques, et une épidémie ne survient jamais seule comme un événement purement médical, mais elle implique et mobilise la société dans les moyens de transmission ainsi que dans les moyens de réponse.

On ne peut aborder des problématiques de préparation et de gestion d'épidémies sans tenir tout cela en compte. Si on se concentre cette fois-ci sur les aspects sanitaires, sur la façon de créer un système de santé capable de répondre à une crise, un des éléments principaux est que le système de santé doit avoir une base suffisamment large et hétérogène. Pourquoi? Parce qu'on ne sait où et quand une crise sanitaire, ni dans quel type de population à risque, elle va démarrer.

Si on travaille dans un système sanitaire trop petit, trop centré sur une population avec peu de diversité, le risque sera toujours que, d'emblée, tout le monde souffre de la même affection. Avoir un système de santé large, incluant énormément d'hétérogénéité, c'est un peu comme une toile d'araignée sur laquelle une crise peut s'amortir. C'est un concept qui me semble important à rappeler.

Au-delà de la superficie d'un système de santé, sa qualité est extrêmement importante. La qualité d'un système de santé se décline à travers un certain nombre d'éléments. Certainement, la formation du personnel de santé. On pense à tous les métiers médicaux (la médecine) mais aussi à tous les autres qui sont tout aussi importants, que ce soit les métiers d'infirmiers, de la pharmacie et paramédicaux. On a vu à quel point (et nous pourrions y revenir) comment le personnel qui ne porte pas vraiment d'actes médicaux, comme le personnel aide-soignant des maisons de repos ou des hôpitaux, peut devenir vecteur ou barrière de la transmission à des populations à risque. Des formations adéquates de tous les métiers du secteur médical sont essentiels.

Il y a aussi des indicateurs de qualité sur lesquels notre système de santé insiste beaucoup: tous les indicateurs liés au système curatif. Est-ce que

notre système est assez efficient, est ce que le trajet d'un patient est assez rapide dans sa recherche/parcours de soins? Cet aspect-là est un des principaux aspects sur lequel nos politiques de santé ont insisté ces dernières années; cette efficience d'un système de santé très, très curatif.

Par contre, il est important de préciser qu'un système qui se concentre trop et je veux dire par-là presque uniquement sur les aspects curatifs et pas assez sur la logique de prévention des maladies, c'est un système qui s'expose en continu à recevoir un afflux de malades sans pouvoir prévenir ces maladies. C'est le cas des maladies infectieuses et aussi celui de très nombreuses maladies que l'ont dit "chroniques" aujourd'hui et qui sont de véritables épidémies.

J'en viens à la qualité d'un système de santé. Quand on se pose la question de savoir si le système est prêt à encaisser une crise, c'est-à-dire un événement nouveau majeur, il faut aussi se demander à quel point ce système comporte une capacité de flexibilité, de rapidité de la prise de décision.

D'une manière générale, les systèmes de santé et de soins, c'est quelque chose de très conservatif, dans le sens que toute modification constitue un risque. On ne veut pas prendre trop de risques en médecine. Car quand on tente trop de choses, souvent, on fait plus de mal que de bien; je peux prendre l'exemple des médicaments. Donc il y a une tradition d'une très grande inertie dans les changements, alors que justement, en temps de crise, il faut pouvoir se remettre en question extrêmement rapidement.

Au-delà de la qualité d'un système de santé, il y a son accessibilité. L'accessibilité, c'est être certain qu'il n'y a pas de barrière financière, administrative et géographique, pour que tout le monde, de la même manière, puisse avoir accès aux soins; aux soins de prévention, aux soins curatifs, aux tests de laboratoire, par exemple. Une des questions importantes à poser est donc: dans notre société, tout le monde peut-il avoir accès à cette même qualité de soins? Car dans le cas d'une épidémie, ce n'est pas parce qu'on a une bonne ou une mauvaise assurance ou que sais-je qu'on ne va pas jouer un rôle dans la transmission. Avoir des bulles de la population qui sont exclues de l'un ou l'autre des services constitue par définition un risque dans le domaine des maladies infectieuses.

Enfin, au-delà de ces aspects qui peuvent être quelque part mesurés, il y a d'autres aspects, comme le capital de confiance qu'offre la population en ces autorités, qu'elles soient sanitaires ou politiques. C'est un élément

extrêmement important. Quels sont les canaux de communication qui préexistent? S'agit-il de canaux de communication crédibles et cohérents? Tous ces éléments peuvent participer à un système de santé capable de résister à des crises.

Très spécifiquement, et la Belgique n'est pas unique, il doit y avoir, dans un système, un système capable d'évaluer des risques. C'est le Risk Assessment Group que l'on connaît bien Belgique. Cette fonction de pouvoir évaluer les risques pour bien définir le problème et son amplitude est extrêmement importante, car si on ne sait pas définir, ni mesurer un risque, on ne peut pas non plus apporter la réponse adéquate.

Et c'est bien la logique de cette notion de *risk assessment* (évaluation du risque) qui existe au niveau international, suivie d'un *risk management*. Une fois qu'on connaît le risque, il faut pouvoir le gérer de façon efficace. Et puis il y a l'application de tout cela. Et là reviennent encore tous ces organes officiels.

Dans le *risk assessment* et dans le *risk management*, un élément très important est de pouvoir accumuler rapidement de l'expérience. Dans une crise, les choses évoluent très vite. Il y a l'accumulation de la connaissance, des questions qui étaient levées une par une. Il faut pouvoir s'adapter, profiter de l'expérience des autres, profiter de son expérience antérieure. Tout cela va faire que la qualité de la réponse à une crise peut et doit évoluer en qualité tout au long de l'épidémie. Il est normal d'être beaucoup plus faible au début que plusieurs mois après.

Cette qualité et cette confiance que la population peut avoir dans un système qui, structurellement, est solide, cela se traduit, en termes de gestion de crise, par sa capacité à accepter des mesures contraignantes qui peuvent lui être imposées quand elles sont proportionnelles et correctement expliquées.

Quand on parle de l'adhésion aux mesures, il est extrêmement important de savoir que, derrière cette adhésion, c'est la crédibilité de tout un système qui est reflétée. On a parfois tendance à pointer du doigt la population qui ne respecte pas mais je crois qu'il faut savoir aussi se demander s'il y a une perte de confiance qui fait qu'on respecte moins ou qu'on ne respecte plus du tout.

Parmi les autres questions que vous m'avez posées, il y avait la demande de faire la liste des organes auxquels j'ai participé durant la gestion de cette crise. Dans le chapitre, vous évoquiez la période allant de décembre à mars 2019. J'irai un peu au-delà car je pense que c'est justifié.

Comme vous le savez, on m'a demandé, début mars, de devenir porte-parole interfédéral dans la gestion de cette crise. On m'a posé la question et j'ai accepté sans vraiment savoir de quoi il s'agissait et en m'attendant à recevoir un cahier des charges, une définition exacte de ce qu'on attendait de moi. J'ai reçu un bref *briefing* sur ce qu'on attendait de moi, c'est-à-dire être aux avant-postes en termes de communication, pouvoir encaisser en tant qu'expert toutes ces nombreuses questions qui arrivaient et aussi être la voix pour expliquer des mesures qui étaient prises. C'est donc un travail que j'ai exécuté jusqu'à la sortie de la première vague, moment à partir duquel j'ai considéré que je serais probablement plus utile dans d'autres tâches, en sachant que je n'ai, durant cette crise, pas arrêté mon métier de médecin, ni mes gardes, ni mon métier de chercheur, ni mon métier d'enseignant.

Il est évidemment difficile de tenir sur le long terme avec énormément de fonctions en même temps. L'une des autres fonctions que j'ai prises durant cette crise, à la demande du ministre Philippe De Backer, c'est de jouer un rôle de coordination dans le groupe de travail qui s'occupait d'augmenter la capacité de *testing* au tout début de la crise. J'y reviendrai.

Il y a eu le GEES, le groupe de sortie, mais c'était en avril. Cela sort donc un peu des questions que vous m'avez posées. Je pourrai y répondre, si vous le voulez, par la suite. Il y a eu aussi le Comité interfédéral pour la mise en place du *tracing*. Il y a toute une série de questions qui viendront par après et auxquelles je répondrai.

Par ailleurs, j'ai été invité de façon ad hoc, sur base des points qui étaient à l'agenda, dans différents organes à certains moments: au sein du RAG, du RMG, du Celevel et de la Conférence interministérielle des ministres de la Santé, au kern et au Comité de concertation. En fonction des points mis à l'agenda et sur base d'invitations, j'ai participé à l'une ou l'autre de ces réunions.

Comment prendre un peu de recul par rapport à tous ces organes? Vous voyez que cette liste est longue, qu'elle n'est pas complète mais presque. Comment cela fonctionne-t-il dans ces organismes? Ou d'abord, comment cela fonctionne-t-il entre ces organes? Il faut savoir qu'il y a des organes qui sont officiels, institués, qui seront là du début à la fin comme le Risk Assessment Group, le Risk Management Group, puisque ce sont des organes qui sont là statutairement. Puis, il y a d'autres organes qui ont été créés de façon ad hoc pour répondre à des besoins précis souvent limités dans le temps,

comme le GEES. Ce sont des organes qui ne préexistaient pas dans la structure mais qui, sur décision des autorités politiques et souvent avec l'avis de certains experts, ont été créés pour compléter l'arsenal à certains moments de la crise et sur base des limites des structures existantes.

J'ai siégé dans deux organes de façon permanente: le GEES et la task force du ministre De Backer. Une chose m'a semblé extrêmement efficace dans ces structures. C'est qu'elles étaient multidisciplinaires. Les politiques et les scientifiques étaient en permanence présents ou représentés par des personnes très activement impliquées dans les débats.

Dès lors, nous pouvions, dans un même lieu, à un même moment, encaisser énormément d'aspects différents, et donc sortir avec des solutions qui intégraient toute une série de difficultés, et qui mettaient en balance toute une série d'éléments très complexes. Avec ce type de fonctionnement, on gagne, en temps de crise, énormément de temps, et on gagne aussi en légitimité, puisque tout le monde est là lors de la formulation des propositions de réactions à l'évolution de la crise.

C'est quelque chose qui m'a semblé être moins présent dans des organes de type RAG et RMG où on a désolidarisé l'évaluation technique de l'évaluation scientifique et de la réponse politique. Quelque part, si c'était purement séquentiel et extrêmement bien délimité, cela aurait peut-être pu fonctionner, même si cela prend toujours du temps de voir s'accumuler les réunions. Il faut savoir qu'à chaque fois, dans toutes ces réunions, les personnes apportent leurs interrogations, leurs craintes, leurs pistes de solutions, dans un débat qui est à chaque fois segmenté. Une des expériences que j'ai faites à plusieurs reprises est que des dossiers devaient rentrer via le RAG pour passer au RMG pour passer à la CIM, pour passer au kern et à l'OCC... Au final, plus d'une centaine de personnes avaient eu l'occasion de donner leur avis tout à fait pertinent. Mais on passait d'une proposition qui se voulait pondérée et cohérente, toujours imparfaite, à quelque chose de morcelé, d'où une partie de la cohérence avait disparu. Et quelque part, la capacité à créer une vision, à savoir vers où on va, et comment on va atteindre ces différentes étapes, tout cela peut être disloqué – et cela a été le cas dans certaines circonstances – par cette multiplicité des organes.

Je voudrais rappeler un autre élément par rapport à cette multiplicité des organes. Je n'ai pas perçu de façon fondamentale une grande complémentarité entre ceux-ci. Par contre, leur multiplicité a, à certains moments, réellement créé de la compétition, des jeux de pouvoir, des jeux

d'influence. Au final, c'est une dépense d'énergie collective qui est inutile et qui n'a pas de rendement. Que ce soit de la part de l'un ou l'autre de ces organes, on voit apparaître ces jeux d'influence, et ce n'est pas efficace. On perd du temps, et on perd de l'énergie.

Une des autres questions que vous m'avez posées concerne la collecte et la diffusion des informations. À cet égard, l'information centrale est le nombre de patients diagnostiqués positifs. Les patients remettent leurs échantillons, qui sont ensuite analysés dans divers laboratoires. Le nombre de ces laboratoires a augmenté avec le temps, mais nous y reviendrons plus tard.

Le système de collecte et de rapportage des informations utilisé lorsque cette crise a éclaté avait été mis au point par Sciensano, l'institut de santé publique. Ce système fonctionnait par lots: on demandait chaque jour à tous les hôpitaux combien de tests ils avaient effectués et combien de ces tests étaient positifs. Nous verrons que, tout au long de l'épidémie, ce système a engendré toute une série de difficultés.

On pourrait se demander pourquoi un système capable de collecter l'information granulaire et, par la suite, de faire des analyses par regroupement, était utilisé pour récolter d'emblée des paquets d'informations, ce qui avait pour effet de diminuer la capacité d'analyse. Ainsi, nous n'étions pas en mesure de dire quel âge avaient les patients, par exemple.

Face à ce constat très précoce, nous avons - avec plusieurs universités et entreprises proches des universités belges - proposé de mettre en place un système qui permettrait de fournir de l'information individualisée et de l'intégrer automatiquement afin qu'elle soit convertie en une cartographie, qui contiendrait des indicateurs par commune et mentionnerait le nombre de cas mais aussi les tendances.

Dès la mi-mars, nous disposions donc d'un outil opérationnel, y compris dans une logique de transfert d'informations vers les Communautés, qui elles-mêmes étaient chargées du traçage. Cet outil a été présenté à la gouvernance du Risk Assessment Group (RAG) et de Sciensano, qui ont néanmoins décidé de ne pas l'utiliser. Il aura fallu attendre plus de trois mois pour qu'un outil doté des capacités similaires puisse être utilisé en Belgique.

Un autre élément relatif à la diffusion des informations est non seulement la qualité du système de collecte, mais aussi la transparence dans la diffusion d'informations.

Il est donc vrai qu'il a fallu exercer des pressions extrêmement importantes - y compris, parfois, en passant parmi les canaux médiatiques - pour obtenir les données recueillies par Sciensano. Pourquoi cet accès transparent était-il nécessaire? Premièrement, il s'agissait de permettre à des personnes extérieures à Sciensano et pourvues de compétences au moins égales à celles des épidémiologistes - des professeurs d'université peuvent en effet jouir d'une réputation mondiale - de pouvoir se livrer à des analyses susceptibles d'anticiper et de se projeter dans l'avenir - cette capacité qui est tellement importante en gestion de crise -, car l'absence d'information ne permettait pas d'accomplir ce travail.

Oui, il fut difficile de faire changer cette mentalité, mais nous y sommes parvenus. C'est sans doute une bonne chose, mais cela montre bien combien le système n'était pas prêt à gérer - à travers des flux rapides, continus et quotidiens -, à analyser et à contribuer à une prise de décision dans une gestion de crise. Selon moi, ce système était performant pour surveiller les maladies de façon passive, en publiant un rapport annuel sur l'évolution de tel ou tel pathogène en Belgique - c'est évidemment essentiel. Toutefois, ce ne sont pas les mêmes outils qu'il faut utiliser lors de la gestion d'une épidémie. J'ai eu l'occasion de le dire à la direction de Sciensano, dès le début de la crise, en indiquant que nous n'allions pas gérer cette épidémie avec les mêmes armes. De fait, cela fut ensuite confirmé.

Des questions se posent sur la bonne gestion du dossier par le gouvernement. En réalité, cette interrogation vaut pour toutes les personnes qui s'y sont impliquées. Il est évident que tout le monde voulait manifestement bien faire et agir autant que possible. Très peu de personnes se sont épargnées, en termes de temps de travail et de mobilisation des ressources disponibles, en vue de répondre à cette crise. Quand on voit ce qu'il s'est passé, la Belgique s'est montrée relativement précoce dans sa capacité à mettre en place un début de système de dépistage et de prendre des mesures de *lockdown* quand cela a démarré de façon très forte. Nous n'avons pas été très en retard par rapport à d'autres pays qui se retrouvaient dans la même situation.

Aussi, une façon d'évaluer la qualité de cette réponse pendant la période précoce consistait-elle à se comparer aux autres.

Il est vrai qu'en raison de la multiplicité des personnalités politiques en charge de la santé dans notre pays, on n'avait au final, pendant ces premières longues semaines, les premiers mois, pas de *leadership* d'un point de vue ministre de la

Santé. Il y avait beaucoup d'interlocuteurs extrêmement actifs, avec cette volonté de bien faire, dans une zone d'inconnues extrêmement importante, mais on n'a pas vu un vrai *leadership* se créer, ce qui est dommage.

Naturellement, on aurait pensé que le ministre fédérale de la Santé aurait joué ce rôle-là. Mais on a quand même dû constater que cette épidémie n'était pas vraiment son "truc". Elle s'est mise très en retrait. Elle était davantage axée sur le mode communications, justifications plutôt que sur le mode *leadership*. Il a donc fallu compenser. Et cette compensation a été faite au travers de l'apparition d'un certain nombre d'experts, de façon extrêmement présente dans les médias, par exemple, présente dans la prise de décisions. Et l'on peut constater au fil du temps, qu'il est possible d'avoir une figure de *leadership* au niveau d'un ministre de la Santé fédéral et que si le système n'est pas fait pour, il le permet quand même.

Une des choses qu'il faut savoir, c'est qu'après cette première vague, il y a eu certainement dans le corps médical, dans le chef de certains politiques, qui s'étaient extrêmement impliqués, une fatigue justifiable parce que post-traumatique. Ce moment de relâche, où les indicateurs étaient bons, cumulés à cet événement post-traumatique a fait que la tension du gouvernement s'est probablement relâchée dans une volonté de nouveau de bien faire, de permettre de retourner le plus rapidement possible à une vie normale, mais malheureusement sans prendre en compte le fait que nous avons énormément d'arguments pour penser que la situation, que cette épidémie n'était pas terminée et que nous étions dans un phénomène transitoire de diminution de l'amplitude.

À cela s'ajoute l'énorme volonté d'exercer une influence de la part de certains scientifiques, de certains politiques, de certains mouvements de la société civile aussi, d'avoir un discours qu'on a nommé "rassuriste" dans les médias, ou même critique. La critique peut être positive dans un certain nombre de cas. Tout cela a créé une grande période d'incertitude et de perte de confiance qui n'a pas aidé à reprendre un *leadership* politique, aussi dans un contexte de transition de gouvernance, qui n'est jamais un moment propice pour prendre des responsabilités importantes puisque par définition, on est dans une logique de transfert des responsabilités.

Vous avez également la question de la compensation financière des experts. Elle est revenue dans la presse à certains moments. Comme je vous l'ai dit, je ne l'ai ni demandé, ni perçu de compensation financière, mais la

question n'est pas là. La question soulevée par de nombreux experts à un moment donné, devant l'ampleur de la tâche, était de se demander comment on allait tenir dans le temps, maintenir notre niveau d'expertise si on se repose sur nous en tant qu'individus; avec une charge de travail extrêmement élevée, on ne peut maintenir son niveau d'expertise que parce qu'on est en réseau, en équipe, parce qu'on a le temps de continuer à lire, à débattre avec ses pairs. Par définition, quand on est dans un moment de telle crise, on passe énormément de temps en réunion, à produire des documents. C'est du temps que l'on n'a pas pour recevoir de l'information nécessaire pour maintenir son niveau d'expertise.

Plusieurs experts ont donc exprimé la volonté de recevoir les moyens financiers de se créer une équipe autour d'eux, permettant de maintenir dans le temps le niveau d'expertise que la crise leur demandait. Ce ne fut pas le cas parmi les experts que j'ai côtoyés, notamment ceux du GEES.

Parmi vos questions relatives à la préparation, la planification et la gestion de la crise, la première qui surgit est: "Comment éviter une troisième vague?"

Contrairement à la sortie de la première vague où l'on a eu des vacances et un été, on se retrouve aujourd'hui à la sortie de la deuxième vague avec exactement les mêmes conditions, en termes climatiques notamment par rapport au début de la deuxième vague. Nous sommes toujours avec un virus qui est largement présent, dans des conditions très favorables pour que le virus continue à circuler de façon efficace. Je pense donc qu'il faut appréhender cet après-deuxième vague de façon très rigoureuse car il y a toute une série de facteurs extérieurs qui ne nous aident pas cette fois-ci.

Ces facteurs extérieurs sont les vacances, l'été, la température, le fait que nos 11 millions d'habitants, au lieu de se disperser à l'extérieur comme lorsqu'il fait beau, se dispersent dans un espace beaucoup plus réduit, couvert et chauffé. Cela vous montre à quel point la concentration des personnes en contexte hivernal est beaucoup plus importante. On est clairement dans une situation où le risque est toujours bien présent. Faut-il déconfiner? Aujourd'hui, en termes d'occupation de lits en soins intensifs, nous sommes encore trop haut pour pouvoir parler de déconfinement.

Je pense que, dans les mois à venir, nous devons maintenir un confinement beaucoup plus précis et rigoureux et qui s'adapte à nos besoins de contrôle de l'épidémie; mais aussi qui diminue tous les impacts négatifs et au maximum les impacts

négatifs et les dommages que la population subit à cause des mesures que nous devons prendre. Je pense qu'il y a encore moyen de faire mieux.

Que faut-il faire? Probablement ré-élargir d'urgence les critères de *testing*, car nous savons que la transmission se fait principalement dans la communauté par les gens qui sont debout en train de travailler, dans leur activité permise et pas par ceux qui sont dans leur lit. Donc, si on ne teste pas ceux qui sont en phase potentiellement active de transmission, on perd l'opportunité de ralentir ce phénomène de transmission via les personnes asymptomatiques.

Bien au-delà de ré-élargir les critères aux personnes asymptomatiques, ce qu'on a vu dans les rapports de ces personnes testées pour l'instant, c'est qu'il y a encore une proportion très importante de personnes qui sont positives. Quand une proportion importante de personnes qui sont testées positives tourne autour de 15 à 20 %, c'est beaucoup trop. Avec un tel pourcentage, on est certain qu'au-delà du cercle dans lequel on a testé, il reste encore des patients positifs.

Il faut aussi pouvoir élargir la définition de ce qu'est un contact à haut risque. Dans notre définition d'un contact à haut risque, on n'a que trois personnes et quand parmi celles-ci il y en a 15 ou 20 % sont positives, cela signifie que l'on est beaucoup trop restrictif sur cette définition de contacts à haut risque. Il faut absolument pouvoir élargir ces critères pour être certains d'englober plus de personnes positives dans notre système de dépistage.

Il faut certainement continuer à améliorer - c'est un processus continu qui n'a jamais arrêté - notre système de *tracing*. Je mettrai ici une emphase sur un point important: le système tel qu'il a été développé (on pourra en reparler plus tard), s'est concentré prioritairement sur l'*active case finding*, soit essayer de courir après le virus pour savoir qui avait été infecté par la personne que l'on a détectée positive.

Et c'est ce que fait le call-center: essayer de savoir qui on a potentiellement infecté. C'est un système qui est nécessaire, mais qui ne sera jamais suffisant, puisqu'on ne fait que courir derrière le virus qui s'est déjà propagé. Ce qu'il faut mettre en place, c'est un système où, à partir d'un cas index, non seulement on va chercher les personnes qui, pendant les quelques jours, ont peut-être été contaminées, mais aussi il faut savoir où s'est passée la transmission.

C'est ce qu'on appelle *the active place finding*. Aller chercher où et dans quelles circonstances la

personne a été infectée. Cela va nous permettre plusieurs choses. Trouver d'autres personnes qui ont été exposées au même risque, et qui ont potentiellement été infectées également. Cela permet d'implémenter localement, mais aussi de façon plus générale, des mesures de prévention plus efficaces. S'il y a eu transmission dans un lieu, que ce soit un lieu d'activités critiques, indispensables ou dans un autre, il faut toujours se demander: "Dans quelles circonstances cela s'est-il passé? Y a-t-il eu un dysfonctionnement dans l'application de ce qu'on attendait? Doit-on rajouter des mesures? Peut-on partager cette expérience de façon plus large?"

Si on est capable de faire ça à chaque fois et de cumuler l'information, cela permet de documenter, de commencer à prendre des mesures qui sont *evidence based*, qui sont basées sur des chiffres, des observations, qui sont aussi basées sur l'observation que des choses peuvent s'améliorer ou que des choses peuvent se dégrader avec le temps. Cela, ce sont des phénomènes tout à fait naturels.

Aujourd'hui, le système de *tracing* n'est toujours pas capable de faire ce travail-là. Et ce travail-là s'appelle de la prévention: c'est éviter que les gens soient malades. À chaque fois qu'une personne ne tombe pas malade, c'est une chaîne de transmission qu'on évite, tout simplement, et par rapport à laquelle on ne devra pas, par la suite, faire du call-center, éventuellement, traiter, avoir des consultations médicales, prélever, envoyer à l'hôpital. C'est toute une chaîne de choses qu'on peut éviter à chaque fois qu'on arrive à prévenir ou mieux gérer des lieux de transmission ou de super-transmission.

Un des points importants qu'il faut absolument retenir, et c'est vraiment une des expériences négatives de cette deuxième vague, c'est qu'on a laissé s'accumuler des signaux d'alarme de saturation des différents maillons de la chaîne. Ces maillons, c'est la médecine générale; ces maillons, ce sont les laboratoires; ces maillons, c'est le *tracing* - et les hôpitaux. On sait que, pendant toutes ces semaines, quand l'explosion commençait, il y a eu toute une série de signaux d'alarme. Ces signaux d'alarme, c'est parfois simplement: on a trop, donc on ne peut plus maintenir le même niveau de qualité.

Donc, on diminue la qualité pour pouvoir augmenter la quantité. Ce sont des phénomènes qui sont arrivés à plusieurs moments et qui, inévitablement, continuent à accentuer le problème. Donc, quand on a un signal d'alarme de saturation dans une chaîne qui fonctionne en solidarité, il faut avoir le courage à ce moment-là

de faire un *reset* pour diminuer la pression, retrouver la qualité et permettre au système de fonctionner.

Un des éléments est important. Quand on attend trop longtemps pour, au final, faire un *lockdown*, plusieurs choses arrivent. La première est qu'on a usé nos cartouches avec des systèmes qui étaient à saturation ou au bord de la saturation. Et donc, on vide nos stocks de réactifs, on casse le moral des professionnels de la santé, on les met à saturation d'un point de vue capacité, simplement physique, à travailler. Donc, il y a des conséquences sur le long terme de tout cela. Il y a le fait qu'on remplit énormément de lits d'hôpitaux, et quelque part, vider 2 000 lits de soins intensifs, ça prend beaucoup plus longtemps que vider 200 lits de soins intensifs. Parce qu'il y a toujours une partie de gens qui vont rester des semaines, des mois parfois, et ce faisant, on va mettre énormément de temps à retrouver un niveau acceptable d'occupation des lits, par exemple.

Et puis, on perd de toutes façons, puisque si le but de retarder cette prise de décision est d'éviter un *lockdown* et qu'au final, on doit quand même le faire, on est perdants sur les deux points. On a cassé notre système de santé, et on crée toutes ces conséquences socio-économiques liées au *lockdown*. Un *lockdown* qui est d'autant plus prolongé qu'on est arrivés très haut dans les chiffres et dans la crise.

Un des autres éléments qui me semblent importants à retenir comme expérience, c'est que, dans notre façon de prendre et de proposer des mesures, il faut intégrer l'inertie de notre système. On est dans une société qui a différents niveaux de pouvoir, dans une société démocratique, où beaucoup de choses sont remises en question, sont critiquées, et il y a énormément de bon là-dedans. Mais cela veut dire qu'entre le moment où on pense qu'il faut prendre la décision et le moment où elle est effectivement implémentée, il y a une lenteur, une inertie. Et cela consomme du temps; donc il faut intégrer dans notre façon de préparer les prochains mois cette lenteur qui est une lenteur intrinsèque à notre société. Et je ne pense pas que c'est pendant une crise qu'on doit pouvoir ou qu'on devrait tout changer. Il faut simplement intégrer ceci.

Car il faut savoir que ce qui reste toujours inchangé, c'est la vitesse de propagation du virus. Quand on a un R qui est au-delà de un et qu'on a un temps de doublement de sept jours, le virus ne prend pas en compte les week-ends ni les agendas de chacun.

Une question est revenue par rapport à ce qu'on

appelle les moyennes lissées. Dans la surveillance des maladies, il est intéressant de lisser des moyennes pour ne pas avoir à chaque fois un *drop* pendant les week-ends. Il est normal que les activités soient moins importantes le dimanche, etc. Quand on lisse des moyennes sur sept jours par exemple, ça fait des lignes beaucoup plus droites et qui sont beaucoup plus facilement compréhensibles car elles subissent moins d'artefacts. C'est une technique qui est largement utilisée pour représenter des évolutions, mais il faut savoir qu'à certains moments, cette façon de représenter l'information a des limites et peut être trompeuse par rapport à des personnes qui ne seraient simplement pas formées à comprendre ces limites.

La première limite, c'est que, quand on est dans une phase de démarrage exponentielle, si on prend la moyenne sur une semaine, on peut être beaucoup plus bas au début de la semaine et beaucoup plus haut à la fin de la semaine. Quand on donne une moyenne, au moment d'une phase grimpeuse, au moment où justement il faut être rapide sur la base d'informations très précises, donner cette moyenne, c'est toujours une sous-évaluation de la situation actuelle. En contrepartie, ce qui est vrai aussi, c'est que dans une phase descendante, la moyenne sera toujours supérieure à la dernière situation. Dans la partie descendante, cela accentue un peu la gravité de la situation. Dans la partie ascendante, cela la sous-estime alors que l'urgence est plutôt du côté ascendant, en tout cas d'un point de vue gestion de l'épidémie. Pour d'autres aspects, je suis d'accord d'en débattre.

On m'a demandé de commenter une opinion que j'avais donnée par rapport au morcellement de notre système de santé. Je pense que, dans le débat autour de la régionalisation des soins de santé, etc., il y a une confusion fondamentale. Cette confusion est liée au fait qu'il y a deux phénomènes qui peuvent coexister: le phénomène qui est de se construire une identité, qui peut être une identité localisée, régionalisée, nationale, continentale, etc. et qui est quelque part une identité culturelle ou politique, ce qui est un phénomène sur lequel je ne vais pas donner de commentaires. Par contre, en ce qui concerne la réalité d'un système de santé, ce qui importe et que j'expliquais au début, c'est d'avoir un système qui soit le plus large possible, le plus hétérogène possible car c'est cela qui va faire sa force.

Ce système, s'il doit être cohérent, il doit aussi être large, de façon à pouvoir encaisser des crises. Cela ne veut pas dire qu'on va communiquer de la même manière auprès de tout le monde, ni communiquer dans la même langue. Ainsi, on ne

communique pas avec un jeune de la même manière qu'on communique avec une personne âgée, on ne communique pas de la même façon avec une personne qui se situe dans un contexte socio-économique précaire et une personne dont le statut est beaucoup plus stable au sein de la société.

De même, au sein d'un même système de santé, on n'ouvrira pas toujours les mêmes services de soins. On n'offre pas les mêmes soins à une jeune mère et à une personne de 90 ans. Le fait d'appliquer un même système de soins ne signifie pas qu'on ne peut pas prendre ces différences en considération.

Je vais vous citer quelques exemples concrets, ainsi que vous me l'avez demandé. Rappelez-vous, par exemple, la flambée du nombre de contaminations à Anvers: la plupart des échantillons prélevés à Anvers ont été examinés à Liège. De même, pendant la deuxième vague, de nombreux patients wallons et bruxellois ont été hospitalisés dans des hôpitaux flamands.

Nous avons également brisé des frontières instaurées par ce système (en vertu duquel le curatif relève d'une compétence fédérale et le préventif d'une compétence communautaire) au moment où des médecins hospitaliers sont venus former du personnel dans des maisons de repos. Toutes ces barrières instaurées par une volonté politique ont été, dans la gestion médicale de cette crise, levées une par une.

J'aimerais faire un commentaire à ce sujet. En effet, lorsque le curatif – autrement dit l'hospitalier – est sous la responsabilité de l'autorité fédérale et que le préventif est sous la responsabilité des Régions, et qu'on sait que c'est le préventif qui va diminuer fondamentalement le coût à long terme du curatif, je pense que séparer les deux et les mettre en opposition est une grossière erreur, même si c'est de cette manière que fonctionne notre système. Ainsi, l'opposition entre les différents niveaux de pouvoir sur certains dossiers est-elle clairement perceptible.

On m'a aussi posé d'autres questions sur le haut taux de mortalité en Belgique. Pourquoi a-t-on eu autant de morts en Belgique?

D'abord, on est un petit pays avec une forte densité. On a une population vieillissante et on sait, depuis le début de cette épidémie, que l'âge est un facteur de risque. On a aussi une très forte mobilité, notamment autour des grandes villes. On a une grande multiculturalité – il y a toutes les langues officielles et non officielles – qui rend l'accès à l'information, en tout cas une information

cohérente et crédible, parfois plus difficile.

Il y a ce problème de la légitimité de l'autorité: le morcellement des compétences mais aussi le contexte particulier dans lequel on était. La formation du gouvernement prenait du temps, etc. C'est quelque chose qui, inévitablement, fragilise l'argument d'autorité qui est nécessaire quand on demande aux gens de suivre des règles. Cette confiance, cette légitimité a inévitablement un rôle, sans juger des raisons de ces délais.

Une des autres particularités, c'est ce phénomène de maisons de repos. Dans notre société où une grande partie de la population est plus âgée et est devenue dépendante de par son âge, notre société, comme d'autres sociétés, a fait le choix de recourir à ces maisons de repos et de soins où, dans un même bâtiment, on regroupe toutes ces personnes pour leur donner des soins physiques, de l'assistance sociale. Mais, dans le cadre d'une épidémie comme celle-ci, il faut voir ces maisons de repos comme étant des lieux de très forte concentration de personnes à haut risque qui, en plus, ne peuvent éviter le contact physique. C'est probablement possible pour le contact physique direct. On sait que c'est pénible mais c'est possible. Mais il ne faut pas oublier qu'une très grande proportion de ces personnes sont dépendantes pour leurs soins corporels, pour manger, pour s'habiller et donc nécessitent d'être mises en contact de façon physique avec le personnel qui les aide.

Il y a donc, dans ces maisons de repos, non seulement de nombreuses personnes à risque dans une forte concentration mais aussi avec énormément de vecteurs, puisque ces contacts physiques se reproduisent de nombreuses fois par jour. Par ailleurs, sous la pression de la gestion et de l'efficacité économique de ces maisons de repos, qui sont aussi souvent des institutions qu'il faut gérer comme des entreprises, on met le personnel sous pression. On augmente son rendement. Quand cela vient se rajouter à une crise qui voudrait qu'on prenne plus de temps entre chaque patient pour faire plus attention à l'hygiène des mains, pour pouvoir se changer, etc., cela devient techniquement impossible pour ces personnes qui travaillent.

Dans un certain nombre de questions, on m'a demandé de revenir sur deux débats qui ont eu lieu ces derniers mois et qui ont probablement contribué à faire prendre de mauvaises décisions, ou en tous cas à retarder la prise des décisions nécessaires. Le premier message est: "Il y a plus de cas parce qu'on teste plus." On a fait le tour de ce débat, je pense, dans les médias, mais je voudrais simplement rappeler certains points.

Dans une logique d'épidémie comme celle-ci, on est toujours à un niveau de sous-dépistage. Le nombre de cas diagnostiqués par laboratoire est toujours une sous-estimation de ce qui se passe réellement. Pendant la première vague, on était dans une très large sous-estimation. On pouvait suivre des tendances, parce qu'on ne changeait pas fort notre capacité de *testing*, et donc on pouvait voir des augmentations, des diminutions, mais on ne percevait pas du tout la quantité de personnes qui étaient infectées. Avec l'augmentation de la capacité de tests, cette sous-estimation a eu tendance à diminuer, et certainement aussi quand l'épidémie était ralentie. À ce moment-là, on était probablement très proches des chiffres réels. Mais quand on a vu ces chiffres augmenter à nouveau, une des explications qui ont été données par certains a été de dire qu'il y avait plus de cas simplement parce qu'on testait plus.

Oui, c'est toujours vrai, cette affirmation. Il y a toujours plus de cas quand on teste plus, surtout quand le virus circule et qu'il y a un certain niveau de sous-dépistage. C'est bien là le problème de ce type d'affirmation, c'est qu'elle se base pour une partie sur des choses qui sont incontestables. Par contre, ce type d'affirmation fait fi d'autres éléments qui montrent que ce ne sont pas deux phénomènes qui sont purement liés l'un à l'autre, et qu'il y a d'autres interférences. Et ces interférences, ces chiffres, ces indicateurs, étaient aussi disponibles à ce moment-là. Le plus simple, c'est le taux de positivité. Parmi le nombre de personnes qu'on teste, y a-t-il une proportion plus ou moins grande? Avoir fait circuler ce type de message, de la part de professionnels de la santé, ou de personnes qui se présentaient comme telles, c'était extrêmement dangereux, puisque cela ne représentait qu'une partie de la réalité, qui était pourtant disponible.

Un autre message fort répandu était le suivant: "c'est une bonne chose que le virus circule chez les jeunes, ça crée l'immunité collective, et vous voyez bien que les vieux ne sont pas touchés". Un phénomène infectieux démarre toujours dans une communauté, un groupe social particulier. Quand le virus s'introduit dans un quartier d'Anvers, ou dans une population, un groupe d'étudiants, il va se propager de façon purement géographique, par le biais de liens sociaux, géographiques préexistants. Donc, il est vrai qu'à certains moments de l'épidémie, on a des 'clusters', des circulations limitées dans l'espace et dans la structure sociale de notre société. Mais on a omis de diffuser une partie des informations disponibles, à savoir qu'on sait que notre société n'a pas de barrière hermétique entre les différentes générations, on sait qu'il n'existe pas de barrières hermétiques entre tous les groupes socioculturels

qui existent, même si par définition, il y a différentes communautés dans notre société. Donc, avoir propagé ce leurre selon lequel on pouvait hermétiquement ségréguer des groupes, me semble avoir été une erreur fondamentale.

Est-ce qu'à ce moment-là, on aurait pu éviter cette deuxième vague? La réponse est non. À ce moment-là, la deuxième vague était en train de se profiler. Si on avait été capable de produire un discours politique plus précis, on aurait pu réagir plus vite, conscientiser mieux sur les risques et donc probablement diminuer l'ampleur de la vague ou la retarder, et donc très certainement, éviter de nombreuses hospitalisations et de nombreux décès.

Monsieur le président, je déborde?

**Le président:** Je pense que c'est bien pour tout le monde que vous continuiez, parce que c'est très intéressant et que vous répondez aussi aux questions. C'est là le but. Je ne vois personne qui s'y oppose; vous pouvez continuer, monsieur André..

**Emmanuel André:** Dans la partie 5 de vos questions, vous posez la question du soutien des pouvoirs publics au système de santé. Notre système de santé, ce n'est pas qu'un nombre de lits, ni un nombre de lits de soins intensifs. C'est quelque chose de beaucoup plus large. C'est une culture, au sein de la population, de l'attention à la santé. C'est avoir des professionnels en nombre suffisant, avec les qualifications adéquates, qui sont incités à travailler dans une logique collective.

On ne peut pas, pendant cette crise, dire qu'on a renforcé notre système de santé simplement parce que, artificiellement, on a rajouté quelques centaines de lits dits "de soins intensifs". Notre système de santé ne peut pas être renforcé en quelques jours avec quelques petits trucs.

Vient la question de la restriction à l'accès aux professions médicales. Vous savez que notre pays a mis en place depuis de nombreuses années un système de restriction aux professions médicales, dit *numerus clausus*; un système qui a été motivé par plusieurs choses. Un, la volonté d'éviter une surpopulation médicale qui impliquerait une suractivité médicale non nécessaire. Deux, la volonté corporatiste de certains syndicats médicaux de limiter le nombre de médecins pour pouvoir exercer sur une population plus large et sécuriser leur métier.

Il y a un certain nombre d'influences qui ont été très fortement écoutées, et on n'a pas changé vraiment d'avis au cours de ces dernières années. Pourtant,

il y a un phénomène qui existe, qui s'amplifie, c'est le vieillissement de la population.

Le vieillissement de la population demande plus de soins: il est plus fragile et pas seulement face à cette épidémie, mais face à bien d'autres maladies chroniques et pathologies diverses. Dans ce vieillissement de la population, il y a aussi celui du corps médical. On arrive aujourd'hui à une génération de médecins (baby-boomers) qui part à la retraite, qui aujourd'hui dans le cadre d'une épidémie comme celle-ci, fait aussi partie des personnes à risque qu'il faut pouvoir protéger. Cette force du corps médical parce qu'il y a une sur-représentation d'un certain groupe d'âge a été diminuée.

Cette restriction n'a pas tenu compte d'évolutions sociologiques, comme les aspirations des nouvelles générations: plus d'équilibre entre les hommes et les femmes, être dans des systèmes où le sens est plus important que la rémunération brute, un système dans lequel il y aurait plus de femmes, plus d'hommes souhaitant passer plus de temps dans des équilibres entre la vie privée et la vie professionnelle.

Ce système n'a pas non plus tenu compte - parce que nous sommes dans une logique de séparation entre le préventif et le curatif -, de réserver, dans le temps des médecins, du temps de santé publique, du temps de prévention. Dans ces actes - c'est le vocabulaire utilisé - il n'y a pas d'acte de prévention. Puisque le curatif appartient au fédéral et le préventif aux Communautés et que les médecins sont dans le curatif pur, ils sont entre deux systèmes alors que, justement, ils sont à la jonction. Dans le cadre de cette épidémie, tout comme dans un cadre plus large, avoir tous ces professionnels de la santé (médecins, infirmiers ou autres) qu'on détache par décision politique et administrative de leur rôle de prévention et de santé publique, cela a un impact.

Oui, si on avait voulu permettre de le faire, il aurait fallu plus de médecins. Aujourd'hui, nous nous retrouvons dans une situation à la limite en terme de médecins, dans notre capacité de faire un système de santé plus efficace, meilleur, mieux centré sur la prévention. Six à sept ans seront nécessaires pour reconstituer un *buffer*, une capacité à pouvoir y répondre.

Au sein de notre société et dans l'organisation de notre système de santé, on assiste aujourd'hui à une prise de conscience que la santé ne se limite pas au curatif. La santé relève en effet d'une approche multidisciplinaire basée sur la prévention. Ainsi, on voit émerger des maisons médicales et des regroupements de corps

médicaux différents, où chacun, qu'il s'agisse du médecin ou du personnel administratif en contact avec le patient, a un rôle dans la prise en charge. Aujourd'hui, nous sommes encore relativement loin, en termes de formation, de cette forme d'organisation des soins qui permet de faciliter et de renforcer ces systèmes qui, même si on les envisage d'un point de vue purement économique, sont les plus rentables.

Au-delà de la restriction de l'accès à la profession de médecin, d'autres métiers étaient déjà en pénurie avant la crise sanitaire, tels que les infirmiers ou les technologues de laboratoire. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à des situations dans lesquelles on ne trouve pas ces personnes, alors que des signaux d'alarme avaient déjà été lancés. Ce phénomène est probablement dû au fait que ces métiers ne sont pas suffisamment attrayants ou valorisés par rapport à d'autres types de profession.

Enfin, dans notre système de santé subsistent plusieurs absurdités historiques telles que la présence d'hôpitaux l'un en face de l'autre, héritage de clivages politiques ou idéologiques. Manifestement, notre système de santé n'est pas encore parvenu à se débarrasser de ces absurdités pour pouvoir offrir des soins efficaces.

Vient ensuite la question du report des soins pendant cette crise. Ce qui caractérise cette épidémie n'est pas uniquement son incidence directe sur les personnes infectées par le COVID-19, c'est aussi son impact sur le reste de la société, sur le système de soins et sur toutes les personnes qui nécessitent d'autres soins. L'accès aux soins a été interrompu pour de nombreuses personnes pendant la première vague, et probablement pour un nombre de personnes moins élevé pendant la seconde vague, même s'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions.

Une fois de plus, il faut se demander pourquoi avoir attendu que la situation se dégrade à un tel point. En effet, quand les hôpitaux sont à tel point surchargés par une énorme vague, il apparaît inévitablement un problème de place, de temps ou de disponibilité pour faire d'autres choses.

Il y a la notion de confiance. Par exemple, en tant que malade fragile, si j'ai le diabète ou si je suis une cure de chimiothérapie, ai-je suffisamment confiance en l'hôpital aujourd'hui pour y recevoir des soins?

Cette question est également liée à la situation. Il faut des faits pour créer la confiance. On peut dire aux gens d'aller à l'hôpital mais si au quotidien, les gens voient des ambulanciers et des médecins

fatigués dans les couloirs des hôpitaux, ils se disent que ce n'est pas le bon moment pour recevoir des soins importants. Il faut se rendre compte de l'impact qu'a eu la lenteur de la décision sur les retards de soins. Surtout dans cette deuxième vague. Pendant la première vague, on naviguait à vue.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont beaucoup plus sûrs en termes de contrôle de l'épidémie en interne que durant la première vague. Il y a plusieurs raisons à cela. Premièrement, on connaît mieux le risque. Deuxièmement, on sait comment se protéger du risque. On a des masques à fournir aux infirmiers et aux médecins. Il y a la création de circuits parallèles. Les patients COVID rentrent dans des circuits isolés physiquement des autres circuits de soins. Il y a la disponibilité du *testing*; donc même les patients asymptomatiques qui rentrent dans les circuits non-COVID peuvent recevoir un test pour être sûr que le loup n'entre pas dans la bergerie. Il y a des mesures d'hygiène (disponibilité des gels, des masques, etc.) nettement supérieures. Cela se traduit par une diminution importante des phénomènes d'infections nosocomiales, c'est-à-dire contractées au sein des hôpitaux. On peut effectivement sauver des vies en ayant simplement du matériel nécessaire pour éviter de propager l'infection au sein de l'hôpital. Encore une fois, l'hôpital est le lieu de regroupement de personnes fragiles, qui ont besoin de soins avec contact physique. Et quand on ne dispose pas de matériel pour éviter que le personnel médical transmette le virus d'un patient à l'autre, on transfère inévitablement l'infection chez des patients fragiles.

Vous m'avez également posé des questions sur la *Hospital & Surge Capacity*. Je vais être très bref par rapport à cela parce que je n'ai jamais fait partie de ce groupe. Donc, j'ai très peu de commentaires à donner. Je pense que d'autres experts pourront mieux le faire. L'une des questions était de se dire: le transfert de patients y compris vers l'international n'est-il pas un échec? C'est un échec de notre capacité à avoir répondu très tard dans l'évolution de l'épidémie mais, quelque part, cela montre de nouveau dans la façon de percevoir un système de santé, combien il est important d'avoir un système de santé le plus large possible. Imaginez-vous que l'avenir de notre système de santé, ce soit de le limiter aux Régions. On augmenterait notre risque à ne pas savoir répondre à des problèmes ultérieurs alors que, si l'avenir était plutôt dans une direction de création d'un système de santé européen ou avec une évolution vers ce type de réseau, on serait à ce moment-là beaucoup plus capables d'amortir les chocs. Mais on n'en est certainement pas là.

Revient la question de l'utilisation des masques. La

saga des masques. Que puis-je dire à ce propos? En tout cas dans ma perception des choses, les masques n'ont jamais été exclus du panel de solutions car, depuis le début, on sait que ce virus se transmet au moins en grande partie via la voie aérienne. Un masque, une protection physique devant les trous qui nous exposent à l'air qu'on respire, oui, cela fonctionne et on le sait. Ce que l'on sait aussi, c'est que les armes, certainement les masques chirurgicaux, ne sont pas des armes absolues. Ce sont des outils qui nous permettent de réduire un risque, c'est-à-dire que chaque personne qui va porter un masque va contribuer à réduire le risque de transmission dans la communauté. Quand le masque est généralisé, l'impact général, c'est que le nombre de virus qui circulent dans l'air au niveau de la société est très fortement diminué. Cela a un impact sur la dynamique de l'épidémie. Maintenant, vous vous souvenez, il y a aussi eu des remarques et des craintes par rapport au fait que les masques, ce n'est pas quelque chose de magique. Pourquoi? Parce que simplement, une partie importante des transmissions se font aujourd'hui dans le cercle familial où l'on ne met pas de masque. Elles se font aussi dans les environnements de travail. On sait que le port du masque y est très fortement recommandé mais on sait aussi qu'il n'est pas systématiquement appliqué.

Par ailleurs, il y a le fait des personnes qui peuvent moins bien porter le masque ou simplement aussi, le fait de se fatiguer de porter le masque. Un masque n'est pas agréable et interfère avec la nature de notre comportement humain. Toutes ces craintes liées au fait que ce masque ne serait jamais appliqué de façon totale et parfaite étaient quelque part justifiées.

Mais un élément est venu perturber ce débat, c'était l'élément "on n'a pas de masques". On s'est retrouvé dans une situation très aiguë, devant une situation où on n'avait pas de masques ou très, très peu. Il fallait donc compenser. Il y a deux secteurs de la société: le secteur médical avec très, très peu de masques et pas d'autres moyens de compenser. Quand un infirmier, un médecin doit se rendre au chevet d'un malade, il doit le faire avec ou sans masque et le fait d'être exposé au virus va l'exposer lui, exposer les patients suivants, exposer la famille du professionnel de santé.

On était donc dans une situation extrêmement difficile. Vous vous souvenez des débats autour de la question. Au-delà de ces quelques centaines de milliers de personnes qui avaient besoin, de façon très aiguë, d'un masque, il y avait la communauté en règle générale. Avait-elle besoin d'un masque? La réponse est "oui". Cependant, donner un masque à 11 millions de personnes, lesquels

doivent être changés plusieurs fois par jour, puisqu'il était uniquement question à l'époque de masques jetables, c'était techniquement impossible. On savait très bien que des commandes étaient en cours, etc., mais c'était impossible.

Donc, oui, il a fallu créer un discours vers la société qui était "on compense" et compenser l'absence de masques, c'est diminuer le nombre de contacts et augmenter les distances entre les gens. Là, on arrive à un résultat qui rentre dans la même logique: diminuer le risque de transmission de façon importante. Donc oui, on a dû construire, quand on a été mis au courant de cette situation, un discours qui pouvait engager la société et en même temps, répondre à une situation très aiguë, qui n'avait pas été voulue.

Oui, s'il y avait eu un stock stratégique, on aurait pu créer ce *buffer*, et ce *buffer* aurait permis de fournir plus de masques aux personnes, aux professionnels de la santé, éventuellement à des personnes à risque; et ça aurait pu aussi éviter toute une série de conséquences qui ont été dommageables.

On a dû commander des masques en urgence. Et quand on est obligé de commander en urgence, par définition, on est exposé à des délais de livraison. On est exposé à de la qualité, qui est variable. Et on est exposé à des fraudes. Quand on n'a pas le choix, on est très vulnérable. Le fait de ne pas avoir eu ce stock, non seulement a eu des conséquences sanitaires, mais aussi a provoqué des conséquences sur des lignes d'approvisionnement, dont je ne faisais pas partie, mais en tout cas, je commente sur la partie visible.

Une question technique. Faut-il utiliser des masques FFP2? Les masques FFP2, ce sont des masques qui protègent plus que les masques chirurgicaux, qui sont plus..., qui permettent de diminuer le risque encore beaucoup plus que quand on utilise un masque chirurgical. Dans ce cas-là, oui, je pense que ça ne doit pas être un tabou de proposer au personnel de santé qui est en lien direct avec les patients, de proposer aux personnes qui sont particulièrement fragiles d'avoir accès à des masques qui sont plus performants. Ça ne doit pas être un tabou, et je ne vois pas de raisons pour lesquelles, d'un point de vue purement médical, épidémiologique, on devrait se refuser d'offrir des moyens de prévention encore plus performants.

Je vais aborder maintenant un gros dossier, qui est le dossier du *tracing*. J'espère que vous tenez le coup. Il y a deux gros dossiers que vous me demandez. C'est le *testing* et le *tracing*. Je vais

commencer plutôt par le *testing*. C'est l'historique de l'augmentation des capacités de *testing* dans notre pays jusqu'à plus récemment.

Remettons en contexte! On a un système, en Belgique, avec de très nombreux laboratoires de biologie clinique reconnus, qui sont des laboratoires qui, dans leur très grande majorité, sont capables de faire des tests PCR, sont capables de faire des tests sérologiques, sont capables de faire des tests antigéniques. Quelque part, une grande partie du problème initial n'était pas dans la capacité à faire des tests, mais était plutôt à la non-disponibilité de tests.

Si je remets un peu de contexte, l'Europe – l'institution politique européenne – a décidé, depuis de nombreuses années, de pousser de plus en plus vers une obligation pour les laboratoires de biologie clinique à utiliser des tests commerciaux, industriels. Les raisons qui sont exposées sont l'amélioration de la standardisation, l'amélioration de la qualité, la stimulation des marchés, comme ça peut être le cas dans un certain nombre de domaines.

Un des effets extrêmement pervers de ce type de démarche, c'est que les laboratoires, et y compris, mais peut-être dans une moindre mesure, les laboratoires de biologie clinique de type universitaire, ont perdu la capacité à créer leurs tests. Historiquement, un laboratoire pouvait lui-même développer sa PCR, pouvait lui-même développer un certain nombre de tests. Et ça fonctionnait. Il y avait parfois des problèmes de qualité, mais tous ces problèmes de qualité peuvent être contrôlés.

On est, historiquement, au démarrage de cette crise, dans un système où il y a beaucoup de laboratoires, mais on a perdu cette capacité à fabriquer des tests nous-mêmes. Alors qu'est-ce qui s'est passé pendant les premières semaines, les premiers mois de cette crise? C'est qu'aucun test commercial de type PCR n'était disponible sur le marché. Quand il y en a eu, ils étaient directement en rupture de stock et donc, on était de nouveau dans le même problème d'indisponibilité.

Donc on a dû, en Belgique comme ailleurs, trouver des solutions parallèles. La première solution qui a été proposée, c'est une solution qui est aussi historiquement ancrée dans notre système belge. C'est que, par rapport à ces maladies rares, ces maladies émergentes, où il n'y a pas de tests commerciaux disponibles, puisque ces tests suivent la logique de l'offre et de la demande, donc une maladie rare, ou encore pire, une maladie qui n'existe pas, ce n'est pas un bon marché, donc il

n'y a pas de test.

On est dans cette logique-là. Pour pallier ce problème, la Belgique, depuis déjà de très nombreuses années, a mis un système en place de centres de référence. C'est-à-dire que, pour tous ces pathogènes particuliers, ces maladies émergentes, ces maladies qui évoluent, le système de santé belge a réparti entre les laboratoires de Sciensano, mais aussi les laboratoires de type universitaire, des compétences particulières. C'est dans ce cadre-là que UZ Leuven, l'hôpital universitaire dans lequel je travaille, et plus largement KU Leuven, le Rega Institute aussi, sont responsables des virus respiratoires viraux, notamment les coronavirus.

C'est dans ce cadre-là que nous avons agi et que nous avons proposé toute une série d'initiatives. La première initiative, sur la base du code génétique partagé par la Chine et sur la base des quelques échanges avec d'autres centres internationaux, c'était de préparer un test capable de faire le diagnostic. Nous l'avons donc préparé nous-mêmes sur la base de notre capacité à développer les tests par nous-mêmes.

Le premier test réel a été fait lorsqu'il y a eu le premier patient en Belgique. Cela nous a montré que les différentes techniques qu'on avait mises au point fonctionnaient. C'est à ce moment-là que tout commence. On commence, nous, en tant que laboratoire, à tester à très large échelle. On testait jour et nuit, à un rythme qui était extrêmement important, proche de celui de maintenant, de la deuxième vague, alors qu'on avait nettement moins de moyens techniques à ce moment-là. On s'est mis à soutenir les autres laboratoires de type universitaire qui eux-mêmes cherchaient aussi à développer leur technique *in house*. Une fois qu'ils étaient capables de réaliser ces tests, on répartissait le travail. Des centaines d'échantillons sont donc partis vers d'autres laboratoires.

On recevait les échantillons des laboratoires et des hôpitaux qui n'avaient pas encore de tests ou qui étaient en situation de pénurie. On a aidé à valider les premières techniques commerciales. On a aidé certains laboratoires à se lancer. On a aidé à valider des techniques alternatives qui n'utilisaient pas des réactifs commerciaux mais des techniques "manuelles" développées à l'Université de Namur ou des méthodes aussi *in house* mais à capacité industrielle, comme cela a été développé à l'Université de Liège.

Cette plate-forme nationale qu'on a soutenue - et que j'expliquerai un peu plus loin - a quand même réalisé près d'un million de tests. Ces investissements en temps ont été faits dans le but

d'augmenter à chaque fois, et selon les opportunités et les possibilités qui se présentaient, le nombre de tests, la capacité de test en Belgique.

Nous avons aussi mis en place, avec le service Qualité des laboratoires de Sciensano, un système qui permet de veiller à la qualité de l'ensemble de ces laboratoires. On a organisé de très nombreuses réunions avec tous ces laboratoires pour discuter des différents problèmes qu'on rencontrait, pour échanger de l'information. On a aidé à maintenir, avec Sciensano mais aussi la Commission de biologie clinique, un tableau mis à jour de façon extrêmement régulière des capacités de chaque laboratoire pour essayer d'avoir un tableau de bord, de savoir comment mieux anticiper les problèmes, de voir où étaient les problèmes de pénurie de réactifs. On répondait aux questions individuelles des laboratoires. Et, au final, la Belgique se situe aujourd'hui parmi les pays qui sont capables de tester le plus par habitant.

Cette capacité de tests, si elle est importante aujourd'hui - je ne dis pas que c'est un point final mais cela nous a positionnés plutôt dans le top -, c'est parce qu'on a à chaque fois rajouté des briques sur un système qui devait se construire. Oui, j'ai entendu parler de critiques demandant pourquoi tout se faisait à Louvain. C'est parce que c'est là qu'on a commencé, puis cela a évolué très vite mais le discours dans le débat public a, d'après ce que j'ai compris, perduré un peu plus longtemps que la réalité. Mais en termes d'évolution, cela s'est passé de cette façon-là.

Comment a-t-on créé cette fameuse plate-forme nationale? C'était à la demande du ministre De Backer, dans un contexte de pénurie de réactifs. La proposition du ministre était de mettre en place des lignes de PCR avec une capacité de type industriel dans des environnements de type industriel que sont les industries pharmaceutiques. Le point fort de cela, c'est cette capacité à développer des tests à très grande capacité. Il y a au sein de ces entreprises énormément de personnes extrêmement qualifiées dans le domaine de la biologie moléculaire. Le point plus fragile et le point d'attention, c'était que ce n'était pas des laboratoires qui avaient l'habitude de produire des résultats de type clinique, qui n'avaient pas de système de gestion de l'information de laboratoire comme on est supposé en avoir et que, d'une certaine manière, ils allaient être exposés au même problème de pénurie, voire même risquer d'être en compétition avec les laboratoires de biologie clinique.

Quand le ministre m'a demandé de prendre la coordination de cette initiative qui était la sienne,

qu'a-t-on mis en place? D'abord, j'ai demandé que soit incluse l'Université de Liège dans sa capacité à produire des réactifs alternatifs de façon industrielle. J'ai demandé qu'on mette en place, via des professionnels, des gens réputés sur le marché belge, un système de gestion de l'information, un système informatique du type de ceux qu'on utilise dans les laboratoires de biologie clinique. J'ai demandé que soit mis en place un système de qualité, de suivi de la qualité strict, bien plus strict que celui qui a été mis en place pour les laboratoires de biologie clinique, ce qui est logique aussi vu le niveau de risque. Le niveau de risque, c'est quelque chose de nouveau avec des gens qui ont moins l'habitude de produire un service clinique et, en plus, à très grande échelle.

On a mis en place, et je ne l'ai certainement pas fait seul mais avec énormément de mes collègues, et cela a demandé énormément de temps, un système de surveillance de la qualité. Ce système de surveillance, comme c'est sa fonction, a identifié à un certain moment des problèmes, et a permis de mettre en place des mesures correctives et parfois, même, de mettre en pause certains laboratoires pendant des jours et des semaines, le temps de résoudre les problèmes.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, cette plate-forme nationale, au final, a réussi à produire une masse de tests à des moments très critiques qui étaient vers le sommet de la première vague et la sortie de la première vague. C'est notamment cette initiative-là qui a permis de tester en masse les maisons de repos, parce que c'était vraiment le premier but, offrir ce service-là à un moment où la situation dans les maisons de repos était particulièrement critique, avec l'aide notamment de l'armée et d'organisations non gouvernementales qui aidaient dans la logistique d'échantillonnage.

Passé cette première vague, la logique voulait qu'on transfère petit à petit cette grande capacité vers les labos de biologie clinique. On avait dû agir en urgence, trouver une solution transitoire dans l'urgence, mais ce n'était évidemment pas une solution faite pour durer. Ce n'est pas le *business plan* des compagnies pharmaceutiques, ce n'est pas la finalité d'une firme pharmaceutique, et ce n'est certainement pas non plus la volonté à long terme, qu'il s'agisse du monde politique ou des professionnels qui aidaient à la mise en place de ce système. Là où je me suis engagé, c'était jusqu'au *switch* de ce transfert de capacité vers les laboratoires de biologie clinique et notamment vers ce système de plate-forme bis. À ce moment, j'ai décidé moi-même de me mettre un peu en retrait de la coordination pour pouvoir me concentrer sur la gestion du laboratoire à Louvain qui fait partie du consortium de huit laboratoires. C'est un travail très

technique mais qui est plus proche de mes compétences initiales et de mon métier, que je continue à aimer.

J'en viens à la mise en place du *tracing*. Dans quel contexte cela s'est-il passé? Il y a eu des appels répétés, insistants du GEES, dont je faisais partie, pour mettre en place comme étant une de mesures compensatoires au risque que l'on prenait en réouvrant des secteurs, un système de *testing and tracing*.

Comme vous le verrez dans plusieurs rapports, nous avons dû répéter cette demande, qui a finalement été entendue. Il a fallu convaincre. Puis, quand les gens ont été à moitié convaincus, il a fallu les convaincre que, même si c'était de la prévention, cela restait essentiel. Alors que la décision de déconfiner les secteurs était prise, pendant un long moment, nous n'avons rien vu arriver. C'est à cet instant que j'ai pris l'initiative, en concertation avec les membres du GEES ainsi qu'avec des personnes extérieures, de développer les grandes lignes d'une stratégie. Nous en avons discuté avec les nombreux experts qui étaient disponibles en Belgique pour nous aider.

Sur cette base, une mise en place était nécessaire. Nous avons alors vu, une fois encore, les différents niveaux de pouvoir se regarder en chiens de faïence. Le fédéral sortait d'un moment de grande tension avec les Communautés, en raison du débat relatif aux visites dans les maisons de repos. Je ne sais pas si vous vous rappelez que la première ministre avait autorisé leur reprise sous certaines conditions. Une des conséquences de cette décision a été une très grande tension entre le fédéral et les Communautés, au point que celles-ci s'en sont désolidarisées. Le discours du gouvernement fédéral était: "C'est leur job. Regardez ce qu'ils nous ont fait la dernière fois: dès que nous nous en mêlons, c'est la catastrophe." De leur côté, comme vous le savez, les pouvoirs régionaux sont différents et peu coordonnés, puisqu'ils ne sont pas faits pour, bien qu'ils exercent le même métier et qu'ils soient capables de travailler ensemble.

Il existait clairement un besoin d'avancer. Nous avons exercé une certaine pression à cette fin. À un moment, j'ai contacté les différentes autorités en leur annonçant que j'étais prêt à prendre cette initiative, car c'était nécessaire. Il n'y avait rien; il fallait au moins faire quelque chose. Ensuite, il est toujours possible d'améliorer et de critiquer ce qui est en place; mais, pour pouvoir critiquer, il faut qu'il y ait quelque chose.

C'est ce qu'on a fait! Une décision de la commission interministérielle de la Santé m'a

désigné comme coordonnateur dans un contexte assez particulier, dans le sens où la commission interministérielle me proposait de travailler avec des représentants de chaque Communauté et Région, ce qui était légitime, et me demandait de travailler avec une société IT, la Smals, dont le dirigeant était le mandataire du gouvernement. Voilà! C'était une décision. Sachant que la Smals est une société qui a quelques expériences dans le domaine de la santé mais qui n'en avait aucune dans le domaine du *tracing*, il a fallu avancer avec cet outil-là, même si on verra, on peut se rendre compte qu'il y avait peut-être d'autres choix. Il y a des logiciels informatiques proposés par l'OMS. C'est ce qu'on utilise à Louvain pour les étudiants - ils sont très efficaces - ou même pour des entreprises privées qui sont plus spécialisées dans le domaine.

Ce que je peux dire par rapport à cela, c'est qu'il y avait un point de convergence: dans l'aspect *tracing*, c'était "courir après le virus", qui est nécessaire. Donc, on appelle les gens, on liste les contacts, on les contacte, on les fait tester et ensuite, on avance. Cela ne posait pas trop de problèmes, même si, d'un point de vue technique, Sciensano devait nécessairement avoir des bases de données, lequel justement n'était pas capable de recevoir des informations individuelles, même si on est, ici, plusieurs mois ou plusieurs semaines plus tard. Cela nécessitait de changer le système de rapportage par les hôpitaux. Cela nécessitait toute une série de choses, y compris des débats en termes de gestion de la vie privée et des risques pour la vie privée, car cette notion de *testing* – et c'est logique – devait faire l'objet d'un certain débat pour que nous puissions quelque part le faire accepter par la société.

Ce qui, en interne, faisait débat, - et c'est un fait aussi - c'est que j'ai eu du mal à convaincre de l'importance de géolocaliser les lieux de transmission. Je n'ai pas réussi à convaincre. Pourquoi? Les arguments que l'on me donnait étaient justement ceux relatifs au respect de la vie privée. Il faut savoir que, pendant plusieurs semaines, avant ce phénomène, il y avait eu toute une série de réunions, dont je ne faisais pas partie, mais où le directeur dirigeant de la Smals et d'autres initiatives individuelles, plus ou moins élaborées, généralement de type universitaire ou société IT privée, venaient présenter leurs propositions en termes d'outils de *tracing*, etc., notamment l'historique de ce qui est maintenant l'application.

Mais à ce moment-là, il y avait eu énormément de *push back* de la part du dirigeant de Smals par rapport à toutes les solutions permettant de géolocaliser l'information. Quel que soit le niveau

de protection que l'on pouvait offrir à l'utilisateur, c'était un non catégorique ! On est resté dans cette lignée-là. D'un point de vue purement pragmatique, on a avancé sur ce qui faisait consensus et rien que cela c'était un énorme travail. Il n'y a donc pas eu de perte de temps. Mais il reste encore des chapitres importants à faire évoluer.

Parmi les questions relatives à la mise en place du *tracing*, il y a la question du rôle des firmes de consultance. Il faut savoir que, pendant cette crise, trouver des gens compétents capables de travailler 24h/24 dans un contexte où... Je vais vous donner une image: la première fois que je suis arrivé au SPF Santé publique, au début de la crise, j'ai vu des plateaux vides – je ne peux dire si les gens étaient en télétravail ou pas. Pourtant, le secteur est critique et nous n'étions pas encore en *lockdown*. Les dirigeants avaient la volonté de bien faire, mais j'avais l'impression qu'il y avait un problème de personnel et de compétences au sein des administrations. Je pense que l'omniprésence des contrats et des personnes provenant de firmes de consultance privées est là pour pallier l'absence en termes de nombre et parfois de compétences au sein du secteur public. C'est le résultat, je suppose, d'années de politiques en ce sens-là.

Oui, des firmes de consultance privées ont été présentes dans différents organes et le sont toujours aujourd'hui. Elles font un travail, à certains endroits, de super-secrétariat, préparant les dossiers, faisant les contacts entre les réunions, mais aussi parfois un travail d'influence, même si parfois il faut recadrer. D'autres font un travail très logistique, comme par rapport à tout ce qui est *testing*, les plates-formes nationales, etc.

L'environnement dans lequel nous nous trouvons comprend énormément d'entreprises de consultance différentes, ce qui est positif car cela permet d'éviter le monopole.

En ce qui concerne le comité interfédéral chargé du traçage, j'y ai travaillé quelques semaines. À ce propos, je précise que je n'ai jamais reçu de budget pour constituer mon équipe, les contrats étaient toujours signés par l'intermédiaire de Smals ou des Régions. J'ai décidé de quitter ce comité car j'avais l'impression que je ne pourrais pas continuer à apporter ce que j'avais envie d'apporter à un système qui, par définition, était de nature publique et non de nature universitaire. À partir du moment où le système avait été mis en œuvre et où je ne me trouvais plus sur la même ligne que ceux qui étaient chargés de la mise en place et du soutien plutôt que de la prise de décisions, il était nécessaire que je me retire pour laisser la place à d'autres, et c'est ce que j'ai fait.

J'aimerais simplement rappeler que cette période de démarrage a été marquée par des événements externes favorables et par le maintien du taux de reproduction du virus (taux R) à un niveau inférieur à un. Le suivi des indicateurs de qualité a été mis en place et les indicateurs ont progressé jusqu'à la fin. D'ailleurs, si on regarde les chiffres aujourd'hui, on constate qu'ils n'ont pas fort évolué depuis lors.

Je suis prêt à répondre à certaines questions et remarques, mais je pense avoir été jusqu'au bout de ce qui était mon mandat, qui consistait à créer quelque chose plutôt qu'à maintenir quelque chose pendant des années. Je vous rappelle que je suis également médecin à temps plein dans un hôpital.

J'aimerais faire le point sur les eaux d'égout. Vous savez que différentes initiatives ont été prises en Belgique en vue d'utiliser les eaux d'égout en tant qu'indicateur précoce d'un phénomène épidémique en devenir. À Louvain, ce système a été mis en place entre les deux vagues, et nous avons en effet vu le signal provenant des eaux d'égout augmenter parallèlement au nombre de patients dans les hôpitaux ou dans la ville.

À très court terme, dans une phase extrêmement intense de l'épidémie, ce signal ne nous apprend pas grand-chose car c'est grâce au dépistage humain que nous savons que le nombre de patients est plus élevé. Toutefois, on peut imaginer que, dans une période plus calme au cours de laquelle une diminution du dépistage systématique peut être envisagée, la mise en place de ce système de détection précoce par les eaux d'égout est certainement un outil pouvant faire partie de notre arsenal futur. Cependant, toute une série de difficultés logistiques peuvent émerger.

Des questions ont été posées concernant la charge virale. Faut-il que les laboratoires rapportent les valeurs Ct? Les valeurs Ct, c'est une information technique propre à chaque laboratoire, mais qui corrèle avec le nombre de virus qu'on a découverts dans un échantillon.

Pendant une infection, on a une montée très rapide du nombre de particules virales pendant quelques jours, et ensuite, ce nombre diminue. Non seulement le nombre diminue, mais les charges virales (les virus ou les parties de virus qui sont présents) sont de moins en moins efficaces, puisqu'elles ont été attaquées, dégradées par le début de réponse immunitaire.

Quand on parle d'un risque de contagion, on parle évidemment du nombre de personnes qui sont positives, mais il faut voir cela d'une façon tridimensionnelle. C'est le nombre de personnes qui sont contagieuses, mais dans une phase où

l'épidémie démarre, une grande proportion des patients sont au sommet de la courbe de leur production en termes de charges virales. Et au sommet, ce sont des millions, et plus que cela de virus par millilitre ou par gouttelette. Les charges virales sont extrêmement importantes.

Oui, il est important de donner une information sur le fait de savoir si l'on se trouve dans cette phase extrêmement productive et donc contagieuse de l'infection, ou si l'on se trouve devant le signal d'un test de laboratoire qui atteste plutôt d'une récente infection et non d'une bombe virologique en train de circuler dans la société.

On évolue vers cela. Il est relativement et techniquement difficile d'aligner tous les laboratoires, puisque tout le monde utilise des techniques différentes. On est en train de faire ce travail depuis plusieurs semaines pour essayer de rapporter cette information de façon la plus précise possible. Et espérons que l'on évoluera vers un système qui permettra de dire que oui, ce patient a été infecté ces derniers jours, mais non, il n'est pas fortement contagieux ou, en tout cas, il ne constitue pas un risque pour le reste de la communauté s'il respecte les mesures de protection qui sont applicables par tous tout le temps.

Des questions m'ont été posées au sujet de la mesure de l'immunité. Quelle est l'évolution? On accumule de l'information. Il fallait du temps pour pouvoir mesurer dans la longueur ce qui se passe avec l'immunité. Après une infection, généralement, on va détecter des anticorps. Parfois, certaines personnes en produisent trop peu, donc ce n'est pas détectable par les tests qui ont une certaine limite de détection. D'autres personnes vont en produire beaucoup, et c'est plus souvent le cas chez les personnes qui ont des symptômes sévères et qui ont développé une immunité importante.

Quand on regarde dans la biologie pure, ce n'est pas le nombre d'anticorps qui est important, mais le nombre de ceux qui neutralisent la particule virale. C'est une affinité particulière pour le virus et c'est une partie seulement de ces anticorps. Mais, en règle générale, au plus on a d'anticorps, au mieux on est protégé et au plus longtemps on va le rester même si on observe, et c'est un fait, une diminution progressive auprès de tous types de patients du nombre d'anticorps. En conséquence, l'immunité naturelle offerte par une infection n'est pas systématique ni égale entre tous les patients, ni égale dans le temps.

On me pose des questions relatives à des moments clés dans la gestion de l'épidémie sur l'élargissement des critères de *testing*. Pendant

une épidémie telle que celle-ci, il y a des fenêtres d'opportunité. Quand l'épidémie diminue, alors que l'augmentation de la capacité de test augmente, on peut s'autoriser des *switches* et élargir les indications de *testing*, non pas dans le but de faire plus de tests, mais dans celui d'aller davantage vers une logique de prévention et de contrôle de l'épidémie. Alors que, quand on est trop réduit, on ne teste que les patients hospitalisés. On est alors dans une logique de mesure d'un phénomène et non pas spécialement dans celle de contrôle d'une épidémie de santé publique.

Oui, à certains moments, il y a eu des fenêtres d'opportunité durant cette épidémie. Oui, ce fut compliqué de les faire avaliser. Oui, j'ai dit que le Risk Assessment Group était, pour moi, trop "conservatif" c'est-à-dire qu'il n'osait pas assez changer au bon moment et de façon assez précoce sa façon de voir les choses. Oui, j'ai poussé, à un certain moment, pour court-circuiter ces avis négatifs. J'ai utilisé d'autres lieux pour débattre et faire accepter ces décisions. Je ne le regrette pas.

Pour l'évolution récente du *testing*, je formulerai peu de commentaires parce que, comme je vous l'ai dit, j'ai décidé de me concentrer désormais sur mon laboratoire. En règle générale, réduire des critères de *testing* représente un très mauvais signal, car cela veut dire qu'on s'est laissé dépasser et qu'on a laissé diminuer la qualité du travail. Il est donc urgent de retourner vers une situation qui soit de nouveau acceptable d'un point de vue de santé publique. C'est ce qui est prévu. Je ne ferai donc pas plus de commentaires.

L'introduction des tests antigéniques ou salivaires ou encore du *pooling* de tests implique des techniques qui sont les bienvenues aujourd'hui. Malgré leur moindre sensibilité, si bien qu'on va rater certains cas, elles permettent de tester plus de monde. Dans cette logique non de diagnostic individuel, mais de circulation du virus dans une communauté, on détectera plus de personnes infectées. Même si le test manque un patient sur deux – ce qui n'est pas le cas -, on peut objectiver la circulation d'un virus et donc agir très vite en augmentant les mesures de prévention et de contrôle de la transmission. Donc, oui, ces stratégies sont les bienvenues, à condition qu'elles ne remplacent pas le diagnostic individuel et aussi qu'elles soient suivies et intégrées dans une stratégie d'action rapide. Le but n'est, en effet, pas d'observer un phénomène qui se dégrade, mais bien les prémices d'une situation inquiétante et d'agir le plus vite possible pour éviter qu'elle ne se dégrade.

J'en viens au rôle des écoles. Je suis microbiologiste, je ne suis ni pédiatre ni

épidémiologiste, mais il y a quelques faits. Le premier fait est que les enfants peuvent être infectés, même s'ils ont des formes moins graves de la maladie, et même si on peut imaginer, pour toute une série de raisons, que les enfants sont de moins bons transmetteurs de la maladie. Mais il y a tout de même de la transmission dans les écoles. Donc cela existe.

Un autre fait est que les premières études montrent que l'incidence, en termes d'anticorps dans les écoles, est le reflet de l'incidence de la communauté que couvre cette école. Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que l'école, quand des mesures qui sont d'application sont prises, n'est pas un amplificateur d'un problème au niveau de la communauté. Elle en est le reflet. Si l'école était la source de tous les problèmes qu'il y avait à l'extérieur de la communauté, on visualiserait cela comme étant une incidence de la maladie beaucoup plus importante qu'à l'extérieur. L'école jouerait alors un rôle d'amplificateur. Ce ne semble pas être le cas. Cela veut aussi dire que si on se donne l'illusion de penser que fermer uniquement les écoles permettrait de laisser ouvert le reste de la société, ce ne sera pas le cas non plus. Les écoles ne peuvent donc pas être vues comme étant la solution à tous les autres problèmes.

Dans ce débat autour de l'école, il ne faut pas se voiler la face. L'école, dans notre société, a un rôle dans l'éducation et le droit à l'éducation, mais elle permet aussi aux parents de tous ces enfants de travailler ou de télétravailler. Si on ferme trop vite les écoles, si on prend uniquement l'aspect organisationnel de notre société, dans une logique économique, cela a un double impact. On prive les enfants de leur droit à l'éducation et on prive les parents de leur capacité à travailler ou à travailler efficacement. Ce qu'il faut faire, je pense, c'est continuer à réfléchir, et à voir, quand ça dérape, ce qui a fait que cela a dérapé. Comment peut-on accumuler ces expériences et les propager dans d'autres écoles, dans d'autres secteurs?

Je voudrais encore insister sur le fait qu'on est de nouveau, avec l'éducation, dans un dossier où la gouvernance est morcelée. L'éducation, en plus, en fonction de là où on se situe dans le pays, est plus ou moins liée à d'autres compétences, ce qui fait inévitablement que la discussion autour de ces équilibres, et la manière d'engager un projet collectif, rend les choses toujours plus compliquées.

J'en arrive enfin au rôle du confinement. Un fait est que ce virus a besoin de contacts entre des personnes qui respirent le même air pour pouvoir se transmettre. On sait d'emblée que le panel de

mesures de prévention qu'on a aujourd'hui à disposition - on peut le décrire - est imparfait car on sait que la situation peut déraiper malgré tout cela. Il se peut qu'une situation relativement stabilisée dérape pour toute une série de raisons. Il y a, d'une part, le phénomène humain: le relâchement des mesures ou le relâchement de la perception de la manière d'appliquer les mesures. D'autre part, des changements climatiques, on en a déjà parlé, peuvent aussi créer ce fameux déséquilibre, simplement par le fait que les comportements individuels - au niveau de notre pays, cela crée d'énormes changements - changent de façon subtile et donc augmentent à chaque fois ce risque de transmission qui s'accumule dans toute notre société jusqu'à atteindre un certain niveau qui crée un basculement.

Quand on observe une accélération et qu'on n'est pas capable de la contrôler ou qu'on voit qu'elle dérape ou qu'il y a un risque important de dérapage d'un *cluster* vers une transmission généralisée dans la communauté, il ne faut pas hésiter. Il ne faut pas hésiter à proposer des mesures qui sont prises à temps et il faut se rendre compte qu'à chaque fois qu'on prend des demi-mesures, telles que fermer un petit secteur qui ne va pas changer grand-chose ou réinsister un tout petit peu sur un message sans y croire vraiment, etc., on paie deux fois. On paie toute cette période où certaines personnes, certains secteurs vont subir des mesures renforcées sans aucun impact sur l'évolution de l'épidémie, et puis, on paie une deuxième fois parce qu'au final, on doit quand même faire un *lockdown*.

Faire un *lockdown* précoce, ce n'est pas être complètement déconnecté de la réalité sociale et économique d'un pays. C'est justement éviter, il me semble, de devoir payer deux fois la facture de ce que ce virus nous impose.

On me demande: "Vous avez dit qu'il fallait un confinement pendant un an." J'aimerais préciser que je n'ai jamais dit qu'il fallait un confinement pendant un an. Ce qui a été écrit dans la presse et dans ses titres ne reflète pas ce que j'ai dit. Je ne vais pas entrer dans les détails mais il suffit de lire l'article original. Je pense que, oui, il faut être très rigoureux, très attentif pendant une longue période. C'est bien cela le corps du message. Tant qu'on n'a pas des outils complémentaires suffisamment efficaces, suffisamment disponibles - je pense notamment au vaccin, éventuellement un jour aux antiviraux -, il va falloir rester rigoureux et il va falloir aussi tenir en compte, du fait de cette fatigue, du fait que dans l'application des mesures, il y a inévitablement des moments de vagues. Oui, il y a un moyen d'agir pour limiter les mouvements de ces niveaux d'application dans les mesures et cela, en

étant systématique, en étant rigoureux, en étant basé sur l'évidence, en ayant un leadership convaincant. Je pense qu'ainsi, on va pouvoir traverser cette épidémie sans y laisser trop de victimes, même s'il y en a déjà eu beaucoup trop.

Le **président**: Monsieur André, je vous remercie pour toutes vos réponses.

Vous aviez reçu beaucoup de questions et je pense que vous avez répondu à beaucoup d'entre elles. Des membres ont-ils encore des questions ou des remarques supplémentaires?

Daartoe geef ik het woord aan de leden in volgorde van de grootte van de fracties.

**Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de voorzitter, professor André, ik merk een heel grote betrokkenheid, waarvoor ik u wil bedanken. Het is mooi om te horen dat u er zo mee ingezet hebt en nog mee inzit.

Wij hebben al heel veel gehoord. Over enkele zaken wil ik graag nog verduidelijking.

Op een gegeven moment had u het over de inertie in ons gezondheidstelsel, wat soms de noodzaak die snelle veranderingen met zich meebrengen om op een andere manier in te grijpen, bemoeilijkt. Durft u ook te zeggen dat er van inertie sprake is binnen de expertengroepen en/of binnen de overheidsstructuren? Ik hoorde u ook zeggen dat er vaak competentie ontbreekt. Vindt u dat er genoeg dynamiek aanwezig was, was de sfeer voldoende dynamisch? Bestond de bereidheid om out of the box te denken? Kon het volgens u ook interessant zijn geweest om op een gegeven moment crisismanagers te betrekken in de aanpak van de crisis?

Om mensen te leren maatregelen na te leven, is het volgens u ook belangrijk dat de overheid geloofwaardig is. Hebt u het idee dat er op dat vlak een probleem is geweest? Heeft de overheid haar geloofwaardigheid verloren en hoe komt dat volgens u vooral? Via sociale media en nog andere kanalen doen er allerlei complottheorieën de ronde. Denkt u dat dit ermee te maken heeft, dat het gebrek aan geloofwaardigheid zulke theorieën voedt?

Over de rapportering door Sciensano per batch maakte u melding van een systeem dat u had opgezet om de informatie op een meer gedetailleerde manier te verzamelen, maar dat die tool niet gebruikt werd. Een aantal maanden later werd een andere tool wel gebruikt. Kunt u daarover meer toelichting geven? Welke firma heeft die tool gemaakt? Waarom werd er voor die tool gekozen

en niet voor de tool die u had ontwikkeld?

U zegt, terecht, dat er druk moest worden uitgeoefend om meer transparantie te verkrijgen over de gegevens bij Sciensano. Ook wij hebben gemerkt dat wetenschappers en onderzoekers op zoek waren naar data om zelf analyses te kunnen uitvoeren. Ik vind dat een enigszins vreemd gegeven, aangezien wij van Sciensano ook de boodschap hebben gekregen dat er te weinig personeelsleden voorhanden waren om goede analyses te kunnen doen.

Wat is daar de reden voor? Meent u dat er ook geen traditie van transparantie was? Vindt u dat een belangrijk werkpunt voor de toekomst?

U hebt het ook over het gebrek aan leiderschap gehad en u haalde het aantal bevoegdheidsniveaus en de talrijke ministers bevoegd voor Volksgezondheid aan. Hierdoor kon men zich waarschijnlijk achter een collega verstoppen. Dat is een les die we moeten meenemen want we weten uiteindelijk allemaal dat het federale niveau bevoegd is als het over een pandemie gaat. De kapitein moet daar dan gewoon aan dek gaan staan. Dat is iets wat veel duidelijker naar voor zou moeten komen.

Persoonlijk vind ik het storend dat er geen overzicht is van de infecties die zijn opgelopen door zorgverstrekkers. Er zijn ook geen gegevens van het aantal ziekenhuisopnames en overlijdens. Werden die gegevens op een gestructureerde manier verzameld? Ik heb er zelf al verschillende keren om gevraagd maar ik heb nooit echt een overzicht gekregen. Meent u dat het aangewezen is om dergelijke gegevens te verzamelen en ter beschikking te stellen? Alleen al om lessen te trekken voor de toekomst zou dat immers interessant zijn.

Ik heb ook vragen over de testcapaciteit. Waarom was die centraal georganiseerd? U zei dat Leuven eigenlijk het enige labo was dat gespecialiseerd was in respiratoire aandoeningen. Zij konden die inhoudstest ontwikkelen en andere labs konden dat niet. Wij hebben echter signalen gekregen van andere labs die op dat moment wel degelijk klaarstonden om in te springen. Zij hebben dat zelf aangegeven, bijvoorbeeld tegenover Sciensano, maar werden niet betrokken bij het testproces. Dat heeft natuurlijk tot frustratie geleid. Waarom werden zij daar niet bij betrokken?

Waarom is men zo snel overgegaan tot het opzetten van dat nationaal testplatform? Dat had immers ook nadelen. U zei dat zij niet zo afhankelijk waren van de reagentia omdat zij een ander systeem gebruikten dat ontwikkeld was in

Luik. Waarom is dat systeem dan niet geïmplementeerd in de bestaande klinische labs? Zij hadden immers wel degelijk het voordeel dat ze wisten hoe ze moesten omgaan met bijvoorbeeld patiëntengegevens, hoe ze moesten rapporteren en dergelijke. Dat was niet onbelangrijk als we snel resultaten van die tests nodig hadden.

Volgens de verslagen van de RMG is er op een gegeven moment ook sprake geweest van dubbele informatiestromen. De testresultaten werden zowel door Sciensano als door het referentielab verzameld. Hoe kwam dat? Waren daar vooraf geen duidelijke afspraken over gemaakt? Dit heeft immers de rapportering en het zicht op de verspreiding van de infectie niet vergemakkelijkt.

Ik heb ook nog een vraag over de tabellen met het aantal besmettingen die door Sciensano worden gepubliceerd. Die tabel met het aantal positieve gevallen start op 1 maart, maar er waren ook al besmettingen voor 1 maart, zoals wat we nu denken dat de *index case* is, de heer Soubry. Hij was al op 3 februari positief. Aanvankelijk stonden er op de lijst ook testen vanaf 30 januari. Er zijn ongeveer 46 positieve gevallen die nu onder aan de lijst van positieve gevallen staan. Er is geen duidelijkheid over welke gevallen het gaat, wanneer die mensen getest zijn en wanneer de resultaten gerapporteerd werden. Het is nochtans heel belangrijk om dat uit te zoeken. Zo weten wij ook hoe dit virus ons land is binnengekomen en hoe het zich in die beginperiode heeft verspreid. Wordt dat nog verder onderzocht of niet?

Vindt u dat we voldoende alert zijn geweest tussen de golven?

Wat denkt u van het idee van een barometer? Vindt u het een goed plan om dat uit te rollen? De bevolking kan zo meer betrokken worden bij de epidemie en ze krijgt zo meer grip op de situatie. Iedereen kan dan zien in welk niveau men zit en wat erboven of eronder zit, ook voor de consequenties daarvan.

Vindt u ook dat er voldoende beroep is gedaan op gedragsexperts en psychologen in de verschillende beslissingsorganen en in de communicatie?

Ik heb het altijd al heel vreemd gevonden dat we eigenlijk nog altijd niet goed weten waar we de besmettingen oplopen. U geeft aan dat dat vooral een probleem inzake privacy is. Aan de andere kant horen we dan wel dat er wel degelijk werk wordt gemaakt van bronnenonderzoek. Hoe staat het hiermee? Op welke manier zou dit het beste gebeuren volgens u?

U sprak ook over Smals die blijkbaar een heel grote rol heeft gespeeld. Vindt u dat die firma een te grote invloed heeft gehad in het geheel of heeft u daar een ander idee over?

U was een van de personen die de DiaSorintest aanbevelen. Daar is achteraf heel wat over te doen geweest, maar dat ging dan vooral over de indruk van bijvoorbeeld belangenvermenging die er geweest zou zijn. Dat wordt nog volop onderzocht. Wat was uw rol precies in de keuze van die test?

**Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, professor André, ik dank u voor uw verhelderende en zeer eerlijke uiteenzetting.

Het was ontluisterend. Het was ook soms heel pijnlijk om te horen wat u ons vertelde, vooral de passages over het gebrek aan politiek leiderschap en de nonchalance die heerste in het begin van de crisis.

U zegt over de toenmalige minister van Volksgezondheid: "Ce n'était pas vraiment son truc." Was het dan niet beter geweest dat de minister de sleutel had doorgegeven aan iemand anders, die wel heel hard kon inzetten op die gezondheids crisis en er ook effectief was voor onze bevolking?

U zegt over de overheidsdiensten ook dat het niet allemaal zo vlot verliep. Hebt u het gevoel dat er, naast het gebrek aan personeel waarop wij in deze commissie al heel vaak gewezen zijn, ook een vorm van vastgeroest zijn heerst en men niet uit dat keurslijf geraakt waarin men soms verzeilt na jarenlang in een overheidsdienst te werken? Kon men met andere woorden snel schakelen met overheidsaanbestedingen? Zijn er bepaalde urgentiemechanismen in gang gezet om ervoor te zorgen dat we sneller toegang hadden tot bepaalde diensten?

U had het ook over de transparantie van Sciensano. Mijn collega heeft het daarover al gehad. Wij ondervinden soms ook moeilijkheden met de transparantie van het FAGG. Hoe was uw samenwerking met het FAGG, niet alleen met betrekking tot de testen maar ook met de medicatie en het regelen van alle testen en alle geneesmiddelen en benodigdheden die er waren? Verliep dat vlot? Verliep dat transparant? Vond u dat er vanuit de diensten van het FAGG voldoende mogelijkheid was om flexibel te werken?

Wij hebben voorts in de verschillende hoorzittingen al vaker gehoord dat het dezelfde experts zijn die aan tafel worden geroepen. Het zijn vaak ook experts die al vorige crisissen hebben meegemaakt. Wat is uw idee daarover? Hebt u

soms ook het gevoel gehad dat het te veel "ons kent ons" was? Heeft men alle expertise in ons land op een optimale manier benut?

De coronacommissaris is aangesteld na uw mandaat. Ik had graag van u geweten wat uw gevoel is over de ideale werkwijze van de coronacommissaris? Moet hij aangestuurd worden door de minister van Volksgezondheid? Moet hij een meer zelfstandige operatie kunnen voeren? Of moet hij aangestuurd worden door de crisiscel van Binnenlandse Zaken?

U zei ook dat u de definitie van de hoogrisico-contacten graag ruimer had gezien. Hebt u dat ook te kennen gegeven in de verschillende gremia waarin u aanwezig was? Zo ja, aan wie hebt u dat gezegd? Waarom is dat weerlegd?

Wat vond u van de beslissing van een paar weken geleden om de asymptomatische personen niet meer te testen? Hoe hebt u de communicatie daarover als arts ervaren?

Vorige week was er ook een bepaalde communicatie gepland. Die was dan weer vertraagd. Hoe ervaart u dat vanuit uw functie als arts?

In september werden een aantal versoepelingen doorgevoerd? Kent u de echte beweegredenen daarvoor?

Hebt u weet van enige politieke druk vanuit bepaalde hoeken? Er wordt soms gesuggereerd dat de ene regio het heel wat moeilijker heeft om de maatregelen te hanteren, en met regio's bedoel ik dan gebieden, steden en gemeenten.

Ten slotte, hebt u weet van mensen of groeperingen die aan de FOD Volksgezondheid duidelijk de sense of urgency hebben gemeld, zowel in het begin van de crisis als in de periode tussen de eerste en de tweede golf?

De **voorzitter**: Ik vermoed dat mevrouw Ingels het woord niet vraagt.

**Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Merci, monsieur André, pour votre longue intervention.

Je pense que vous avez répondu très scrupuleusement aux questions qui étaient posées, sans les éluder. C'était également un témoignage très authentique, pédagogique et très transparent, de sorte que je n'aurai pas beaucoup de questions à ajouter.

J'aimerais malgré tout aborder la question du traçage et du traçage rétrospectif, qui est la

politique choisie au Japon. Cette méthode exige davantage de recherche quant aux endroits où se trouvaient les personnes concernées et constitue dès lors une méthode plus intrusive en matière de vie privée. Je me demandais s'il était envisageable d'appliquer cette stratégie de traçage après cette seconde vague, car elle a fait preuve de son efficacité accrue, si l'on en croit les nombreux articles scientifiques en ce sens.

À cet égard, le Règlement général relatif à la protection des données (RGPD) est-il vraiment un facteur de blocage? Au nom du respect de la vie privée, on en arrive à limiter davantage les libertés individuelles, car force est de constater que nous ne sommes pas parvenus à contenir le virus, et la seule solution que nous ayons trouvée consiste à soigner et à confiner. J'aurais aimé avoir votre avis sur la question, même si j'ai entendu parler de tous les blocages émanant de la direction de Smals, mais je ne rentrerai pas dans ce débat.

Lundi dernier, Richard Horton de la revue scientifique *The Lancet* estimait que les experts qui conseillaient les politiques auraient dû réagir dès le mois de janvier, à la lecture de la littérature scientifique et au vu des problèmes liés au virus et déjà relatés dans ces articles. Les pays européens auraient donc dû adopter une démarche préventive beaucoup plus tôt, et même l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a réagi trop tard. Partagez-vous cette analyse? En tant que centre national de référence pour les agents pathogènes respiratoires, comment avez-vous réagi au tout début de la crise?

**Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, mijnheer André, ik heb nog een korte vraag over de PCR-testen.

Ik lees hier en daar nog dat daar 30 % valsnegatieven tussen zitten. Klopt het dat dit aantal nog steeds zo hoog ligt? Is daar evolutie in? Kan dat naar beneden gaan? Met 30 % valsnegatieven zitten we toch met een grote groep mensen die een negatief testresultaat krijgt, maar wel besmettelijk is en het is de vraag hoe we daarmee moeten omgaan.

Ik dank u alleszins voor uw uitvoerige uitleg.

**Patrick Prévot** (PS): Monsieur le président, je voudrais faire une constatation et deux réflexions avant de poser quelques petites questions complémentaires.

Comme je l'ai déjà dit ce matin, je constate que le fait de transmettre les questions au préalable nous fait gagner énormément de temps, notamment en termes d'efficacité, surtout lorsque l'on a la chance

d'avoir des oratrices ou des orateurs qui jouent le jeu, comme M. Vanthemsche ce matin ou M. André cet après-midi.

Monsieur André, je vous remercie, avant tout, pour votre exposé. Vous avez abordé le report des soins. Vous avez dit que des personnes, malades chroniques ou autres, ont dû reporter, annuler ou postposer des soins lors de la première vague. C'est beaucoup moins le cas lors de la deuxième vague, même si l'évaluation est toujours en cours, puisque cette deuxième vague l'est également. Toutefois, on a quand même tiré quelques enseignements. Au-delà du fait qu'on connaît davantage le virus, les hôpitaux sont plus sûrs et le personnel mieux équipé.

Vous avez parlé également du *testing*, des mesures d'hygiène, de la présence en nombre suffisant des équipements de protection individuelle, des masques et des gels hydroalcooliques, qui ont réduit drastiquement les infections au sein des hôpitaux. Je sais que cette seconde vague est toujours en cours, mais nous devons faire un travail sérieux, à charge et à décharge. Il faudra aussi pouvoir évaluer, au sein de cette commission, si des enseignements ont été tirés.

La connaissance sur le virus, cela relève du milieu médical. Ce qui nous intéresse également, c'est ce qui s'est passé au niveau politique, ce sont les leçons que l'on a pu tirer de la première vague. Si vous en avez le temps, pourriez-vous nous donner votre sentiment sur cette seconde vague en cours et sur le fait de savoir si des enseignements ont clairement été tirés au-delà du monde médical qui, lui, a très bien réagi?

On vous a entendu être très critique – ce n'est pas la première fois – sur le système de contingentement des médecins. Je dois vous dire qu'à titre personnel, je pense qu'il faudra réformer ce système en tenant compte des besoins.

Par ailleurs, vous avez parlé d'un nouveau système qui avait été proposé par les universités à la mi-mars, un système qui aurait été refusé par Sciensano et le RAG.

Sauf grosse distraction de ma part, il me semble que vous n'avez pas détaillé ce système. J'aurais donc souhaité que vous nous en disiez plus sur ce qu'avaient envisagé les universités.

Enfin, vous avez abordé ces fameuses relations entre les experts scientifiques et le monde politique. Nous savons qu'à titre personnel, les vôtres furent parfois compliquées avec celui-ci. Vous avez pu vous exprimer à ce sujet. Pour ma

part, ce qui m'intéresse, c'est de trouver des solutions. Après la gestion de cette deuxième vague, nous n'en espérons pas une troisième. Cependant, même en cas de futures pandémies, comment éviter que ne se reproduisent des désaccords entre les experts scientifiques et les politiques? Plus précisément, dans la gestion de cette crise, quelles difficultés avec le monde politique avez-vous affrontées dans toutes vos missions successives que vous avez rappelées, en rapport avec la structure organisationnelle? Comment les sphères scientifiques et politiques peuvent-elles cohabiter et travailler conjointement et, certainement, beaucoup mieux que ce ne fut le cas jusqu'à présent?

Le but est aussi d'aboutir à une communication intelligible qui soit diffusée auprès de toutes les couches de la population. Là aussi, vous avez rappelé les difficultés présentes dans notre pays: trois langues différentes ainsi qu'une société hyper inclusive, mais multiculturelle. Le message n'a donc pas pu percoler auprès de toutes les couches de la société. C'est aussi un enseignement qu'il faudra tirer.

Je ne serai pas plus long pour ma deuxième intervention. Une fois encore, je vous remercie pour votre exposé et, d'ores et déjà, pour les réponses complémentaires que vous pourrez nous apporter.

**Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer André, ook vanwege onze fractie hartelijk dank voor uw antwoorden op de vragen en voor uw eerlijkheid.

Ik heb nog een aantal kleine vragen.

U zei op een bepaald moment over de mondmaskers: wij hadden er geen, dus wij moesten de maatregelen bijstellen. Toen kwamen de maatregelen als handen wassen, afstand houden, enzovoort. Was het niet efficiënter geweest op dat moment ook transparant te communiceren aan de bevolking dat we eigenlijk voldoende mondmaskers hadden moeten hebben en dat we wat we hadden, voor de zorgsector zouden houden, eraan toevoegend dat men natuurlijk afstand moest houden, de handen wassen enzovoort?

Was het geen gemiste kans om het vertrouwen van de bevolking geheel in het begin van de eerste golf niet kwijt te geraken? Daar hoor ik graag uw mening over.

U zei ook dat we niet alleen op het curatieve mogen inzetten, maar dat preventie zeker even belangrijk is. Vindt u dat er te weinig aandacht gegaan is bij het beheer van de crisis naar het beklemtonen van

het belang van gezonde voeding, beweging, hydratatie en eventueel extra vitamines voor bepaalde doelgroepen? Ik zeg zomaar iets. Graag had ik hier ook uw mening over gehad.

In verband met de testen zei u dat speekseltesten en andere testen nu welkom zouden zijn en dat men die in onze teststrategie zou moeten integreren. Maar in de eerste golf, in maart, werden de sneltesten verboden. In de krant stond nu dat België er wel al besteld had en ook een fikse bedrag voor betaald had voor de minnelijke schikking nadat het die testen verboden had en ze niet nodig had.

Hadden wij die testen niet beter toch gebruikt, daar ze toch betaald zijn? Hebben wij de boot niet gemist door ons alleen op PCR-testen toe te leggen? Wij hadden die andere testen misschien kunnen gebruiken in collectiviteiten of in scholen? Ook daarover hoor ik graag uw mening.

Het volgende was mij eerder ter ore gekomen maar ik had er geen bewijzen voor.

In verband met de app, indien ik u goed begrijp – u mag mij tegenspreken, indien dit verkeerd zou zijn –, werd u, mooi verwoord, min of meer verplicht met het bedrijf Smals te werken en was de vertegenwoordiger van dat bedrijf ook adviseur van de FOD Volksgezondheid of toch van de regering.

Indien dat klopt, is dat een heel ernstig feit en een feit van belangenvermenging.

Ik had daarover graag wat meer precisering gekregen van u.

**Michel De Maegd (MR):** Monsieur le président, je voudrais tout d'abord remercier le Dr. Emmanuel André pour ses longues réponses éclairantes, en effet.

J'acte aussi - vous l'avez aussi souligné dans votre exposé - tout le monde avait une volonté manifeste de bien faire. Il est important de le rappeler, même si l'idée de la commission spéciale est de tirer les enseignements et de faire des recommandations pour mieux faire, cela tombe sous le sens.

J'aimerais vous entendre sur la répartition des rôles entre politiques et experts dans le cadre de la gestion de cette crise. Vous avez dit, à un moment donné, dans cette chaîne RAG RMG KGV OCC, que des centaines de personnes interagissaient dans cette chaîne et qu'on était plus dans un esprit de compétition que de complémentarité. Ce sont vos mots. Comment pourrions-nous optimiser cette cohabitation dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun?

De plus notre orateur de ce matin, M. Vanthemsche, a évoqué l'opportunité d'avoir une diversité plus grande d'experts au sein des organes consultatifs. Est-ce aussi votre opinion vu qu'il y a déjà NOMBRE d'intervenants?

Sur la gestion de la crise, j'entends beaucoup de choses au sujet de sa complexité et vous l'avez vous-même évoquée. Toutefois, la crise que nous avons affrontée est complexe: aux niveaux sanitaire, économique, global... Quels sont les points positifs s'il y en a à retirer de cette structure? Comment pourrions-nous l'améliorer? J'ai noté certaines critiques sur lesquelles je reviendrai par la suite.

Au niveau international, on en a peu parlé, comment à votre estime pourrions-nous améliorer le rapportage des données? Quels indicateurs-clés utiliser? Le taux de surmortalité vous semble-t-il être un bon indicateur et si oui, pourquoi? Quel est votre sentiment sur le temps de réaction de l'OMS dans les premiers moments de la crise? J'entends bien les critiques relatives aux masques (le Vlaams Belang a encore insisté à ce sujet) avec un manque de transparence envers la population. Mais je reviens sur cet épisode des masques, car le 31 mars, l'OMS dit qu'il faut réserver ces masques au personnel soignant et affirme et je cite: "Il n'y a pas de preuve que le port du masque par l'ensemble de la population ait un effet bénéfique." L'OMS n'est-elle pas coupable d'avoir mal aiguillé nos gouvernements vers ces recommandations relatives au port du masque.

Sur la communication, avez-vous constaté une amélioration de celle-ci tout au long de la gestion de cette crise? C'est important de le savoir aussi. On a souvent parlé de messages et vous avez aussi évoqué au cours de votre audition des messages qui ont circulé et qui étaient dommageables. Vous avez aussi dénoncé les difficultés pour avoir les données de Sciensano mais, "*in fine*", dites-vous "nous avons réussi à faire évoluer les mentalités". Il est important à mon sens d'avoir davantage d'informations en la matière. Comment concevez-vous, à titre personnel, votre rôle sur le plan de la communication sachant que vous avez pris une part active dans la gestion de la crise?

Plus globalement, quel est le rôle des experts à cet égard?

Vous avez souligné la part d'une communication claire et cohérente dans l'adhésion de la population aux mesures de lutte contre le virus. Selon vous, comment pourrait-on éviter, à l'avenir, des messages contradictoires entre le message

politique et la prise de parole individuelle de certains experts? Vous-même avez été critiqué par vos pairs, à un moment donné, sur certaines prises de position. Autant le dire! On est là pour tout se dire. Afin de garantir cette cohérence du message et la lisibilité des mesures pour la population, doit-il exister ce qu'on pourrait appeler un devoir de réserve, ou quelque chose portant un autre nom, à défaut de meilleure expression, concernant strictement les décisions prises, surtout de la part des experts qui participent activement à la prise de ces mêmes décisions, ou à votre avis ne faut-il pas de cela dans ce genre de crise?

Le débat et, souvent, l'absence de consensus est une marque de fabrique de la science, en réalité, qui est sans cesse en questionnement, et c'est une bonne chose. Mais comment éviter, si cela est possible – et je n'en sais rien, c'est une question que je vous pose – que les polémiques dans la presse et sur les réseaux sociaux ne nuisent finalement à la clarté du message et ne détériorent la confiance et l'adhésion de la population, qui sont si précieuses dans ce genre de crise, tout cela bien sûr en respectant la totale liberté d'expression à laquelle nous sommes, en tout cas, chez les libéraux, extrêmement attachés?

Vous avez évoqué le fait d'avoir séparé l'aspect préventif, qui dépend des Régions, de l'aspect curatif, qui dépend du fédéral, en disant clairement que c'était une erreur. Vous avez aussi déploré "la cohabitation sans *leadership* entre huit ministres de la Santé". Au sujet du *tracing*, vous l'avez dit, il y avait d'autres choix à faire. Vous avez parlé du système OMS ou de systèmes développés par des sociétés privées plutôt que celui de Smals qui n'avait pas, à vous entendre, de compétence particulière dans le *tracing*. Dans une perspective constructive, si vous deviez tirer les principaux enseignements de la gestion de cette crise, quels seraient-ils? Qu'est-ce qui serait finalement le plus urgent à corriger aujourd'hui?

J'ai encore deux ou trois petites questions. Les hôpitaux sont plus sûrs aujourd'hui que lors de la première vague, vous nous l'avez dit. Est-ce le cas des maisons de repos?

Il faut intégrer l'inertie de notre système – ce sont à nouveau vos mots – car la vitesse de propagation du virus, elle, ne change pas. Mais alors comment l'intégrer? C'est une question sur laquelle j'aimerais vous entendre. Comment intégrer cette inertie pour améliorer notre efficacité?

Mon collègue du parti socialiste a parlé du *numerus clausus* à juste titre. Là encore, il faut donner une part plus importante au préventif dans l'activité des médecins. J'imagine que votre recommandation

serait de revoir ce *numerus*; j'aimerais clairement vous entendre à ce sujet.

Dernière question, comment éviter une troisième vague? Vous en avez parlé. Vous dites qu'il faut maintenir un confinement précis et rigoureux mais qui diminue les impacts négatifs. Qu'est-ce que cela veut dire concrètement? Comment confiner tout en diminuant les impacts négatifs pour éviter une troisième vague?

Voilà mes questions, monsieur André. Je vous remercie.

**Nathalie Gilson (MR):** Monsieur le président, je vous remercie.

Avant d'intervenir en complément à ce que vient de dire mon collègue, d'abord, monsieur André, je voudrais aussi vous remercier pour tout ce que vous avez fait pendant cette crise. Vous l'avez dit, chacun a tenté de faire de son mieux, et j'en suis convaincue. Je vous remercie pour tout cela et pour toutes les réponses que vous nous avez apportées.

J'aime beaucoup toujours regarder ce qu'il se passe à l'étranger et essayer d'en tirer des leçons et d'identifier les *best practices* comme on dit. À ce sujet, j'aimerais avoir votre avis, par exemple, sur le système qui a été mis en place en Espagne pour faire le suivi des malades du COVID-19. À la différence de chez nous, où c'est le médecin généraliste qui s'en occupe, c'est une espèce de *call center*, composé uniquement de médecins, donc rien à voir avec les *call centers* mis en place chez nous par les Régions. Ces médecins font le suivi téléphonique des patients testés positifs qui doivent rester en isolement chez eux. Ils font vraiment un suivi médical et décident sur la base de paramètres précis et convenus du moment à partir duquel une hospitalisation est nécessaire.

Je vous pose cette question parce qu'à un moment, vous avez dit que nos médecins généralistes à la fois ont été mis énormément sous pression et on le sait. Certains m'ont dit qu'ils n'avaient, à un moment, même plus eu l'impression de pouvoir s'occuper correctement ou comme ils le faisaient avant de leurs autres patients. Sans les mettre en cause ni vouloir enlever à nos médecins généralistes les compétences – je crois très important que notre médecine soit basée sur ce système des médecins généralistes –, je me demande si, justement, pour ces cas de COVID-19, qui viennent en plus de tout le travail et qui sont une situation de crise, ce système pratiqué dans d'autres pays européens d'avoir un suivi médical spécifique assuré par des médecins spécifiquement affectés à cette tâche ne serait pas

une piste de réforme à souhaiter.

Ma deuxième question concerne la communication. Pendant la première vague, vous vous trouviez aux avant-postes de la communication, à travers des conférences de presse journalières. Durant la deuxième vague, le schéma est resté plus ou moins le même, puisque des chiffres nous sont présentés quotidiennement, tout en étant accompagnés de quelques conseils.

Cela dit, ne pensez-vous pas qu'il serait temps de passer à une communication plus professionnalisée, qui ne remplacerait pas nécessairement l'actuelle, mais qui viendrait plutôt en complément? Je pense à l'exemple de l'Allemagne, qui vient de sortir un spot "publicitaire" ou, plus exactement, de sensibilisation mettant en valeur les héros d'une guerre. On y voit une personne âgée se souvenant qu'en 2020, ils ont mené cette guerre et en ont été les héros. De quelle manière? En restant chez eux et en ne voyant personne. Cette campagne est très bien conçue. Que pensez-vous, dès lors, de cette suggestion de professionnaliser la communication pour mieux toucher la population, peut-être aussi en faisant appel à des influenceurs ou des blogueurs en vue de sensibiliser un public jeune qui ne regarde pas forcément les médias traditionnels?

Par ailleurs, vous avez indiqué qu'on testait plus en Belgique et que, pour cette raison, plus de cas apparaissaient. Beaucoup d'amis issus d'autres pays européens me demandent sans cesse pourquoi la Belgique est tellement mal classée et s'interrogent sur la raison d'une situation aussi grave chez nous - en particulier, au début de ce mois. Comme vous l'avez rappelé, si l'on dénombre plus de cas positifs, ce n'est pas uniquement parce que l'on teste davantage. L'un des chiffres à mettre en évidence n'est-il pas plutôt le taux de positivité, au lieu du nombre de cas en tant que tel? Et puis, à votre avis, pourquoi au début de ce mois, la Belgique était-elle le pire pays européen à cet égard?

Je vous remercie pour les réponses que vous voudrez bien apporter à mes questions.

**Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, ik wil op de eerste plaats de heer André bedanken voor zijn uiteenzetting. Hij heeft niet enkel antwoord gegeven op onze vragen, maar ons echt wel heel wat extra informatie gegeven om rond te werken.

Er zijn heel wat klemtonen teruggekomen van andere experts, maar ook klemtonen die parlementsleden hebben gelegd de voorbije maanden. Dat geeft mij wel een goed gevoel en toont dat de sense of urgency vaak op de juiste

punten lag.

Ik heb nog enkele vragen ter toevoeging.

De eerste gaat over de communicatie, waarin de heer André een grote rol heeft gespeeld, en de strategie daarrond. Op een gegeven moment werd besloten om aan het grote publiek het aantal sterfgevallen, besmettingen enzovoort te presenteren. Ik had altijd begrepen dat de persconferentie eigenlijk was bedoeld om de pers te informeren. Hebt u daar een verkeerde inschatting gemaakt in de eerste fase? Of was het uw intentie om op die manier ook het grote publiek te sensibiliseren? Als u vandaag terugkijkt op die techniek, wat is dan uw idee over het aankondigen van het aantal sterfgevallen aan een groot publiek, wat toch wel voor heel veel angst heeft gezorgd bij heel wat doelgroepen? Zou u dit vandaag anders hebben aangepakt dan destijds?

Daarnaast hebt u ook wel heel hard de nadruk gelegd op het preventieve luik van de crisis. Ik wil me daarbij toch wel toespitsen op de teststrategie. We weten allemaal dat testen, testen, testen ook een deel is van preventie. Ik vraag me af hoe de eerste maanden de beslissing over criteria om een test te bekomen werd vastgelegd. In de eerste maanden waren de testcriteria zeer strikt, waardoor er heel weinig mensen aan bod konden komen om effectief een test te krijgen. Als we vandaag terugkijken, vraag ik me af hoe die beslissingen werden genomen. Op basis van welke criteria ging men over tot dergelijke besluitvorming? Ging dat over materiaal? Ging dat over druk op labo's? Ging dat over druk op zorgpersoneel? Waren er andere redenen om de testcriteria zo kritisch vast te leggen waardoor er zeer weinig mensen een test konden bekomen?

Ik heb nog een vraag over de indicatoren, die ik aan veel experts heb gesteld. Mijn excuses aan de collega's voor de herhaling van de vraag. De indicatoren werden tijdens de crisis enorm vaak gewijzigd. Als wetenschapper is het belangrijk om sterke indicatoren te hebben om een vergelijking te kunnen maken van twee verschillende fases, maar ook om ons land te kunnen vergelijken met andere landen.

In dit geval is ons land niet in staat dat te doen, ten eerste, door de heel vaak gemaakte wijzigingen en, ten tweede, omdat er op Europees niveau ook geen vastgelegde indicatoren voorhanden zijn om epidemieën te meten. Ons land heeft wel officiële indicatoren, zoals het reproductiegetal, het sterftecijfer, de incidentie en de opnames in ziekenhuizen. Om de een of andere reden zijn die indicatoren niet gebruikt om de huidige crisis te meten.

Kunt u ons op dat punt inzichten geven waarom, ten eerste, nieuwe indicatoren zijn ingesteld en waarom, ten tweede, de indicatoren zo vaak zijn gewijzigd?

Ik kan er inkomen dat het voor beleidsmakers een heel moeilijke zaak is geweest om op basis van continu veranderende indicatoren besluitvorming vast te leggen.

Ten slotte, ik heb nog een vraag over de *All Inclusive Health*.

Mijnheer André, u hebt mij aangenaam verrast. Ik ben heel tevreden dat ik u heb horen spreken over het bereiken van alle doelgroepen. U hebt ook erg duidelijk geformuleerd hoe complex ons land op dat vlak is. Wij hebben heel veel verschillende soorten bevolkingsdoelgroepen. Leeftijd en taal spelen ter zake een rol.

Meent u dat ons land tijdig genoeg zijn best heeft gedaan om alle doelgroepen van bij de start van de crisis mee te nemen in de pandemie of rinkelde naar uw mening de alarmbel over het feit dat een deel van de bevolking niet werd bereikt, bij de experts pas naarmate de cijfers en de data van het aantal besmettingen en van de daarbij horende doelgroepen binnenkwamen? Graag kreeg ik nog een antwoord op die vraag.

Mijnheer André, ik dank u hartelijk voor uw eerlijke uiteenzetting, voor de antwoorden die u ons alvast hebt bezorgd en uiteraard ook voor het werk dat u hebt geleverd.

**Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur André, je veux également vous remercier pour votre exposé et pour nous avoir présenté une vision du système de soins de santé que nous devrions avoir.

Nous sommes ici pour déterminer comment mieux répondre à une future crise mais aussi, de manière générale, pour définir le système de soins de santé qu'il faut avoir. Je trouve cela très intéressant et je voudrais vous remercier pour votre engagement que nous avons appris au cours des derniers mois mais aussi à travers votre témoignage d'aujourd'hui. Je pense que vous vous êtes vraiment battu à certains moments pour combattre le virus plus efficacement.

J'ai neuf questions à vous poser qui, pour certaines, rejoignent celles d'autres députés.

Vous dites qu'au début de la crise, nous ne disposions pas d'un bon système pour surveiller une épidémie, mais bien pour faire un rapport annuel ou une surveillance passive. Pensez-vous

que le système dont on dispose aujourd'hui avec Sciensano correspond plus ou moins au projet proposé par les universités ou à ce qu'il devrait être pour assurer une bonne surveillance car nous sommes encore en plein dedans? Je ne l'ai pas clairement compris et il me semble que c'est une question importante.

Vous avez aussi dit que, parfois, vous veniez avec une idée mais qu'elle devait passer par le RAG, le RMG, la Conférence interministérielle, le Comité de concertation et le kern et qu'il en ressortait finalement quelque chose de morcelé où la cohérence avait disparu. Pourriez-vous nous donner un exemple? Il est assez difficile d'avoir une idée concrète.

Vous avez bien sûr parlé du rôle de la ministre fédérale de la Santé, ce qui a déjà été remarqué par plusieurs auditeurs. Vous avez dit littéralement que "ce n'était pas son truc" et qu'elle était fort en retrait. C'est une observation que vous avez faite mais j'aurais aussi voulu savoir comment, de par votre expérience en interne, vous en arrivez finalement à cette conclusion. Pourriez-vous nous expliquer cela avec des exemples?

Vous avez également évoqué la multiplicité des ministres de la Santé dans notre pays, qui n'est pas forcément une bonne chose. Nous avons eu l'audition de M. Horton ce lundi. Nous n'avons pas pu l'évoquer dans les questions qui vous ont été adressées car elles ont été transmises avant l'audition. M. Horton dit "qu'on aurait pu éviter la plupart des 14 000 décès. Le système typiquement belge n'a pas été efficace. Des personnes ont perdu la vie à cause du système politique. Cela doit vous faire réfléchir."

Je voulais connaître votre avis sur cette question. Quand vous disiez être arrivé un jour à une Conférence interministérielle au cours de laquelle les ministres se regardaient en chiens de faïence, cela provoque certains blocages et cela reflète une attitude assez dramatique dans une telle crise. Cela me conforte dans l'idée que M. Horton a évoquée lundi, et j'aimerais également vous entendre à ce sujet.

Vous dites que le fait d'avoir scindé le curatif (au niveau fédéral) et le préventif (au niveau des Régions) a été une grossière erreur. Dans ma question, je vais tenter d'être plus explicite que vous l'avez été tout à l'heure. Il y a deux conclusions possibles à ce constat: en cas de crise sanitaire ou d'une épidémie, faut-il privilégier une gestion fédérale ou au contraire, comme le veut la coalition Vivaldi, opter pour davantage de régionalisation? Vous vous êtes exprimé sur ce sujet mais j'aimerais obtenir de plus amples

précisions de votre part.

Vous avez dit que nous n'aurions pas pu éviter la deuxième vague mais que nous aurions néanmoins pu réduire son ampleur et la retarder. Vous avez principalement évoqué le discours rassurant de certains experts en août et septembre.

On voit que des pays tels que la Chine ou d'autres pays d'Asie sont parvenus à éviter une deuxième vague. Selon vous, comment ces pays s'y sont-ils pris? Certains disent que ces pays ont mis en place des stratégies de dépistage, de traçage et d'isolement plus efficaces. Quels sont selon vous les facteurs qui sont intervenus? Les conditions climatiques auraient-elles pu jouer un rôle? Outre la communication, quels aspects de la gestion de l'épidémie pourrions-nous améliorer pour éviter une troisième vague?

Vous avez également parlé du système de traçage mis en place, qui consiste à détecter les personnes rencontrées par le malade, via les centres d'appels. Vous avez dit que la Belgique n'avait pas mis en place un système qui veille à chercher la ressource (*brononderzoek*, en néerlandais). Aujourd'hui, ce système existe-t-il? Il me semble que ces données ne figurent pas dans les informations données par Sciensano. Existe-t-il un lien entre cette inexistence et la problématique de l'absence actuelle de géolocalisation dans l'application?

En ce qui concerne la façon de faire face à une épidémie, M. Horton a indiqué qu'il conviendra, dans le futur, d'investir dans un travail local de santé publique; autrement dit, il faudra détecter l'épidémie sur un plan local et la combattre localement avec différents acteurs de la santé.

Je suis conseillère communale. J'ai demandé au bourgmestre de ma commune s'il recevait des informations sur d'éventuels clusters et leur lieu d'apparition. Il m'a répondu par la négative. Cela ne me rassure pas pour le futur.

Enfin, je voudrais aborder rapidement le développement futur de vaccins. Que pensez-vous des différents vaccins qui sont développés pour le moment?

Par ailleurs, j'ai été quelque peu choquée par le fait que les annonces de l'efficacité des vaccins sont surtout faites par des communiqués de presse des firmes pharmaceutiques. Pfizer a indiqué 90 %, puis 95 % pour un sous-groupe. Il y a eu une espèce d'inflation. Ces informations sont-elles fiables? Comment vous positionnez-vous par rapport aux brevets et aux prix? Certains annoncent un prix de 3 euros, de 10 euros, de

30 euros.

Les différences sont importantes. Comment vous positionnez-vous dans ce débat?

**Jasper Pillen** (Open Vld): Dank u, professor, voor uw zeer lange en zeer volledige uiteenzetting.

Wij hebben al heel veel antwoorden gekregen. Er is veel gezegd over tracing en over bronnenonderzoek, wat in feite deelstatelijke bevoegdheden zijn. Het valt mij op dat het heel vaak politici zijn die vanuit hun partijideologie zeggen dat alles op deelstatelijk niveau beter georganiseerd is en dat alles eigenlijk op dat niveau georganiseerd zou moeten worden. Ik stel vast dat er in deze federale commissie toch heel veel vragen en opmerkingen zijn over de gewestelijke bevoegdheden. Soit, dat terzijde.

Ik heb een tweetal vragen voor u, professor.

U haalt volgens mij terecht aan dat de multipliciteit aan organen een probleem is. Mijn concrete vraag is: was het innemen van verschillende standpunten door verschillende vertegenwoordigers van hetzelfde gewest volgens u een probleem? Ik geef een voorbeeld: gewest A heeft een vertegenwoordiger in de RAG, die daar een bepaald standpunt inneemt. In de RMG wordt een ander standpunt ingenomen door een andere vertegenwoordiger van datzelfde gewest. En de minister neemt in de IMC een ander standpunt in. Vond u dat een probleem? Hebt u dat zelf vastgesteld? Kunt u daar wat meer over vertellen?

Inzake de RAG en de RMG, was er volgens u voldoende terugkoppeling tussen enerzijds de deelnemers aan de vergaderingen en anderzijds het politieke niveau? Was er terugkoppeling in beide richtingen? Graag hoor ik uw mening en uw evaluatie ter zake.

**Karin Jiroflée** (sp.a): Ook van mij, professor André, heel veel dank voor uw omstandige uitleg en vooral voor uw openheid. Ik heb ook nog een paar vragen. Ik zal het venijn houden tot het laatste.

Eerst over een paar factuele dingen.

U zei tijdens uw presentatie dat het virus geen rekening houdt met agenda's en weekends. Dat is uiteraard zo. Maar zijn er momenten geweest waarop agenda's en weekends goede maatregelen in de weg stonden? Of waren er momenten waarop er naar uw aanvoelen onvoldoende toegang was tot onze beleidsmakers om spoedadviezen te bespreken? Hebt u daar concrete voorbeelden van?

Over de mondmaskers zei u dat het dragen van een chirurgisch mondmasker een absolute verdediging is tegen het virus. U was minder overtuigd van comfortmaskers en stoffen maskers. Meent u dat wij in deze tijden, nu wij over een voldoende voorraad beschikken, de chirurgische maskers echt zouden moeten promoten en aanmoedigen op een aantal plaatsen?

Moeten wij wat meer sensibiliseren over de gevaren van stoffen maskers en het vaak wassen van die maskers? Wij hebben hier ook reeds gehoord dat die maskers dan eigenlijk niet veel meer waard zijn.

Over de tracing zei u dat u een model van diepgaande bronopsporing genegen was, maar dat u er niet in slaagde om onder andere Smals te overtuigen, collega's hebben daar ook reeds over gesproken, onder andere vanwege privacyoverwegingen. Kunt u wat meer ingaan op hoe die bronopsporing er dan volgens u had moeten uitzien? Wie of welke beleidsinstanties kon u niet overtuigen van uw argumenten?

Heb ik het goed begrepen dat u er voorstander van blijft om de contactopsporing zoveel mogelijk in handen van de publieke sector te houden? Heb ik dat goed begrepen? Ik ben niet helemaal zeker, ik kreeg tijdens uw uiteenzetting ook telefoon.

Dan heb ik wat meer persoonlijke vragen. Ik had ze u reeds doorgestuurd. U hebt er niet op geantwoord in uw uiteenzetting, maar ik wil ze u toch nog eens opnieuw stellen.

In de coronacommissie van het Vlaams Parlement verklaarde u dat u ontslag had genomen als coördinator van de contacttracing op het moment dat u vond dat de tracing voldoende was opgestart en dat het allemaal verder kon zonder u. Dat strookt echter niet met andere verklaringen en reconstructies die in de media zijn verschenen. Bovendien zijn er ook nog heel wat problemen inzake contacttracing opgedoken tijdens de zomermaanden. Kunt u die onduidelijkheden uitklaren? Kunt u toelichten welke redenen hebben bijgedragen tot uw ontslag?

Ten slotte, in de coronacommissie in het Vlaams Parlement werd u door mevrouw Moykens verweten dat u een deloyale houding zou hebben en niet bereid was tot een goede overdracht van de coördinatie van de contactopsporing. Dat is uiteraard een zware beschuldiging, waarop u toen niet kon reageren. Daarom wil ik u nu vragen hoe u die samenwerking met het Vlaamse niveau en met mevrouw Moykens over die contactopsporing ervaren hebt en evalueert.

**Sophie Rohonyi (DéFI):** Monsieur André, un tout grand merci pour votre exposé très complet, vos réponses, votre travail tout au long de ces derniers mois, mais aussi pour votre regard critique et objectif sur la gestion de cette crise, alors même que vous étiez en première ligne. C'est une grande leçon d'humilité qui doit nous servir en tant que politiques.

Tout d'abord, sur la question de l'organisation, vous avez expliqué que, finalement, on avait énormément d'organes compétents dans la gestion de cette crise et que certains n'étaient pas toujours complémentaires, voire parfois entraînent en compétition les uns avec les autres, avec des jeux d'influence. Cela a engendré une perte de temps et d'énergie.

C'est un constat interpellant. Je souhaiterais que vous puissiez le préciser. En principe, ces organes ont des missions bien définies qui leur sont propres et qui devraient justement être complémentaires. Avez vous observé cette compétition entre les différents organes, voire au sein même de ceux-ci ou de certains secteurs?

En ce qui concerne la *tracing* et vu le rôle qui a été le vôtre dans ce pan de la crise, au sein de la commission de la Santé, nous avons très vite eu des débats d'actualité fréquents avec les ministres De Block et De Backer. Au mois de mai, le ministre De Backer, avant que nous entamions le déconfinement, nous expliquait à plusieurs reprises que des démarches avaient été entreprises pour rendre l'opérationnalisation de cette future application mobile de *tracing* possible, et ce, dans les plus brefs délais. C'était en tout cas ce qu'il avançait.

Or, on le sait, cette application mobile n'a été rendue accessible qu'au 30 septembre. Pouvez-vous nous dire quelles ont été précisément les étapes du lancement de cette application, que cela soit au niveau de la rédaction du cahier des charges, du lancement de l'appel d'offres, de la réception et de la vérification de celles-ci puisqu'il fallait que ces sociétés répondent à un certain nombre de critères. Avons-nous été assez vite? Dans la négative, comment aurions-nous pu accélérer le lancement de cette application mobile, sachant que le Parlement avait un rôle à jouer au niveau de la rédaction de la base légale?

Je me permets de vous poser cette question car vous avez affirmé, dans le cadre d'une interview donnée à *L'Écho* le 12 juin: "Nous sommes beaucoup plus lents que nos voisins. Je pense qu'on aurait pu travailler sur le *contact tracing* de façon coordonnée beaucoup plus tôt dans la crise. Il ne fallait pas attendre les huit semaines de

*lockdown* pour mettre en place ce travail".

Vous nous dites d'ailleurs aujourd'hui que vous avez proposé de vous investir dans le groupe de travail relatif au traçage parce que vous n'avez rien vu venir à ce moment-là. Confirmez-vous que, durant le premier confinement, le système des centres d'appel mis en place en matière de traçage des contacts a été insuffisant? Quelles en sont les principales raisons?

Toujours en ce qui concerne le traçage, nous avons demandé ce matin à M. Vanthemsche, du Risk Management Group (RMG), s'il disposait de données permettant d'attester la proportion plus ou moins grande de contaminations dans les secteurs dits critiques durant le premier confinement, et ce, vu l'absence d'un dispositif de traçage efficace à cette période. Il nous a répondu, sans surprise, que ce n'était pas le cas.

Considérez-vous, dès lors, que l'existence de telles données aurait pu, au contraire, influencer autrement notre premier déconfinement, mais aussi l'ordre des secteurs qui ont pu reprendre leurs activités ou encore les mesures de confinement? Aurions-nous pu adopter des mesures de confinement plus ciblées que les mesures drastiques de confinement généralisé prises pour les mois de mars, avril et mai?

Vous dites également: "Je n'ai pas réussi à convaincre au sein du RAG quant à la nécessité de géolocaliser les foyers de transmission pour des raisons liées à la vie privée, principalement." Il s'agit là d'une affirmation très interpellante.

Un autre pan essentiel du fameux triptyque "dépistage - traçage - isolement", dont on a beaucoup parlé, est le dépistage. Vous avez plusieurs fois affirmé, à raison, selon moi, que notre capacité de dépistage était largement sous-utilisée. Vous avez même parlé de "sous-dépistage", ce qui était finalement un vrai gâchis, car nous aurions pu nous orienter vers une logique d'éradication du virus si nous avions eu les moyens de tester jusqu'au dernier cas.

Aujourd'hui, avec le recul, comment aurions-nous pu utiliser au mieux cette capacité? La capacité de *testing*, nous l'avions. Les chiffres étaient là. Mais qu'est-ce qui nous a manqué réellement? Nous savons, et vous l'avez dit, que nous avons manqué de technologues, de machines, d'écrivains. Il y a aussi eu des difficultés d'organisation entre les médecins et les laboratoires. Mais pourriez-vous nous dire dans quelles proportions ces différents facteurs ont joué dans ce fameux sous-dépistage? En effet, nous connaissons ces différents facteurs, mais nous ne savons pas aujourd'hui dans quelle

mesure ils ont eu plus ou moins d'influence sur l'opérationnalisation des tests ou plutôt leur non-opérationnalisation.

On a aussi beaucoup plaidé, dans le cadre de notre stratégie de *testing*, pour la mise en place d'équipes mobiles dans les collectivités, ce qui aurait finalement permis de régler le problème du transport des échantillons, ou en tout cas de l'atténuer. Considérez-vous que cette piste aurait dû être creusée plus tôt? Aurait-elle dû être généralisée? Disposait-on de moyens humains et matériels pour mettre en place ces équipes mobiles?

On voit aujourd'hui que cette faillite de notre stratégie de *testing*, puisqu'on a exclu les personnes asymptomatiques pendant plus d'un mois, a réduit de manière significative l'utilisation de l'application Coronalert. Aujourd'hui, énormément de gens nous disent: "À quoi bon utiliser cette application alors même que si je suis contacté par le call-center ou l'application, je ne peux de toute façon pas me faire tester? Une mesure de mise en isolement a été décidée, mais je pense qu'il est important de rappeler aussi l'utilisation de l'application malgré cela. Toujours est-il qu'on se trouve encore dans cette situation jusqu'à ce lundi.

Pouvez-vous nous dire dans quelle mesure les asymptomatiques qui sont contactés par les call-centers ou via l'application Coronalert ont pu observer leur mise à l'isolement? Ne l'auraient-ils pas mieux observée s'ils avaient pu être testés justement? Pouvez-vous aussi nous dire dans quelle mesure cette exclusion des asymptomatiques du *testing* a eu un effet sur la croissance de la deuxième vague entre la mi-octobre et maintenant, c'est-à-dire pour la période durant laquelle les asymptomatiques ont été exclus de la stratégie de *testing*?

Vous avez également abordé le rapport entre les tests effectivement réalisés et les contaminations et, donc, l'importance de ce taux de positivité, qui permet d'obtenir un aperçu réel de la situation épidémiologique dans notre pays. Je suis tout à fait d'accord avec cela. Toutefois, Sciensano n'a rendu public ce critère qu'à partir du 7 août. En France, en revanche, il était publié dès le mois de mai. N'aurions-nous pas dû, dans le fond, rendre public plus tôt ce taux de positivité, en tout cas dès la mise en place des différents tests?

Un autre point noir de cette crise que vous avez évoqué - et il y en a beaucoup! - concerne les pénuries de médicaments, de matériel de protection tel que les masques, mais il y en a une autre sur laquelle vous êtes revenu: celle de médecins et de personnel soignant. Pour les

premiers, vous avez relevé que le système de *numerus clausus* ne tenait plus compte du vieillissement de la population et, donc, de ces gens qui nécessitent plus de soins et, par conséquent, plus de médecins. De même, ce dispositif oublie les médecins vieillissants.

En conclusion, pour mieux gérer cette crise, il nous aurait fallu plus de médecins. Pouvez-vous nous dire dans quelle mesure cette pénurie de médecins affecte tout le pays? Faut-il en tirer comme conclusion qu'il faut revoir le système de quotas INAMI par Communauté? Je me permets de vous poser cette question parce que mon parti, DéFI, a déposé un texte à ce sujet voici deux semaines, qui a été qualifié de "populiste" par certains collègues. Or, à partir du moment où l'on constate une telle pénurie de médecins, cela peut constituer une solution parmi d'autres, car ce n'est évidemment pas la panacée. En tout cas, votre propos a été très fort. Et j'aimerais vous réentendre à ce sujet.

Ensuite, la pénurie d'infirmiers s'explique aussi un réel manque d'attractivité du métier. Par ailleurs, un lien est indispensable entre la qualité des soins et la formation des infirmiers. Cette dernière améliore et détermine la qualité des soins prodigués aux patients. Or, comme nous l'avons vu, le Parlement a adopté une loi permettant de déléguer des actes infirmiers à du personnel non qualifié. Le ministre entend aujourd'hui corriger le tir en délimitant par arrêté royal - cette fois, en concertation avec le secteur -, la liste des actes qui pourront être accomplis ainsi que les gens qui pourront les accomplir. Estimez-vous, ce faisant, que cela ne va pas altérer la qualité des soins ou bien considérez-vous, comme une grande partie du secteur, que cette loi doit être purement et simplement abrogée?

Vous avez également abordé la question du confinement, forcément. Vous avez d'ailleurs déclaré, toujours dans la même interview de *L'Écho*, qui était du coup, forcément, une très bonne interview, le 12 juin, que vous avez plaidé auprès du Risk Assessment Group la cause d'un *lockdown* qui était devenu inévitable parce qu'on n'avait pas assez de masques, parce qu'on n'avait pas assez de réactifs pour les tests, et que le virus circulait intensivement, et que par conséquent, il fallait dire aux gens de rester chez eux.

On est tous d'accord pour dire qu'on pourrait tout refaire avec des "si", mais c'est aussi un peu le rôle de cette commission, c'est d'évaluer, de tirer les enseignements de ce qui s'est passé. Si nous avions eu ces masques, si nous avions eu ces réactifs, aurait-on finalement simplement gagné du temps face à un confinement, un *lockdown* qui était inéluctable ou, au contraire, ce confinement aurait-

il pu finalement être évité?

Je voulais aussi revenir sur l'impact de la crise politique sur la gestion de la crise sanitaire. Vous avez récemment *tweeté* que s'il y avait une expérience que la Belgique pouvait partager auprès des États-Unis, ce serait que la période de transition d'un gouvernement à un autre, finalement, retarde de manière significative les décisions nécessaires quand les contaminations augmentent, avec des conséquences dramatiques: augmentation des hospitalisations, des décès, des dégâts économiques.

Avez-vous fait part, à un moment donné, durant cette crise politique, de cette analyse, au gouvernement actuel et précédent, mais aussi aux négociateurs, donc aux personnes qui étaient en charge de la formation du gouvernement actuel? Selon vous, à quel moment les négociations fédérales se seraient-elles faites, ou ne se seraient-elles pas faites, au détriment d'une réponse efficace à la gestion de crise?

Enfin, j'en termine par la question institutionnelle. Vous avez soulevé l'effet pervers de la régionalisation des soins de santé, en ce qu'on a opposé le préventif au curatif. Je suis tout à fait d'accord avec vous, puisque mon parti s'était opposé à la régionalisation des soins de santé lors de la sixième réforme de l'État, précisément pour cette raison. C'était une des raisons en tout cas.

Toujours est-il qu'aujourd'hui, on a un accord de gouvernement qui entend évaluer les dernières réformes de l'État sur la base des avis de la population, mais aussi des experts. Je pense que c'est une excellente chose, même s'il y a quand même une certaine ambivalence pour ce qui concerne les soins de santé.

À partir du moment où vous-même êtes un expert en première ligne de cette crise, considérez-vous que l'on doive se diriger vers une régionalisation plus poussée des soins de santé ou, au contraire, une refédéralisation des soins de santé? Considérez-vous qu'aujourd'hui, la Conférence interministérielle Santé, qui réunit l'ensemble de nos neuf ministres de la Santé, fonctionne correctement et qu'elle pourrait être améliorée? Ce faisant, une nouvelle réforme de l'État qui s'orienterait vers une refédéralisation des soins de santé pourrait-elle être évitée ou pas? Je pense que c'est une question essentielle, sur laquelle on ne peut plus faire l'impasse aujourd'hui.

Je vous remercie déjà pour vos réponses complémentaires.

Le **président**: Monsieur André, il y avait encore

beaucoup de questions. Je peux m'imaginer que vous ne pouvez répondre à toutes les questions supplémentaires aujourd'hui. Vous recevrez le résumé de cette réunion et vous aurez la possibilité de répondre par la suite si des questions requièrent plus de détails.

**Emmanuel André:** Mijnheer de voorzitter, ik dank iedereen voor alle vragen. Ik zal proberen op de grote aspecten duidelijke antwoorden te geven.

Je vais commencer par reprendre une question qui est revenue de façon régulière et qui concerne la régionalisation, la révision des quotas, etc. Un de mes amis, pendant cette crise, m'a renvoyé un document que nous avons écrit ensemble quand nous étions étudiants dans la représentation étudiante à l'université, il y a plus de quinze ans. Nous avons écrit qu'il fallait revoir le numerus clausus entre autres pour toutes les raisons que je viens de vous citer aujourd'hui. Je suis quelque part heureux de ne pas avoir changé d'avis. Je pense que si on veut pouvoir faire face à des crises, il faut revoir le nombre, il faut revoir les mandats de ces professionnels de la santé. Il ne faut pas de tabous parce que si on commence ce débat-là avec des tabous, c'est inévitablement un mauvais départ.

Oui, je pense qu'il y a besoin de plus d'efforts dans la santé et oui, les médecins font partie de ces personnes qui peuvent offrir une partie de ces services mais certainement pas les seuls professionnels de la santé. Tous les métiers de la santé sont tout aussi importants les uns que les autres. Il faut revoir cela dans l'ensemble, dans les fonctions. Il faut voir quels sont les grands chapitres qu'il va falloir combler. La prévention, comme je vous l'ai dit, est selon moi, un des éléments qui va demander, pendant une période de transition, énormément d'énergie avant de pouvoir récolter les bénéfices puisque la prévention est un investissement dans le long terme. On ne récolte pas les élections en un mandat électoral.

Il y a certaines questions que je vais pouvoir rapidement évacuer car elles portaient sur tout ce qui concerne l'Agence des médicaments (FAGG-AFMPS). Je ne fais pas partie de l'AFMPS. J'ai, à un moment pendant la crise, répondu à quelques questions scientifiques d'expertise mais vous posez la question de la transparence de ce dossier par rapport à une firme particulière, par rapport aux médicaments. Par rapport aux médicaments, ce n'est vraiment pas mon domaine d'expertise. Je vais me permettre de ne pas répondre à la question. Par rapport aux tests, ce qu'il y avait dans la *task force* du ministre De Backer. J'y étais présent en tant que coordinateur avec un profil plus

médical. Il y avait parmi ses membres Sciensano, l'AFMPS. Oui, nous avons discuté d'un certain nombre de dossiers.

J'étais personnellement plus focalisé sur le développement des *testings* et diagnostics PCR. Au moment où la question des tests rapides et tests sérologiques s'est posée, j'ai fait part au groupe que je ne souhaitais pas traiter ce dossier parce que, simplement, je n'avais pas le temps de le faire. Cela a donc été un dossier dans lequel je n'ai pas été impliqué et qui a été suivi par ailleurs.

Oui, il y a eu à un moment donné des prises de décisions et prises de risques pour des commandes faites qui ont impliqué toute une série de conséquences. Pour moi tout cela est simplement le reflet qu'énormément de décisions devaient être prises dans l'urgence. Dans l'urgence, il y a beaucoup moins de temps pour réfléchir et agir. Inévitablement, il y a davantage d'erreurs. Il faut pouvoir comprendre le contexte dans lequel ces personnes travaillaient. Il faut aussi savoir qu'au moment où se présentait la question des tests sérologiques, on était en pleine crise de pénurie des réactifs de tests PCR et nous n'avions encore aucune vue sur une éventuelle pénurie de tests sérologiques, par exemple.

La réaction normale à ce moment-là et dans ce contexte-là a été de prendre des risques en essayant d'anticiper – pour prévoir, cette fois-ci. En fait, l'histoire dira par la suite au niveau des tests sérologiques que les marchés ont été envahis de tests rapides, moins rapides, automatisés, manuels etc. et qu'il n'y a pas eu de pénurie en termes de production et de disponibilité de ces tests. Par contre, ce que l'histoire dira aussi quelques semaines plus tard, c'est que l'utilité de ces tests sérologiques n'était pas aussi "noir ou blanc" en termes de capacité d'interprétation médicale que ce que l'on connaît pour d'autres pathologies. Ça aussi, ce n'était pas prévisible à ce moment-là.

Au moment où des risques ont éventuellement été pris, il faut, à la décharge des personnes qui ont dû prendre ces décisions, comprendre le contexte dans lequel ils ont dû agir.

Il y a des questions par rapport à mon rôle dans la communication, à l'évolution de la qualité de la communication tout au long de la gestion de cette crise. Je me permets de ne pas porter un jugement sur la qualité du travail que j'ai réalisé en tant que porte-parole car je pense être la moins bonne personne pour le juger.

Je peux vous raconter comment cela se déroulait au quotidien. Tous les matins, on se réunissait en

petite équipe avec Steven Van Gucht, avec les responsables de la communication de Sciensano et du SPF pour pouvoir observer les chiffres. On recevait à ce moment-là une feuille A4 avec les derniers indicateurs qui avaient été récoltés. Par après, ces feuilles se sont étoffées. On recevait également les questions des journalistes. Au tout début, c'était en live et, par la suite, on les recevait quelques minutes avant, ce qui nous permettait de les lire et de décider entre nous, à savoir Steven, les responsables de la communication et moi-même, les questions que nous prenions: à quoi savons-nous répondre aujourd'hui? Quelles questions doivent-elles être repoussées au lendemain? Tous les jours, c'était un peu la surprise qui arrivait. Parfois, il y avait des surprises, des bonnes surprises et des mauvaises surprises. Il arrivait que, tout à coup, on doive annoncer une centaine de décès supplémentaires, sans vraiment savoir d'où ils venaient et en ayant en tout cas une idée relativement vague. On ne savait pas comment il fallait interpréter cela en termes de communication. Il a donc fallu naviguer dans des zones d'incertitude qui à ce moment-là, étaient importantes.

L'un d'entre vous a posé la question de savoir si la seule façon de s'en sortir quand la situation est difficile, ce n'est pas la transparence. Oui, il faut être le plus transparent possible, tout en ayant un discours cohérent et pédagogique. Avec ces conférences de presse qui, au début, étaient faites pour les rédactions des grands médias, on s'est vite rendu compte qu'il était très difficile de bien percevoir à qui on s'adressait car elles ont été rapidement retransmises en direct sur les médias, sur les réseaux sociaux. Il a donc aussi fallu adapter son message et la façon de s'exprimer pour toucher aussi M. et Mme Tout-le-Monde dans leur salon en direct et non pas à travers une rédaction qui allait prendre une demi-journée pour interpréter, remettre en perspective, etc.

Effectivement, cela a été un exercice intense. Il faut bien reconnaître que la qualité de la communication et du contenu s'est constamment améliorée avec le temps. Certes, nous avons poussé quelques coups de gueule en interne, mais c'était dû au fait que nous étions soumis à un stress important et que nous étions au tout début de quelque chose d'inédit. On voit bien que le professionnalisme de ces personnes s'est amélioré et a perduré après mon départ.

Les questions de savoir si nous avons opté pour le bon mode de communication et s'il ne fallait pas changer les choses, nous nous les posions déjà à la sortie de la vague. Personnellement, j'aurais privilégié une approche plus "light" parce qu'il était difficile pour moi de gérer mon emploi du temps,

mais aussi parce que je pensais qu'il fallait rentrer dans une autre temporalité. On voit néanmoins que ces conférences de presse se sont poursuivies et qu'elles continuent d'avoir un impact important. Elles font désormais partie du paysage de ce dont nous avons besoin, mais il va sans dire qu'elles doivent être complétées par d'autres moyens de communication.

Ces derniers mois et semaines, j'avais l'impression qu'en termes de communication, on avait fait le tour et qu'on martelait sans arrêt les mêmes informations à l'intention d'un public qui lit les quotidiens et regarde les journaux télévisés, négligeant ainsi des personnes qui n'avaient pas pour habitude de consulter ces canaux. D'autres experts et moi-même avons essayé de nous rendre aussi disponibles que possible sur les réseaux sociaux, en direct avec des influenceurs, afin d'essayer de donner une autre image à l'information et aux messages de conscientisation et de prévention.

Je pense que nous devons continuer dans ce sens-là. Il existe aujourd'hui – à travers le commissariat ou le nouveau ministre – toute une série d'initiatives dans le cadre desquelles nous avons été contactés afin de créer des capsules diffusées sur les réseaux sociaux ou afin de donner une autre dynamique ou un autre format à des messages susceptibles de toucher un plus large public, en ce compris les publics que nous n'atteignons pas par les canaux traditionnels.

Je pense qu'il faut pouvoir se remettre en question à certains moments. Si la question est: s'est-on amélioré avec le temps? Ma réponse est oui et je félicite mes collègues qui, dans le temps, arrivent à maintenir cette activité de communication qui est extrêmement prenante.

Si vous le permettez, je ne vais pas répondre à la question de la relation entre un commissaire COVID-19 et un ministre de la Santé. Je pense que l'un et l'autre sont entrés en fonction il y a peu de temps. Ils sont dans une période extrêmement intense, en termes de travail, de préparation, de communication entre eux et vers l'extérieur. Je ne pense pas être la bonne personne pour dire comment ils doivent communiquer entre eux. Je pense que ce sont deux profils qui sont certainement complémentaires et qui ont certainement la possibilité de trouver des moyens de travailler ensemble de façon positive.

Un certain nombre de questions reprenaient la remarque que j'ai faite par rapport à cette multiplicité des organes, au fait qu'on perdait en rapidité et en efficacité. Il y a deux options. Soit, on redéfinit de façon très stricte le rôle de chaque

organe, et cela peut devenir plus limpide. L'avantage est qu'on peut réunir différents panels d'expertises ou de niveau de responsabilités, de façon très précise. En pratique, il est très compliqué de limiter des gens qui ont une compréhension souvent bien plus large que leur domaine d'expertise, qui ont envie de comprendre, de savoir, de remettre en question certaines choses. Leur demander de se limiter purement à des questions extrêmement précises, dans les faits, c'est très compliqué. Moi, je pense que s'il fallait aller dans une direction, ce serait une direction où on mettrait d'emblée des panels multidisciplinaires. Quand je dis disciplines, je pense qu'il y a aussi les politiques, ceux qui prennent les décisions, qui doivent faire partie des discussions d'emblée, pour pouvoir s'imprégner et poser des questions. Je pense que dès lors, on peut mieux se comprendre.

Vous posiez la question des relations experts-politiques. Il y a eu des débats, qu'on a voulu exacerber à certains moments, certaines discussions qui avaient lieu entre le monde politique et le monde scientifique. Il y a eu des tensions, fatalement, à certains moments, mais pas aussi fortes que ce qu'on ne le dit. Si on crée des espaces de discussion systématique quotidiens, de co-décision – je crois que la co-décision est un terme important –, puisqu'on est informés ensemble, quelque part il est naturel de prendre des décisions ensemble. En termes de co-décision, je ne veux pas remplacer l'autorité politique par des experts, je veux juste proposer une façon de travailler ensemble.

Il y a aussi la question de la communication: celle entre les experts, entre les experts et les politiques, etc. Où se situe le juste équilibre entre le besoin d'un discours cohérent et d'une décision claire et la nature même de notre société, qui est une société de mise en débat, de critique – positive mais aussi polémique. Où devrait se situer ce juste milieu? Ce n'est pas évident. Comme le disait mon premier point, on ne peut pas faire abstraction de notre société telle qu'elle est, de notre culture. Par contre, on peut avoir un certain professionnalisme dans la façon dont on s'exprime ou dans le choix des canaux qu'on utilise pour critiquer certaines décisions.

Je ne dirai certainement pas que j'ai été parfait. Communiquer envers un large public et avec une médiatisation importante, je l'ai fait aussi avec des essais et des erreurs, je le reconnais. Je vous donnerai toutefois un exemple: à un moment, la décision a été prise de limiter le *testing*. Personnellement, je n'étais pas d'accord, je trouvais cela un échec flagrant, cela ressemblait à un sparadrap sur un problème bien plus large.

Cette décision avait toutefois été proposée par une personne qui en avait la responsabilité et elle a été prise. J'aurais pu partir dans les médias, lâcher un *tweet* pour dire que c'était n'importe quoi. Ce que j'ai fait, c'est de téléphoner à mon collègue. Je lui ai expliqué mon point de vue et nous nous sommes entendus et j'ai compris que c'était une situation intermédiaire, que c'était quelque part un risque réfléchi. Lui aussi avait réfléchi et pris en compte ce que je critiquais. Nous sommes arrivés à une solution. Je crois que lancer une polémique de plus à un tel moment, est inutile, voire futile – nous étions dans un panel. Nous nous orientons aussi vers un *lockdown*, où de toute façon l'importance du *testing* changeait quelque peu, toutes ces mesures étant prises pour empêcher la transmission.

Est-ce que c'est bien d'avoir eu toujours les mêmes experts? Y en a-t-il eu assez? Trop peu? Est-ce qu'ils étaient assez complémentaires?

Je peux vous faire part, à titre d'exemple, d'une discussion qui a eu lieu au moment où on réfléchissait à la création du GEES. Nous visions alors la complémentarité de ses membres, surtout entre l'économie et la santé, les principaux pôles. Dans la discussion que j'ai eue avec le gouvernement à ce moment-là, la question se posait d'inclure aussi le secteur social, pour bien percevoir et comprendre ce qui était en train de se passer: ni les médecins spécialistes, ni les économistes académiques ne pouvaient être les bonnes personnes pour percevoir cela. Nous avons aussi parlé d'inclure quelqu'un qui représenterait plutôt la sociologie, la capacité de bien mettre en perspective les changements de comportement notamment. L'idée était de ne pas faire venir une seule personne, mais des réseaux, des grilles de lecture différentes. Cet aspect n'a pas été retenu, pour des raisons qui sont certainement bonnes, mais cette question a été présente. Les discussions sont toujours beaucoup plus riches quand on inclut plusieurs compétences de nature vraiment différente autour de la table.

Vient la question de savoir s'il fallait apporter des managers de crise dans le système pour donner de la perspective, accélérer des rouages etc. Je pense que ces managers de crise ont été mis dans le système, soit parce qu'ils s'y retrouvaient naturellement de par leurs compétences, soit via d'autres ressources externes qui ont été mobilisées, comme on en a parlé. Aurait-on pu en faire plus? Peut-être. Dans une telle crise, il faut aussi des gens capables de gérer une crise, c.à.d. rassurer les gens et faire avancer les choses.

Ce n'est pas dans les compétences de tout le monde. Sans juger de ce qui est une meilleure

compétence ou une moins bonne, ce qui est important, à nouveau, c'est la complémentarité des profils. Il est sûr que certaines personnes se montrent – naturellement ou par leur formation – plus aptes à ce type de rôle.

Une autre question qui est revenue est celle des labos. Certains chefs de laboratoires ont exprimé des frustrations par rapport au fait qu'ils se sentaient exclus de la capacité à réaliser plus de tests, à des moments où on en avait certainement besoin. Pourquoi n'a-t-on pas pu trouver l'équilibre entre la production des réactifs à Liège et leur injection dans ces laboratoires existants? Simplement parce que tous les réactifs ne sont pas adaptés à tous les équipements de laboratoire. Chaque kit, chaque technique et chaque machine déjà présents dans les laboratoires ne peuvent pas être utilisés avec n'importe quel réactif. Ceux qui étaient produits étaient capables de fonctionner avec des machines qui avaient une certaine spécificité technique. Cette solution facile aurait été très agréable mais était hélas impossible.

Il faut aussi savoir qu'un certain nombre de ces plaintes ou frustrations s'exprimaient publiquement mais ne représentaient pas systématiquement l'avis général des laboratoires de biologie clinique. Dans cette crise, celui qui crie le plus fort est souvent celui qui a raison, mais ce n'est pas toujours le cas. Je vous laisse être juge du fondement de certaines sorties dans la presse qui sont parfois imbibées de certaines humeurs, ce qui est normal.

La question du baromètre est revenue. Le baromètre, c'est un symbole de ce phénomène, il peut augmenter ou diminuer pour nous situer à chaque fois à un certain niveau bien précis, qui si on ne fait rien, évolue dans un sens ou dans l'autre en fonction de la tendance.

Et je crois que cela a été exprimé par beaucoup de personnes, y compris les psychologues et certains experts. Il faut nous donner des outils pour déterminer le moment où l'on switche, où l'on passe d'une phase à l'autre, et pour légitimer le fait de prendre des mesures. Il existe une expression en français: quand on met une grenouille dans l'eau chaude, elle va sauter directement; quand on chauffe l'eau petit à petit, elle va se laisser mourir.

Si nous ne créons pas ces points de rupture où l'on change de paradigme dans la façon de gérer la crise, en termes de mesures ou d'assouplissements dans un sens ou dans l'autre, alors on peut laisser couler, laisser évoluer les choses. Et dans des phénomènes exponentiels, si d'une semaine à l'autre, nous passons de 200 à 400 hospitalisations, c'est encore gérable, ce n'est

quasi-rien, c'est un patient par hôpital. Mais quelques semaines plus tard, ce 200 – 400, dans la même logique, se transforme en 5 000 – 10 000. Et à ce moment, l'impact devient gigantesque pour les hôpitaux.

Il faut donc pouvoir, à un certain moment, avoir des points, des repères qui, à l'avance, légitiment des prises de décisions précoces. Sinon, on se retrouve dans ce problème qui a été soulevé, ce problème de l'inertie – il faut pouvoir expliquer, justifier progressivement, prendre des décisions avec des niveaux de pouvoir qui auront une interprétation différente parce que la situation épidémiologique sera par définition toujours différente dans un coin ou dans l'autre du pays.

Aurait-il fallu être plus transparent sur le fait qu'il y avait une pénurie de masques? Je crois que la transparence est utile, certainement, cela aurait pu être encore plus transparent. Mais d'après ce que j'ai compris, tous les Belges savaient clairement qu'il y avait une pénurie de masques.

Je pense que la transparence était là, elle aurait peut-être pu être communiquée de façon plus proactive. Mais le temps qu'on s'en rende compte, c'était un peu compliqué.

Une question a été posée sur les *best practices*, se comparer aux autres, voir ce que les autres font, quelles sont les tendances, aussi à l'international. Je crois qu'il est extrêmement important de se comparer, tout en comprenant bien quelles sont nos spécificités.

Quant aux outils de télémédecine – à savoir, permettre aux gens d'être isolés, voire hospitalisés chez eux –, il existe aujourd'hui de plus en plus d'outils technologiques et de connectivité qui permettent d'ouvrir ces possibilités-là qui n'existaient pas il y a quelques années. Que ce soit dans le cadre de cette crise ou dans le cadre plus tard d'autres types de pathologies, il est sûr qu'à chaque fois qu'on va réussir qu'un patient puisse être pris en charge chez lui, dans son environnement, sans créer toutes les ruptures sociales et les risques liés à une hospitalisation, il est important de l'envisager. Et des outils de télémédecine peuvent faire partie du panel de solutions qui vont faire évoluer la médecine dans ce sens-là.

Les maisons de repos et de soins sont-elles plus sûres aujourd'hui? Je pense qu'il est un peu tôt, certains phénomènes et épidémies sont encore actifs pour l'instant. Sincèrement, je pense que oui. Il y a des choses très objectives: la disponibilité du matériel de protection, l'expérience – un vétéran est toujours plus efficace, a toujours les meilleurs

réflexes qui s'appliquent plus vite que par rapport à la première vague –, la disponibilité des tests est aussi totalement différente.

Je pense que nous avons toute une série d'outils, mais il n'en est pas moins que les maisons de repos sont des lieux très vulnérables à ces épidémies.

Désolé pour le caractère décousu de mon discours, mais j'essaie de reprendre. Par rapport à la façon de se comparer.

Oui, il y a des indicateurs qu'on peut utiliser pour suivre les choses dans le temps, et se comparer avec d'autres pays. Ce sont des choses comme la surmortalité, le nombre de personnes qui ont dû être hospitalisées pour des raisons plus ou moins sévères. Ces chiffres-là, nous pouvons les comparer, quand nous avons pu, en plus de ces chiffres, ajouter un diagnostic précis – c'est bien ou non une infection COVID – pour faire la part des choses.

Vous savez qu'au début de l'épidémie, ce n'était pas toujours possible de confirmer un diagnostic, et certainement en dehors des hôpitaux et des maisons de repos, notamment, pour attester de la cause réelle du décès. C'est pour cette raison que nous avons créé la catégorie de cas probables, puisque le contexte épidémiologique et clinique permettait de penser que, sans en avoir la certitude absolue.

Malheureusement, ces critères sont tardifs, puisque l'hospitalisation représente ce qui s'est passé ces dernières semaines ou ces derniers mois, et la mortalité également. Alors que les indicateurs précoces peuvent être beaucoup plus variables d'un pays à l'autre, voire dans un même pays en fonction de l'évolution des stratégies de *testing* qui peuvent changer, comme vous l'avez dit. Et c'est très perturbant pour certains, car on n'arrive pas à bien suivre certains indicateurs.

Mais effectivement, dans un pays, on peut avoir artificiellement beaucoup moins de cas, simplement parce qu'on teste moins ou on décide de moins tester. En Belgique, une partie de la descente du nombre de cas dans cette deuxième vague est liée au fait que l'on teste moins. La descente est bien présente et elle est positive, mais on peut créer des artefacts sur certains indicateurs et il faut rester attentif. Il y a les biostatisticiens qui travaillent depuis de nombreux mois et qui ont des formules pour corriger certaines choses, notamment en prenant en compte certaines autres indications.

Comment diminuer l'impact négatif du

confinement?

Je crois que nous devons jouer sur plusieurs choses. Premièrement, il faut asseoir sa légitimité pour les mesures utiles. Subir une mesure dont on n'est pas certain de la légitimité ni de la proportionnalité, quelle qu'elle soit, c'est injuste, cela crée un sentiment, un mal-être qui est totalement justifié.

Pour rassurer que ce sont des mesures qui arrivent à temps, qui sont proportionnelles au risque et qui sont efficaces, il faut cumuler de l'information, il faut pouvoir avoir des indicateurs, c'est extrêmement important. Il existe toute une série d'autres mesures, d'aides aux personnes et aux entreprises qui sont largement nécessaires, mais ce n'est pas mon domaine d'expertise. Je ne donnerai donc pas de commentaire là-dessus.

Ensuite, il faut que cela dure le moins longtemps possible. Il faut s'assurer de pouvoir donner des perspectives pour l'hiver prochain. Il est peu probable que nous arrivions pendant cet hiver-ci à avoir tellement d'outils nous permettant de changer totalement de paradigme, mais il faut continuer à avancer. Nous sommes toujours dans une situation d'urgence, même si les dossiers qui sont urgents varient un peu avec le temps.

Plusieurs questions sont revenues autour de la Smals. À nouveau, je ne vais pas commenter ce qui ne relève pas de ma responsabilité. La Smals est une société informatique publique où les différentes entités du pays ont co-supervisé ou co-investi, je ne connais pas tout l'historique.

Je peux dire que le résultat, c'est que cette entreprise est présente partout, dans tous les dossiers, sans passer par une évaluation comme celle que nous ferions si nous avions une évaluation d'une entreprise extérieure.

Cette entreprise dispose d'un certain monopole, qui a été voulu ou en tout cas permis par les entités politiques qui ont constitué la Smals. Cette situation présente certainement des avantages, mais il existe aussi des limites en termes de compétitivité et de mise en compétition dans un sens purement logique. Je n'irai pas beaucoup plus loin sur ce sujet, ce n'est pas de mon ressort.

Aurions-nous pu éviter un premier confinement? Je crois qu'il ne faut pas se leurrer. Même si on avait eu plus d'informations, plus de matériel etc., ce démarrage d'un nouveau pathogène, vu la façon dont tous les pays qui nous ressemblent d'un point de vue démographique etc. ont dû réagir, je crois qu'on aurait pu de nouveau diminuer l'impact, la hauteur de cette courbe, tout un nombre d'effets,

mais le virus était présent.

Avec les outils que nous avons en main, il était difficile d'éviter une situation où on faisait une pause, on attendait que cela passe et puis, on essayait de mettre en place les mesures nécessaires.

Ensuite, l'utilité de l'application corona. Je dispose des chiffres des activités réalisées au sein de la communauté universitaire à Louvain, car nous avons mis en place un système complémentaire là-bas. Pour les gens contactés parce qu'ils ont eu un contact avec un cas positif, 1 sur 5 est positif. Pour ceux qui n'ont pas été contactés par les *call centers* mais qui ont une alarme de la part de leur application, 1 sur 5 est positif aussi.

Il existe donc une complémentarité entre les deux. Cette application arrive à trouver un certain nombre de personnes, et donc, il faut pouvoir continuer à la promouvoir comme un outil complémentaire. Il ne faut pas lui faire faire ce dont elle est incapable, mais elle reste un outil complémentaire.

Au sein du comité interfédéral, mon rôle a été de mettre en place le *tracing*, le suivi des contacts dans cette application. On a également rédigé le cahier des charges pour cette application. On a observé ce qu'il se passait à l'étranger et vers où d'autres pays allaient. Ce débat a été compliqué par le fait qu'il y avait de nombreux effets d'annonce. Tout le monde annonçait avoir la solution. Il a fallu faire le tri dans les effets d'annonce et passer à travers le lobbying.

Aujourd'hui, nous disposons d'une application. Elle aurait pu être prête un peu plus tôt ou plus tard, je ne ferai pas de commentaire à ce sujet; je n'étais pas aux commandes.

Une question a également été posée en ce qui concerne la logique d'éradication. En été, il y avait très peu de cas en Belgique. À ce moment-là, on aurait pu adopter un modèle plus restrictif et plus contrôlant. Toutefois, dans un pays comme la Belgique, à l'économie ouverte, au sein de l'Europe, avec beaucoup de mobilité, etc., l'éradication totale est difficile à obtenir, même si on peut déployer toute une série de stratégies et poser des exigences élevées. Certains pays y arrivent néanmoins.

Une fois qu'on est dans une logique d'éradication, il devient de plus en plus simple de maintenir un faible niveau de transmission car il y en a de moins en moins. On peut alors concentrer de plus en plus de moyens sur des foyers d'infection moins nombreux. En Belgique, nous n'étions pas dans cette logique. Il s'agit aujourd'hui plutôt

d'apprendre à vivre avec le virus. Je n'étais pas tout à fait à l'aise avec cela car vivre avec un virus mortel me semble une mauvaise idée en soi.

En ce qui concerne les équipes mobiles pour le testing et le prélèvement, on les a mises en place pour les maisons de repos. On a été en discussion avec l'armée à un moment donné, qui a d'ailleurs été mobilisée pour ce faire pendant la première vague. Elle continue maintenant. Les équipes mobiles peuvent répondre à des situations précises et imprévisibles. Par contre, dans des lieux où des ré-émergences sont possibles, comme les hôpitaux, les maisons de repos, les grandes collectivités fragiles en somme, il me semble plus performant d'investir dans la formation des gens; il est préférable de leur donner les outils adéquats pour réagir rapidement, plutôt que d'investir dans des bus qui circulent. Les équipes mobiles se justifient plus dans les écoles par exemple, ou dans des quartiers particuliers où le virus émerge à nouveau et où l'accès au centre de dépiage est limité.

Enfin, pourquoi la situation paraît-elle si grave en Belgique par rapport à d'autres pays? On a parlé du fait que si on teste plus, la situation peut paraître plus grave que dans des pays où l'on teste moins.

Mais, très clairement, la Belgique est un pays vulnérable, particulièrement dans le cadre de cette pandémie. Chaque fois qu'il y a une nouvelle émergence du virus, nous sommes les premiers touchés et apparemment les plus impactés. On l'a expérimenté une fois, on l'expérimente une deuxième fois: soit on démarre plus vite, soit les chiffres sont plus alarmants, soit il y a plus de morts. En termes d'impact de la pandémie, nous ne sommes jamais protégés. Il faut donc agir en fonction et adapter la façon dont on anticipe, dont on se positionne pour tenir compte de cette vulnérabilité. On pourra alors réagir de façon adéquate.

Notre vulnérabilité face à cette pandémie est multifactorielle. Elle est liée au climat, à notre culture, à la densité de population, à la grande mobilité internationale, à la mobilité interne des agglomérations, à des poches de la population qui ont moins accès à la communication ou aux services de santé. Si notre vulnérabilité n'est pas prise en compte pour y apporter une réponse ou essayer de la compenser, nous continuerons à subir un impact plus important que d'autres pays.

Je vous remercie.

J'espère avoir répondu à la plupart des questions en suspens.

Le **président**: C'est moi qui vous remercie, monsieur André, pour toutes vos réponses.

Il est déjà plus de 18 heures mais le dernier mot est aux députés, s'ils souhaitent ajouter quelque chose.

Voor alle duidelijkheid, het is niet verplicht een slotreplik te geven.

**Michel De Maegd (MR)**: Monsieur le président, je voudrais remercier M. André, mais je n'ai pas reçu de réponse concernant l'aspect international.

Comment pourrait-on harmoniser le rapportage des données, quels indicateurs pourrait-on utiliser? Le taux de surmortalité est-il un bon indicateur? Par rapport à l'OMS également; je rappelle que le 31 mars, l'OMS disait clairement que le masque n'avait pas un effet bénéfique sur la population. Je n'ai pas obtenu de réponse à ces questions.

**Sophie Rohonyi (DéFI)**: Monsieur le président, je voudrais juste revenir sur le taux de positivité.

Je n'ai pas obtenu de réponse quant au fait de savoir pourquoi ces critères avaient été retenus aussi tard comparativement à la France par exemple.

**Emmanuel André**: Pourquoi le taux de positivité n'a-t-il pas été repris dans les rapports réguliers? On l'a fait un peu plus tard, au moment où ça commençait à être pertinent parce qu'on avait une couverture relativement représentative en termes de *testing* et qu'à ce moment-là, la question de la résurgence se posait.

Je ne pense pas que ce n'était pas mesuré avant, c'était simplement moins communiqué, également en termes de pédagogie pour le public.

En ce qui concerne les déclarations de l'OMS, si la surmortalité est circonscrite et objectivée, c'est un très bon indicateur. On sait ainsi quel type de population est le plus infecté.

L'OMS a effectivement déclaré qu'on n'avait jamais essayé de contenir une épidémie en mettant un masque à tout le monde. On n'a jamais essayé, on n'a donc pas de preuves que ça fonctionne. On ne peut pas imposer de le faire puisqu'on n'a pas de preuves que ça fonctionne.

Les autorités de santé publique, à force de vouloir trop se baser sur l'évidence, au tout début de la crise, ne se sont pas données assez de pouvoir de persuasion pour mettre en place des stratégies de bon sens. Petit à petit, on doit construire l'évidence; c'est une leçon à retenir, à quelque niveau que ce

soit. Quand on n'a pas d'évidence, on peut se baser sur l'avis d'experts et prendre des risques. Le principe de précaution doit, selon moi, toujours s'appliquer quand on est dans une crise où des vies sont en jeu.

Le **président**: Merci beaucoup, monsieur André.

Collega's, wij kunnen dus afronden voor vandaag. Het was opnieuw een lange dag en voor mij ook een zware dag. Wij hebben heel veel interessante input gekregen, zowel vanochtend van de heer Vanthemsche als van u, mijnheer André.

Ik wil u dan ook heel hartelijk bedanken voor de openheid en voor de antwoorden op de vele vragen die wij hebben gesteld.

Ik wens iedereen een heel goed weekend. Wij zijn elkaar komende vrijdag 27 november 2020 terug. Prettig weekend.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.08 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 18 h 08.*