

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

du

MERCREDI 10 MARS 2021

Après-midi

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

van

WOENSDAG 10 MAART 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de la commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par M. Robby De Caluwé.

De **voorzitter**: Goedemiddag. Vandaag hebben we de coronacommissaris bij ons, Pedro Facon, en zijn collega Augustin Coppée.

Zij hebben ons de schriftelijke antwoorden bezorgd op de vele vragen die zij op voorhand hebben gekregen. Zij hebben eveneens een presentatie van een half uur voorbereid als introductie. Nadien is het woord aan de commissieleden om op een aantal zaken dieper in te gaan.

Pedro Facon: Dank u voor de uitnodiging om hier het woord te nemen.

In het verslag dat we u gisterenavond hebben bezorgd en dat u zonder twijfel nog niet helemaal heeft kunnen doornemen, hebben we geprobeerd om op de 92 vragen een afdoend en overtuigend antwoord te geven. Die beoordeling zal door u moeten gebeuren.

In elk geval wil ik om te beginnen meegeven dat ik het een zeer goed initiatief vind dat het federaal parlement ook een bijzondere commissie heeft opgericht in het kader van de politieke evaluatie van deze crisis en het crisisbeheer. Die evaluatie moet absoluut gebeuren. In juli 2020, in mijn vorige functie, heb ik het Vlaams Parlement toegesproken om op interparlementair niveau te bekijken hoe een aantal lessen en inzichten worden gecombineerd zodat ze ook maximaal doorwerking kunnen hebben. Dit ontslaat de administraties en de actoren op het terrein er niet van om eigen evaluaties uit te voeren. Ik denk dat het nuttig is om de initiatieven die op Europees niveau lopen, maar ook binnen de WHO-comitologie, ook te gaan

evalueren en ze samen te bekijken met de inzichten die u verwerft.

Last but not least is de crisis helaas nog niet afgelopen. We zullen wel met een klein beetje meer afstand dan we vandaag al kunnen nemen, moeten terugblikken op een aantal zaken die momenteel nog lopen.

In feite gaan de vragen die u mij heeft gesteld over twee periodes.

In de periode tot 6 oktober 2020 was ik nog directeur-generaal Gezondheidszorg binnen de FOD Volksgezondheid. De gezondheidszorg is één DG binnen de FOD en bestaat uit meerdere entiteiten. In de documentatie die ik u heb bezorgd, vindt u ook een grondige toelichting van welke de bevoegdheden van een DG zijn binnen de FOD, alsook de activiteiten die we daar hebben ontplooid, zowel binnen de DG-bevoegdheden, maar ook vanuit de rol van secretaris van de Interministeriële Conferentie, wat statutair verbonden aan het DG-schap in de FOD.

Vanaf 6 oktober 2020 was ik regerings-commissaris. Dat is een federaal gepositioneerd orgaan. Het commissariaat legt verantwoording af aan de premier en aan de minister van volksgezondheid, waaraan wij zijn vastgehecht, maar is wel interfederaal actief en de creatie van het commissariaat en zijn activiteiten zijn volledig ontplooid binnen de conferentie alsook binnen het Overlegcomité.

Ik heb geen ambitie om de antwoorden op de 92 vragen voor te lezen. Dat heeft weinig zin. Er zijn een aantal informatieve versus evaluatieve vragen. Er zijn ook een aantal vragen die mijn bevoegdheden niet betreffen, waarop ik toch in de mate van het mogelijke een antwoord heb geboden, steeds op basis van de beschikbare

informatie. U zult ook begrijpen en niet verrast zijn dat ik momenteel geen reden zie om mij uit te spreken over zuiver politieke evaluaties over het functioneren van een regering of een minister. Dat is eerder uw bevoegdheid, vanuit uw controlerol.

Ik wil een powerpointpresentatie met u overlopen. Ik wil een aantal kernboodschappen overlopen over zowel het crisisbeheer als over het gezondheidsbeleid. Tot slot zullen we ook nog even vooruitblikken naar de komende maanden en naar de periode daarna.

Een van de grote vragen in de evaluatie van de crisis is of we als land voldoende voorbereid waren op deze crisis. Het antwoord is uiteraard neen. Net zoals andere landen waren we onvoldoende voorbereid op een crisis die zo lang duurde en zo omvangrijk was en zoveel impact had. In alle eerlijkheid zijn ook de inzichten van de virologen, epidemiologen en andere experts door de hele crisis heen sterk geëvolueerd. Als we nu terugkijken op een aantal zaken die begin 2020 gebeurd zijn, dan moeten we daar kritisch naar durven kijken. Daar mag ook kritiek op worden gegeven.

Maar we moeten ons ook steeds opnieuw herinneren aan de data, het bewijsmateriaal, de wetenschappelijke inzichten die op dat moment beschikbaar waren. Dat zet zich voort in de crisis. Ik herinner u eraan dat toen we in november 2020 over virusvarianten begonnen te spreken, er ook wetenschappelijke discussie was over de mate waarin we ons daarover als land zorgen hoefden te maken. Vanaf december 2020 en januari 2021 is dan duidelijk geworden dat deze varianten dominant zouden worden binnen de epidemie, ook in ons land. Daar is dan een zekere consensus rond ontstaan. Die evolutie in inzichten op het niveau van experts en op het niveau van beleidsmakers, zowel politiek als ambtelijk, dient altijd in rekening te worden genomen op het moment dat men gaat evalueren welke beslissingen er werden genomen op dat moment.

De vraag is dan natuurlijk ook wat outputs en outcomes zijn om het Belgische crisisbeheer te gaan evalueren. Dat is moeilijk. We hebben heel wat data ter beschikking, een aantal daarvan op het eerste zicht zeer hard, zoals het mortaliteitsaantal, het aantal hospitalisaties en het aantal personen dat besmet werd. Er zijn ook outputgegevens met betrekking tot contactopvolging en dergelijke meer.

Het is goed dat daarover gedebatteerd wordt en ik zie dat men daarbij vaak vergelijkingen maakt met andere landen. Dat is absoluut noodzakelijk, maar tegelijkertijd is het bijna bij elk datapunt zo dat de

interpretatie even belangrijk is. Niet alle landen, zelfs binnen de Europese Unie, hebben hun data op dezelfde manier aangepakt, zelfs niet als het gaat over de meest evidente criteria zoals mortaliteit. Dat blijkt dan ook als men op een bepaald moment mortaliteitsgegevens gaat vergelijken met overmortaliteitsgegevens. Ik wil de ernst en de impact van de crisis in ons land absoluut niet onderschatten, wel integendeel. Ik meen echter dat we de registratie nogal orthodox hebben aangepakt. Ik vind dat persoonlijk ook de juiste manier van werken.

Essentiële vragen zijn dan voor mij welke de comparatieve sterktes en zwakten van België zijn, wat we kunnen leren over onszelf en anderen en welke lessen we hieruit kunnen trekken om ons voor te bereiden op een onontkoombare volgende pandemie. Ik wil u niet allemaal van de klif duwen, maar we weten dat dit niet de laatste pandemie of epidemie zal zijn die ons zal treffen.

Ik kom dan bij het crisisbeheer. Mijn opmerkingen zullen niet exhaustief zijn maar ik wil toch enkele belangrijke punten aanhalen. Het gaat daarbij om persoonlijke inzichten want ik spreek hier eerder vanuit een persoonlijk standpunt dan vanuit mijn huidige functie.

Pour moi il est très clair que nous avons, dans notre pays, une gestion de crise compliquée du fait de l'État fédéral sans vraie hiérarchie et la coordination fédérale (dont on attend beaucoup à juste titre) doit agir dans une situation dans laquelle elle n'a pas toujours la force de frappe pour implémenter et décider certaines choses.

Je l'ai dit dans mes réponses à vos questions. Le Conseil d'État a déjà dit à plusieurs reprises (vous le retrouverez dans les travaux de ce Parlement) qu'en fait, dans le cadre de la sixième réforme de l'État, une gestion de crise et la phase fédérale de la gestion de crise ne changent en rien la répartition des compétences entre les entités.

La coordination fédérale (dans le cadre de la législation d'urgence par le Centre de Crise, mais aussi la coordination au sein de la Conférence interministérielle portant sur la santé publique) est, quelque part, toujours une coordination soft. Cela impacte la manière de gérer la crise.

Par exemple, la coordination politique est faite au sein du Comité de concertation. On y dépose un calendrier pour la sortie des mesures, on le fait pour les secteurs fédéraux mais aussi pour les secteurs des entités fédérées. Mais, depuis le début de la crise, l'on constate que, dans certains secteurs, des décisions sont prises à part, comme dans l'enseignement tout comme dans le secteur

des soins de santé. Ces secteurs sont extrêmement compliqués avec leurs propres outils de gouvernance et de concertation et l'on observe que le Comité de concertation n'a pas toujours la possibilité de lier tous les domaines politiques et toutes les compétences dans ses décisions.

Dat is toch een belangrijke vaststelling die ik met u wil delen, dat het zelfs in dat hoogste orgaan van ons land, in het Overlegcomité, niet altijd gemakkelijk is om de notificaties daarvan te laten toepassen. Er zijn daarvoor een aantal redenen, betere en minder goede, maar dat is wel een belangrijk element. Dat gegeven, gecombineerd met een crisis binnen het gezondheidszorgsysteem dat ondertussen al op zichzelf buitengewoon gefragmenteerd is geworden, maakt het crisisbeheer bijzonder moeilijk.

We hebben in deze crisis ook een heel sterke politieke sturing gekregen. Het gaat natuurlijk over een crisis die een enorme impact heeft op de volledige bevolking, met enorme gevolgen en met een sterke mediatisering. Dat betekent dat er dus heel veel politieke sturing komt, eerst vanuit de Nationale Veiligheidsraad en daarna vanuit het Overlegcomité en ook vanuit de verschillende regeringen en van verschillende ministers. Ik zeg dat omdat dit een zekere impact heeft gehad op de reguliere crisisstructuren, zowel binnen het multidisciplinaire als binnen het sanitaire crisisbeheer. Ik kom daarop dadelijk terug. Die hebben daarvan in hun werking wel een aantal gevolgen gedragen.

Normaliter wordt een crisis, bijvoorbeeld de Brexit, aangepakt door het Crisiscentrum. Ik denk dat collega Raeymaekers dat wel met u zal hebben besproken. Dat is eigenlijk iets wat zich relatief buiten de politieke discussies heeft kunnen afspelen. Dat maakt het voor een aantal structuren, zoals het COFECO, het beheersorgaan binnen het Crisiscentrum, gemakkelijker om aan beleidsvoorbereiding en een voorafgaandelijke haalbaarheidstoetsing van een aantal maatregelen te doen, om ook voldoende aandacht te hebben voor de operationalisering van beslissingen.

In deze crisis hebben we eerder gezien dat heel veel politieke doelstellingen werden beslist op het niveau van de IMC en van het Overlegcomité, die nadien *trickle-down* naar de organen van het crisisbeheer gingen, waar het proces van hoe we dat zullen uitvoeren en hoe we dat haalbaar zullen maken eigenlijk moest starten. Dat heeft een impact gehad op hoe een aantal van die organen heeft gefunctioneerd.

We worden geconfronteerd met het probleem dat het multidisciplinaire en het sanitaire crisisbeheer

voor een stuk aparte werelden zijn. We beschikken in ons land over de lange traditie, die is begonnen na het Heizeldrama, om het Nationaal Crisiscentrum en allerlei noodplannen en wetgeving daarrond in plaats te brengen.

Binnen dat multidisciplinair crisisbeheer is het sanitaire beheer, de discipline gezondheidsbeheer, gezondheid, medisch en psychosociaal één deel. Wij hebben in deze crisis echter gezien dat het gezondheids crisisbeheer - dat vroeger op gang kwam, reeds eind december à begin januari, met de RAG, de RMG en daarna ook de Interministeriële Conferentie - de voorbije jaren eigenlijk, ook onder invloed van de staatshervormingen, heel wat eigen principes en regels rond coördinatie en beslissingen heeft gekregen. Dat wordt ook voor een stuk beïnvloed door de regels die de Wereldgezondheidsorganisatie oplegt.

Wij hebben echter gezien dat op het moment dat ook het multidisciplinaire crisisbeheer werd geactiveerd, dat was op het moment dat de federale fase in werking trad, dat gezondheids crisisbeheer zich moeilijk kon inschakelen in het multidisciplinaire beheer.

Om het concreet te maken. Dat heeft tot gevolg dat de terugkoppeling naar gouverneurs en burgemeesters doorheen de hele crisis - en wij zien dat vandaag nog steeds - moeilijk is. De gezondheidszuil heeft reeds bijzonder veel interne coördinatieproblemen door de complexiteit en bevoegdheidsverdeling. Als men dat dan ook nog eens binnen een ruimer multidisciplinair kader moet brengen, dan wordt het nog moeilijk haalbaar. Dat zal moeten worden geëvalueerd en gecorrigeerd, want als wij de gouverneurs en de burgemeesters een rol willen laten spelen in het crisisbeheer, moeten zij natuurlijk ook de nodige informatie krijgen.

De wederzijdse kennis van die twee domeinen was onvoldoende, zowel bij de administratieve actoren als op het terrein. Dit heeft natuurlijk wel wat impact gehad. Als directeur-generaal Gezondheidszorg heb ik zelf eigenlijk in bijna vier jaar - en ik zeg dat zeer open, omdat het net de bedoeling is dat wij daaruit iets leren - nooit een oefening meegemaakt waarbij wij samen met de Crisiscentrum bepaalde plannen en procedures oefenden, evalueerden en dergelijke meer. Ik ben daarover eigenlijk ook nooit gebriefd toen ik in dienst trad. Ik zal er straks nog iets over zeggen, maar ik moet voortmaken. Dat is een van de essentiële zaken. Wij beschikten hier en daar wel over wat plannen, vaak goede plannen en goede initiatieven, maar wanneer de actoren die binnen die plannen moeten samenwerken, niet samen trainen en niet samen lessen eruit trekken,

zijn die plannen op het moment dat ze geactiveerd moeten worden, weinig waard.

Crisisbeheer is in grote mate jazz, wanneer we dat vergelijken met muziekstijlen. Er moet een bepaald motief worden gevolgd, maar het moment maakt dat we elkaar moeten aanvoelen, elkaar aanvoelen binnen plannen en het samenwerken tussen disciplines, samenwerken over bestuursniveaus heen. Er wordt veel gefocust op het federale versus de deelstaten. Het gaat echter ook over de lokale besturen. Al die elementen werken enkel als er voldoende wederzijdse kennis is, voldoende wederzijds contact, wanneer er samen wordt getraind. Dit is toch een van de voornaamste lessen die moet worden meegenomen. Het is noodzakelijk dat het Nationaal Crisiscentrum hierin sterker wordt gemandateerd. Zij willen dat doen en hebben daar een aantal plannen en strategieën rond ontwikkeld. Het toezicht houden op en het trainen van de departementale crisiswerking, de manier waarop alle departementen, beleidsdomeinen over plannen beschikken en voorbereid zijn op calamiteiten, moet strakker worden aangestuurd.

Over *preparedness* bij de overheid en werkveld heb ik al een aantal zaken gezegd. Dit geldt niet enkel voor de overheid, maar ook voor het werkveld.

Ce qu'on a constaté, c'est que dans des secteurs comme les hôpitaux, qui depuis les années 1980-1990 disposent déjà de plans d'urgence et d'institutions au sein de l'hôpital qui peuvent être activés quand une calamité se produit, et qui ont instauré des cycles d'apprentissage, avec une amélioration de ces plans et des normes les accompagnant en 2018, on a constaté que ces hôpitaux ont été mieux à même d'agir dans cette crise. Il y a plusieurs raisons; cette *preparedness*, cette tradition, c'est bien sûr aussi la professionnalisation et les moyens dont les hôpitaux disposent, vis-à-vis par exemple de ce qui se passe dans les maisons de repos et dans la première ligne. Mais il est clair aussi que dans la première ligne, qui est tout doucement en train de mieux s'organiser, il importe aussi de réfléchir à des plans d'urgence. Je ne parle pas de livres de 1 000 pages mais de principes, de procédures, d'exercices d'apprentissage communs. Je pense que c'est hyper important de le souligner.

Sectoren die een traditie van noodplanning hebben en die een sterke professionalisering hebben gekend in de voorbije jaren, hebben beter gefunctioneerd in deze crisis.

Ik ga nu in op de overheids capaciteit inzake het crisisbeheer. Het is 100 jaar geleden dat wij in

België een grote pandemie hebben gekend, maar door de jaren heen is in een aantal capaciteiten, zowel op het federale niveau als op het niveau van de deelstaten, te weinig geïnvesteerd. Dat is zeker zo, maar het gaat ook over de prioriteiten. Binnen de federale departementen bijvoorbeeld ziet men dat de VTE's op de niveaus A en B – ik weet dat er besparingen op het overheidsapparaat zijn geweest en wij kunnen andere hoorzittingen houden over de zin, onzin en gevolgen daarvan – grosso modo op peil zijn gebleven. Er is ook een aantal prioriteiten verschoven door minder maatschappelijke, minder politieke en minder mediatieke urgentie rond een aantal thema's. Het is belangrijk om dat te erkennen en daar ook iets uit te leren voor de toekomst.

Wij kunnen moeilijk overschatten welke rol de experts hebben gespeeld in deze crisis en welke toegevoegde waarde zij hebben geboden. Wij leven niet in een "scientocratie", zoals sommigen denken, maar het is natuurlijk wel zo dat in een pandemie met een virus, met heel veel evoluties daaromtrent en met een grote techniciteit virologen, biostatistici, epidemiologen en infectiologen een primordiale rol spelen. Doorheen de crisis is dat aangevuld geworden met meer economische expertise en expertise op het vlak van sociaal beleid en psychologie.

La discussion continue sur le bon équilibre entre les experts et la politique, entre les experts en dehors du secteur public et les experts de Sciensano par exemple, les experts de différentes disciplines. Je pense qu'on a quand même pu améliorer ces relations avec l'instauration du GEMS au sein du commissariat. En général, si on regarde aussi quel a été le calendrier mis sur la table par le Comité de concertation et préparé par le commissariat avec le GEMS, si on compare ce que le GEMS avait recommandé ce qui est maintenant sur la table, on voit qu'il y a plus de convergences, une meilleure compréhension réciproque. Je pense qu'on a fait des avancées. Est-ce parfait? Pas du tout mais je pense que les choses se sont améliorées, du moins je peux l'espérer. C'est aussi une question du propre fonctionnement du commissariat, bien sûr.

Men heeft het vaak over de inflatie aan taskforces, comités en allerhande andere fauna en flora binnen de bestuurskundige wereld. Dat is een goed debat, maar tegelijkertijd wil ik twee opmerkingen maken.

Heel wat van de taskforces die wij vandaag kennen rond vaccinatie, testing, *hospital surge capacity*, *primary care capacity*, *shortages* enzovoort zijn niets anders dan spin-offs of gespecialiseerde werkgroepen in de schoot van de Risk

Management Group. De Risk Management Group binnen de sanitaire zuil is gehouden, dat is een interfederaal samengestelde groep met beleidscellen en administraties, om alle maatregelen te nemen die nodig zijn in het sanitair crisisbeheer.

U zult begrijpen dat er in deze crisis, in tegenstelling tot een aantal andere crisissen die wij hebben gezien zoals ebola, zodanig veel werk was en zodanig veel thema's op tafel lagen dat men op een bepaald moment taskforces is beginnen op te richten maar eigenlijk zijn dat gespecialiseerde RMG's. Ik kan heel goed begrijpen dat het voor de buitenwereld en zelfs ook voor politici soms moeilijk is om de samenhang van al die organen te zien, maar er zit een zekere logica in het verhaal.

Het probleem zit niet zozeer daar, maar veeleer in het samenspel tussen de sanitaire en de multidisciplinaire zuil, alsook in de wijze waarop er politiek is gestuurd in deze crisis, met een aantal gevolgen voor hoe de organen functioneren.

Ik heb ook, tot mijn scha en schande, samen met mijn collega's van het commissariaat ervaren – wij hebben in het begin van ons aantreden een aantal voorstellen, quick wins, op tafel gelegd in het kader van de governance – dat het bijzonder moeilijk is om het huis te renoveren terwijl men erin woont. Dat is iets wat iedereen wel kan begrijpen.

Ik denk dat men fundamentele wijzigingen in het crisisbeheer, bijvoorbeeld tussen de sanitaire en de multidisciplinaire zuil, niet meer tijdens deze crisis kan aanbrengen. Dat is een illusie. Dat zal niet gebeuren. Wat ik daarstraks heb gezegd over elkaar begrijpen, elkaar kennen, elkaars plannen kennen, samen trainen, dat is wat moet gebeuren om ervoor te zorgen dat dit voor de volgende crisis beter gestroomlijnd is.

Tot daar een aantal aspecten in het crisisbeheer.

De volgende slide gaat over het gezondheidszorg-systeem. Het is geen geheim dat ik zo mijn ideeën heb over de staatsstructuur in het gezondheidsdomein.

Ik herhaal dat ik ten persoonlijke titel spreek, dus ik bind hier niemand dan mijzelf. Ik sta echter niet alleen met mijn stelling dat, zeker na de zesde staatshervorming, maar ook al daarvoor, het eigenlijk onmogelijk is geworden om een krachtig gezondheidsbeleid te voeren dat snel genoeg inspeelt op de evoluties inzake medische techniek, data en digitalisering, op de noden in de samenleving, op geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, op samenwerking tussen gezondheid, welzijn en sociaal beleid. Geen van

die aspecten worden door de huidige staatsstructuur gefaciliteerd. Dat betekent nog niet dat ik een fetisjist ben inzake staatshervorming. De staatsstructuur is een middel, een noodzakelijke voorwaarde, maar niet een voldoende voorwaarde om het gezondheidsbeleid krachtig te kunnen aanvoeren.

Vooreerst moet de visie klaar en duidelijk zijn. Welke zijn onze gezondheidsobjectieven? Wat willen wij bereiken op het vlak van aanbod in zorg? Hoe organiseren we verticale en horizontale zorgintegratie? Horizontaal slaat op de samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen eerstelijnsactoren. Verticaal slaat op de samenwerking tussen een ziekenhuissysteem in de tweedelijns met de eerstelijnsactoren en de nulde lijn met bijvoorbeeld de apothekers en ook met sociale actoren zoals het OCMW, CGG en CAW.

De huidige staatsstructuur bemoeilijkt dergelijke samenwerkingen. Zoals zoveel actoren op het werkveld de voorbije jaren al hebben gezegd, daarin moeten dringend wijzigingen worden doorgevoerd. De creatie van extra coördinerende organen of een aantal petjes zal niet volstaan.

De Interministeriële Conferentie heeft zich in de voorbije jaren naar mijn mening goed ontwikkeld. Tussen de administraties hebben wij ondertussen ook een netwerk opgezet. Wij kennen elkaar goed en werken doorgaans goed samen. Het kost echter bijzonder veel energie, tijd en dus ook geld, eigenlijk allemaal elementen die zeer schaars zijn in het gezondheidsbeleid.

De Interministeriële Conferentie hield op één jaar tijd ongeveer zestig vergaderingen, wat betekent dat wij de acht bevoegde ministers zowat elke week gedurende vier uur optrommelen. Hun kabinetschefs houden voorbereidende vergaderingen, de RMG's stemmen voortdurend af. De kostprijs van dat alles loopt hoog op.

Doorheen de hele huidige crisis stel ik vast dat heel veel mensen binnen de administraties en ook in het politiek systeem van goede wil zijn en vooruitgang willen boeken, maar voor een stuk worden zij gehinderd door de structuren waarbinnen zij moeten functioneren. Dat geldt ook voor de politici zelf, die geconfronteerd worden met de limieten van de impact die zij zelf op hun eigen bevoegdheidsdomein kunnen genereren.

De structurele zwaktes in ons gezondheidszorg-systeem, waarvan ik er een aantal heb opgenoemd, waren gekend. Zij worden al jaren onderstreept in de OESO-rapporten *Health at a Glance* maar ook in de KCE-rapporten, die de performantie van ons systeem monitoren.

In de huidige crisis hebben wij gezien dat wij al onze zwaktes dubbel hebben betaald. Dat is normaal. In een crisisperiode wordt men dubbel zo hard met die zwaktes geconfronteerd. Het omgekeerde geldt natuurlijk ook, namelijk dat de sterke productiviteit, de hoge professionaliteit van onze gezondheidsprofessionals en de capaciteit van onze ziekenhuizen hebben bijgedragen tot de positieve punten in het crisisbeheer, wat ik misschien heb vergeten te vermelden. Laat ons echter ook de sterke punten in kaart brengen, aangezien zij er zeker ook zijn.

Een specifiek punt binnen het gezondheidszorg-systeem dat ik wil aanraken, is de bijzondere situatie dat er, enerzijds, heel veel overregulering en detailregulering is op een aantal domeinen, onder andere het financieringssysteem en een aantal regels rond de gezondheidsberoepen, maar er, anderzijds, ook volledige domeinen zijn die ondergereguleerd zijn, bijvoorbeeld de labosector.

Dat heeft ons ook bemoeilijkt in bijvoorbeeld het snel in stelling brengen van diagnostische capaciteit, wat uiteindelijk wel is gelukt. Wij zijn ondertussen geëvolueerd van een capaciteit van ongeveer 4.000 PCR-tests in 2020 tot 150.000 PCR-tests die mogelijks kunnen worden afgenomen per dag en die wij op dit moment onderbenutten.

De capaciteit van de gezondheidszorgadministratie is een van mijn dada's als bestuurskundige. Het is duidelijk dat op sommige vlakken expertise en middelen ontbraken. Ik herinner aan het feit dat het ook over prioriteiten gaat.

Daarstraks heb ik al aangegeven dat er ook tussen de administraties beter en sterker kan worden samengewerkt. Er zijn een aantal jaren geleden een aantal ideeën rond de *redesign* van de gezondheidszorgadministratie op tafel gelegd, waarvan sommige al zijn uitgewerkt en uitgevoerd en andere nog niet.

Wij zijn sterk afhankelijk geweest van Defensie. Het is gepast om hier in de commissie nogmaals Defensie te bedanken.

Personnellement j'ai aussi pu compter sur la Défense tant lorsque j'étais directeur général de la *surge capacity* des hôpitaux et du transport, des structures intermédiaires, centres de tri etc. Mais aujourd'hui dans le cadre de la planification de la vaccination, la Défense est un acteur humble qui a pourtant été crucial et nécessaire pour gérer certaines choses. Sans eux, nous aurions eu de très gros problèmes.

Je pense que cela veut aussi dire que dans le futur, tant dans le cadre de la gestion de crise que celui de la politique, nous devrions voir comment la Défense et la composante médicale du ministère de la Défense peuvent être un partenaire plus structurel de l'état civil.

We zijn tot op vandaag ook sterk afhankelijk van externe consultants. Ik zei al dat mijn ervaringen met die consultants doorgaans heel positief zijn. Ze hebben een waardevolle bijdrage geleverd en werken doorgaans heel goed samen met onze administraties. Daar zit zeker geen spanningsveld op.

De kern van het probleem is dat bepaalde kerntaken uitgevoerd moesten worden door consultants. Die capaciteiten moeten in onze administraties verankerd worden. We moeten ook over andere zaken grondig nadenken. Logistieke taken bijvoorbeeld zullen ook in de toekomst niet door de overheid opgenomen moeten worden, maar daarover moeten dan wel duurzame privaat-publieke partnerschappen worden gecreëerd. Voor zaken die niet tot de kerntaken behoren, kunnen we zonder twijfel ook meer een beroep doen op die genoemde capaciteiten.

Tot slot hebben we in de gezondheidszorg een heel uitgebreid overlegmodel, waarop ik nu niet dieper zal ingaan. Een van u vroeg hoe dat overleg heeft gefunctioneerd tijdens deze crisis. In alle taskforces die we opgericht hebben, hebben we vaak rechtstreekse vertegenwoordigers van het terrein uitgenodigd. Dat creëerde af en toe een spanning met de meer reguliere overlegorganen, maar in het algemeen heb ik vastgesteld – en ik geef daarvan ook voorbeelden in mijn antwoorden – dat zowel binnen het adviesstelsel van het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD als binnen het overlegmodel van het RIZIV men doorgaans snel heeft kunnen reageren op een aantal vragen en noden. Dat ging dan bijvoorbeeld over de bijsturing van financieringssystemen, adviezen over de exitstrategie of de heropstart van activiteiten in het gezondheidszorgsysteem. Het overlegmodel heeft al met al zeker zijn verdiensten gehad.

Op deze laatste slide, ziet u wat er de komende maanden voor ons ligt. In de antwoorden beschrijf ik vrij gedetailleerd wat de opdrachten van ons commissariaat waren en hoe die precies zijn uitgevoerd. We hadden immers een zeer breed mandaat, waarbinnen we zeker niet alle taken hebben opgenomen of nog niet hebben opgenomen. Ik denk dat ik een en ander voldoende uitgebreid beschrijf in het document, en uiteraard kunt u mij altijd bijkomende vragen stellen.

Hier en nu ligt de grootste prioriteit van het commissariaat in de beheersstrategie. Daarmee bedoel ik de exitstrategie, maar ook de systemen van assessment op verschillende vlakken: epidemiologisch, maar ook economisch, psychologisch enzovoort. Daaronder vallen bijvoorbeeld ook de versoepeling en – in het geval van een eventuele nieuwe opflakking – verstrenging van maatregelen. Wij coördineren ook de modellering, om te kunnen vooruitkijken en in te schatten wat we de komende maanden kunnen verwachten. Daarnaast hebben we met het commissariaat ook een heel sterke coördinerende rol opgenomen op twee focuspunten: testing en vaccinatie.

Ik zal daar straks wel vragen over krijgen. Een heel groot deel van onze resources is op dit moment is daarvoor bestaaf, en dat is ook nodig.

Nadat voor het commissariaat de acute fase zal zijn afgerond, en u weet dat ons mandaat voor één jaar bepaald is op dit moment, zullen wij natuurlijk een aantal opdrachten moeten repatriëren naar de bevoegde administraties.

Er zijn ook nogal wat vragen over taken die wij vandaag uitoefenen die niet zomaar aan een administratie kunnen worden toebedeeld. Ik denk met name aan de beleidsvoorbereidende rol die wij spelen voor het Overlegcomité, en bijvoorbeeld ook voor de federale ministerraad of de kern.

Als u de documenten of de agenda's van de Interministeriële Conferentie opvraagt, zult u zien dat wij sinds ons aantreden bijzonder veel taken op ons hebben genomen om beleidsvoorbereidend werk te leveren. Dat moet wel ergens nederdalen als wij op een bepaald moment het commissariaat willen opheffen.

Ik stel u gerust, het is de absolute ambitie van het commissariaat om er op een bepaald moment mee op te houden. Ik meen niet dat men in dit land nog een extra ministerie moet creëren. Wij zijn er om te helpen, en wij zullen dat ook doen zolang het nodig is, maar men moet structureel de capaciteiten versterken in de administraties. Dat zal moeten gebeuren als wij uit de acute fase zijn.

Ik heb het al over een aantal andere aspecten gehad. Ik heb over de governance gesproken, de nota van consolidatie. De tekening maken van hoe alles samenhangt, zal nodig zijn. Op het versterken van de *preparedness* ben ik voldoende doorgeshaan. En wat de hervormingen in de gezondheidszorg betreft, en met het oog daarop de bevoegdheidsdiscussie, meen ik u ook voldoende antwoord te hebben geboden.

Tot daar, voorzitter en secretaris, de inleiding die ik

met u wou delen.

Présidente: Laurence Hennuy.

Voorzitster: Laurence Hennuy.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer Facon, dank u voor al het werk dat u hebt gedaan en voor het uitgebreide antwoord dat wij schriftelijk hebben mogen ontvangen. U hebt het goed ingeschat: ik ben daar nog maar diagonaal kunnen door gaan, maar ik heb wel op verschillende punten al gezien dat er lessen werden getrokken en dat er ook blijk wordt gegeven van reflectie over het geheel. Wij zullen daar nog heel relevante informatie in vinden, die we echt wel kunnen meenemen als bijzondere covidcommissie.

Ik heb een aantal vragen voor u. Een eerste vraag gaat over de testing. Ik had graag uw mening geweten over de relevantie en het nut van het federale testplatform. Ik vraag dit omdat er toch wel wat commotie rond is geweest. De klinische labo's voelden zich gepasseerd en niet erkend. Is dit een strategie om aan te houden voor de toekomst, of moet dit anders worden aangepakt?

Voor het federale testplatform-bis wordt samengewerkt met klinisch biologen. Het probleem blijft volgens mij dat er nu volop wordt gezocht naar het voeden van die testplatforms. Men zoekt naar toepassingen die dan exclusief aan hen worden voorbehouden, omdat zij nu eenmaal een bepaalde capaciteit hebben die zij graag invullen. Dat geeft ook weer een deuk in het vertrouwen van de klinische labo's. Hoe kijkt u daar tegenaan? Denkt u dat het federaal testplatform-bis zoals het eerste testplatform een goed idee was?

Ik heb nog een tweede vraag daarover. In het najaar was het federale testplatform-bis eigenlijk wat te laat klaar, waardoor de teststrategie moest worden aangepast. Hoogrisicocontacten werden op dat ogenblik bijvoorbeeld niet meer getest. Kunt u inschatten in hoeverre dit een impact heeft gehad op het ontstaan van de tweede golf? Immers, op een bepaald moment is waarschijnlijk een heel aantal besmette mensen niet gedetecteerd.

Nog in verband hiermee, wat is uw idee over de rol die het FAGG heeft gespeeld, vooral inzake de beoordeling van de antistoffentesten? Hebben zij hun rol daar juist gespeeld? Volgens de klinisch biologen zijn ze daar hun bevoegdheden te buiten gegaan.

U had het zelf over de onderregulering van de labosector. Ik wil graag weten wat u daar precies mee bedoelt. Wat moet volgens u beter of anders gereguleerd worden?

Een volgend punt waar ik nog vragen over heb, gaat over de onderbestaffing van de diensten. In een crisis moet men kunnen zorgen voor een snelle opschaling. Hebt u ideeën over hoe dat zou kunnen gebeuren? Kunt u die dan delen met ons?

Ik ben het met u eens dat een pandemieplan niet punt voor punt kan voorschrijven welke stappen er exact moeten worden doorlopen om een bepaalde pandemie aan te pakken. U geeft zelf aan dat er wel een plan was maar dat het onvoldoende gekend was en niet geüpdatet. Er was ook onvoldoende getraind. U hebt daar de nadruk op gelegd en ik meen dat dit terecht was.

Wie is volgens u verantwoordelijk voor het up-to-date houden van zo'n plan, om het vooral *top of mind* te houden? Op welke manier kunnen wij garanderen dat hier interpandemisch, tussen pandemieën door, voldoende aandacht naar blijft gaan? Moet zoiets wettelijk verankerd worden? Hoe zou u dat aanpakken? Bent u het ermee eens dat zo'n pandemieplan des te belangrijker is voor een ingewikkeld land met een complexe structuur? Volgens mij moet heel duidelijk uitgeschreven worden wie waarvoor bevoegd is. Ik meen dat de structuren heel goed gekend moeten zijn door diegenen die zo'n crisis moeten aanpakken.

Wat denkt u van het Europese PREPARE-project dat sinds 2014 liep en eigenlijk als doel had om Europa voor te bereiden op pandemieën? Klinische onderzoeken zouden gefaciliteerd worden zodat ook de lidstaten sneller konden worden geïnformeerd over de aanpak van een pandemie. Werden de lidstaten hierover geïnformeerd? Waren wij daarvan op de hoogte? Werd daar regelmatig over teruggekoppeld? Heeft dat PREPARE-plan volgens u bijgedragen aan de aanpak van deze crisis?

Ik kom dan bij de verschillende organen. Hebben die allemaal een evaluatie gehad na de eerste golf? Kunt u dat toelichten? Voor welke organen gebeurde dat wel en voor welke niet? Kunnen we die evaluaties ook ergens terugvinden? U gaf zelf aan dat er wat veel politieke sturing is geweest. Het is vooral belangrijk dat het voor de publieke opinie heel duidelijk is wat het advies is van de RAG en wat er daarna door bijvoorbeeld de filter van de GEMS naar de beleidsmakers gaat. Het is heel belangrijk dat dit onderscheid wordt gemaakt. Was daar volgens u voldoende transparantie over?

In het begin was dat zeker een probleem. Is het belangrijk om daar voor de toekomst wel over te waken? Het Comité voor Bio-ethiek heeft ook aangegeven dat dat volgens hen heel belangrijk is in een pandemie, zeker bij een nieuwe soort infectie. Dan wordt er het best meer aandacht

gegeven aan transparantie.

Het Comité voor Bio-ethiek heeft overigens ook aangegeven dat zij graag als observator zouden worden opgenomen in die organen. Is dat een goed idee volgens u? Werd dat ook gemist in de verschillende organen?

In zo'n pandemie is er heel veel impact op verschillende sectoren door de maatregelen die moeten worden genomen. Die sectoren zijn toerisme, horeca, contactberoepen enzovoort. Waarom wordt er dan geen onderzoek gedaan naar de effectieve impact op de verschillende sectoren? Dit kan het bepalen van antistoffen bij verschillende beroepsgroepen zijn of het opzetten van proefprojecten. Zo komt er echt een onderbouwing voor de maatregelen. Dat mis ik een beetje. Het lijkt soms een beetje nattevingerwerk over wie zal moeten sluiten en wie niet. Wat is daar uw visie over?

Vroeger hadden we een griepcommissaris, nu een coronacommissaris. Wat is volgens u het geschikte moment om zo'n functie te installeren? Wie moet daarvoor het signaal geven? Waarom heeft het deze keer zolang geduurd?

Hoe loopt het nu voor u? Loopt alles vlot? Hoe loopt de samenwerking met de regering?

U haalde helemaal in het begin van uw uiteenzetting de oversterfte aan. U zei dat we wel heel orthodox waren in de registratie. Oversterfte ligt echter niet. Die indicator kan goed vergeleken worden tussen verschillende landen. Hebt u daar een andere mening over?

De ziekenhuizen gaven aan dat zij een groot gemis hebben ervaren in de automatisering van de dataregistratie. Het probleem was blijkbaar ook dat er geen uniforme dataregistratie was, waardoor het voor bijvoorbeeld Sciensano ook moeilijk was om alles te verzamelen en naar buiten te brengen. Wat hebben we nodig om dit te remediëren? Dat is echt wel aan de orde. Moeten we opnieuw beginnen, zodat we met dezelfde standaarden en uitwisselbare gegevens kunnen werken, of valt de huidige situatie nog recht te trekken?

Eind vorige week hebben we professor Goossens gehoord. Hij haalde wel een interessant voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk aan.

Daar hebben twee universiteiten blijkbaar de opdracht gekregen om de beleidsmakers op regelmatige basis te ondervragen. Tweewekelijks ondervroegen zij gedurende een halfuurtje de beleidsmakers over de aanpak. Zij koppelden daarover ook terug. Denkt u dat het nodig is om in

een toekomstige aanpak van een pandemie ook structureel zulke evaluatiemomenten in te bouwen, zodat er ruimte komt voor reflectie en bijsturing?

Ik was heel blij dat u ook Defensie heel uitdrukkelijk vernoemd hebt. Ik meen dat de samenwerking tussen de medische component van Defensie en Volksgezondheid verankerd en in de toekomst versterkt moet worden. Wat is, in die context, uw mening over het nut van een calamiteiten-ziekenhuis, zoals dat in Nederland bestaat, waar de expertises van Volksgezondheid en Defensie samenkomen?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer Facon, bedankt voor uw aanwezigheid hier en voor al het harde werk, met de twee petjes op, eerst vanuit de FOD Volksgezondheid en nu als coronacommissaris. Er wordt hier vaak kritiek geleverd. Ik weet niet in welke mate u onze commissiewerkzaamheden hebt kunnen volgen, maar u bent een van de weinige mensen waarover ik vrijwel niets negatiefs heb gehoord. Ik wilde u dat toch even meegeven als pluim op uw hoed.

Ik heb een paar bijkomende vragen. Net zoals collega Gijbels ben ik nog niet helemaal door uw antwoorden kunnen gaan, dus als u er reeds op hebt geantwoord in uw schriftelijke presentatie, verwijs daar dan gerust naar.

Een eerste punt dat ik wel al met heel veel interesse heb gelezen, staat op pagina 6, waar u het hebt over het multidisciplinaire en het sanitaire.

Toen de mensen van het Crisiscentrum hier kwamen getuigen, leken zij heel gefrustreerd over de voorbereiding. Ik ben daar toen even op doorgegaan en ze hebben dat achteraf wat genuanceerd. Zij getuigden dat zij blijkbaar verschillende keren geprobeerd hadden om een deel van de voorbereiding die bij de FOD lag, te kunnen overnemen, maar dat dat uiteindelijk de politieke beslissing was.

Ik heb er alle respect voor wanneer u straks zegt dat het een politieke beslissing was en dat u zich daarover niet wenst uit te spreken, maar ik wil daarop nog even doorgaan. Hoe hebt u het bij de FOD beleefd, dat het Crisiscentrum blijkbaar informatie had waaruit bleek dat er iets ernstigs op ons afkwam en dat in de FOD steeds werd gezegd dat men het onder controle had en dat het lukte?

Ik hoor u nu immers zeggen dat het Crisiscentrum eigenlijk moet worden versterkt en dat er op het moment wel hier en daar plannen voorhanden zijn, maar dat er niet samen geoefend wordt, wat een manco is. Ik had in mijn voorbereiding de vraag genoteerd wie dan de lead moet nemen en even

later zei u het Crisiscentrum.

Is het voor u vanzelfsprekend dat het Crisiscentrum bij een volgende calamiteit met een duidelijke sanitaire invloed meteen de lead neemt, zodat de discussie over de lead – de crisis is sanitair en de lead ligt bij de FOD versus de crisis is een calamiteit en de lead ligt bij het Crisiscentrum – dan is uitgeklaard? Hoe hebt u dat vorig jaar rond deze tijd ervaren? Is het antwoord dan dat de lead standaard bij het Crisiscentrum moet liggen?

Vorig jaar rond deze tijd, toen het multidisciplinaire versus het sanitaire ter discussie stond, hoe was u vanuit uw rol als DG Gezondheidszorg betrokken bij wat er allemaal op ons afkwam? Hebt u stappen moeten ondernemen om echt actief betrokken te worden bij het crisisbeheer of was dat gewoon een uitgemaakte zaak?

Van wie kreeg u alle informatie over de nakende risico's? Hoe verliep dat voor u als DG bij de FOD Volksgezondheid en uw andere collega's? Als dat niet goed liep, hoe moeten we dat dan bij een volgende pandemie proberen op te vangen?

U zei heel terecht dat het moeilijk is om een huis te renoveren, terwijl men er nog in woont. U had het dan in het bijzonder over de staatsstructuur. U hebt zelf in uw tijd bij de FOD ook geprobeerd om de FOD, het FAGG en het RIZIV meer te integreren. We horen hier ook vaak dat Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad en het KCE meer moeten samenwerken. Zou de groep, volgens uw ideaalbeeld van die samenwerking dan anders geanticipeerd hebben op de crisis? U hebt hier een duidelijke visie over. Kunt u ons advies geven bij een eventuele volgende pandemie op basis van uw ideale structuur? Ik besef ook dat we het huis nu niet kunnen verbouwen, terwijl we er nog in wonen. Maar voor een volgende pandemie lijkt het me wel heel interessant om uw visie hierop te hebben.

U zegt dat de consultants kerntaken uitvoerden. Het is mij de laatste weken ook steeds duidelijker geworden dat zij heel veel werk verricht hebben in de taskforces. Ik hoor u zeggen dat we bij een volgende pandemie een deel van die consultanttaken moeten durven te verankeren. Een aantal belangrijke moeten we verankeren, over een aantal andere kunnen we ad hoc beslissen. Ik besef dat dit nu een moeilijke vraag is, maar hebt u een lijst in gedachten van de taken die niet in de administratie kunnen opgenomen worden, maar die wel verankerd moeten worden in zo'n publiek-private samenwerking?

U erkende terecht dat de ziekenhuizen goed voorbereid waren. Hoe kunnen wij wat dankzij een goede voorbereiding goed ging in de ziekenhuizen,

uitrollen naar de eerstelijnszorgverlening? Ik weet dat dit een andere bevoegdheid is, maar ik heb het bijvoorbeeld over de woon-zorgcentra.

U ging heel even in detail over de zesde staatshervorming en vermeldde dat u persoonlijk van mening was dat zij ons in de weg gestaan heeft en dat het anders had gekund. Maar u liet daar toch niet het achterste van uw tong zien. Wat is dan volgens u de ideale oplossing? Daar wil ik toch even op doorvragen.

Ik heb er een kleine discussie over gehad met Tom Auwers en wil deze vraag toch ook even aan u voorleggen. De vernietiging van de strategische voorraad mondmaskers hangt hier als een donderwolk boven onze commissie. Dat is al altijd de olifant in de kamer geweest. We hebben al vaak ontwijkende antwoorden gehoord in de aard van "ik wist het niet" of "ik zeg er niets over".

Kunt u, met uw open blik, als iemand die vooruit wilt zonder een schuldige aan te wijzen, ons uitleggen waarom we in een voorraad mondmaskers, waarvan iedereen dacht dat we die hadden, moeten investeren en er altijd een ter beschikking moeten hebben? Waar ging het mis met de mondmaskers? Dat de voorraad er niet was, had te maken met een politieke beslissing, maar ik weet nog altijd niet waarom er niet over is gecommuniceerd naar de ziekenhuizen.

De heer Auwers zei dat hij niet wist wie de ziekenhuizen moest verwittigen en dat hij niet wist hoe het kwam dat ze niet verwittigd waren. Kunt u mij daar wat meer informatie over geven, want ik blijf hierover op mijn honger.

Voorzitter: Robby De Caluwé

Président: Robby De Caluwé

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, j'essaierai d'en faire autant pour le parti socialiste. Je remercie M. Facon pour sa présentation. Je m'excuse déjà car j'ai parcouru en diagonale les réponses que vous aviez eu la gentillesse de nous faire parvenir. Si certaines de mes questions devaient trouver réponse dans vos réponses écrites, n'hésitez pas à me renvoyer vers le document. Je prendrai le temps des les examiner en long et en large.

Vous êtes revenu sur le fait évident que ce virus nous a tous plongés dans l'inconnu. Il en va de même pour les scientifiques. Vous avez dit que les connaissances ont évolué au fil du temps. Mais en début de crise, il y a clairement eu une minimisation de la situation, vous l'avez reconnu. Vous avez dit qu'il fallait se rappeler du contexte de l'époque. J'aurais voulu savoir de quelle

information vous manquiez cruellement à ce moment-là pour prendre pleinement la mesure de la future crise?

Au fil des auditions, nous avons pu constater que la circulation de l'information entre les différentes instances (*National focal point*, le service international du SPF, Sciensano et d'autres) n'a pas été optimale.

Ce qui est intéressant pour nous est de formuler des recommandations. Dans ce cadre très précis, quelles améliorations, selon vous, doivent être envisagées? On a déjà abordé et vous l'avez d'ailleurs fait, l'état de préparation ou d'impréparation de notre pays à une telle crise sanitaire. Il était loin d'être optimal en effet! Cela a déjà été évoqué, mais nous disposons de ce fameux plan pandémie rédigé en 2006 par une série d'experts, mis à jour en 2009, dans le cadre de la grippe H1N1.

Avec ce stock stratégique de masques jugés indispensable par les experts mais qui a été détruit sans que nous puissions offrir de solution alternative, pourquoi ce plan n'a-t-il pas été mis à jour tout simplement et pourquoi ne s'est-on pas basé sur celui-ci à l'entame de la crise? On n'a pas entendu aujourd'hui de réponse précise à ce sujet. Vous vous êtes déjà exprimé, mais au regard de la crise actuelle, le plan pandémie 2006, peut-il ou doit-il être actualisé ou devrait-on repartir d'une page blanche?

Concernant les plans d'urgence hospitaliers, comme on le sait, ils sont adaptés pour des urgences ponctuelles de courte durée. Ils n'ont pas vocation à survivre à une situation de pandémie comme nous la connaissons. Là aussi, j'aurais voulu savoir si vous pensez que ces plans sont correctement développés et connus au sein des différentes institutions hospitalières. Doivent-ils être adaptés et si oui, comment? Les hôpitaux disposent-ils de suffisamment de moyens dans ce cadre? Vous l'avez déjà légèrement abordé sur un autre axe.

J'avais encore deux ou trois questions, notamment dans le cadre des discussions qu'on a pu avoir avec le professeur Leïla Belkhir. Elle a fait état de la nécessité de prévoir un groupe pandémie permanent qui reprendrait entre autres des scientifiques et des soignants ayant une véritable expérience de terrain, ainsi qu'au minimum des médecins des différents hôpitaux universitaires afin d'établir des plans, avec des procédures de base, standardisées qui pourraient être mis en œuvre.

J'aurais voulu avoir votre avis sur cette proposition.

Qu'en pensez-vous? Mais surtout, comment expliquer que cela n'ait jamais été mis en place auparavant?

J'aimerais également revenir sur les inspecteurs d'hygiène fédérale. On sait qu'ils agissent au niveau local en tant que représentants de l'autorité fédérale de santé publique. Petite question spécifique pour ces inspecteurs de l'hygiène fédérale: selon vous, auraient-ils pu jouer un rôle plus important dans le cadre de la crise?

Pour la dernière thématique, je vais essayer de ne pas être redondant avec des questions déjà posées par mes collègues. Il y a quelques mois, le Celeva a présenté un baromètre comprenant une série de seuils à atteindre pour envisager des assouplissements. Il figure d'ailleurs toujours dans les bulletins épidémiologiques de Sciensano. Comment ces seuils ont-ils été déterminés? Doivent-ils être repensés aujourd'hui? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi également? Est-ce toujours indispensable, selon vous, de déterminer une méthodologie précise pour assouplir, pour déconfiner? Et enfin, ce sera ma dernière question pour ce premier tour, monsieur le président, sur quelle base reposent aujourd'hui les prévisions effectuées qui ont été présentées lors de la conférence du dernier Codeco? Voilà les questions complémentaires que je souhaitais vous poser, en vous remerciant pour votre présentation et d'ores et déjà, pour les réponses que vous pourrez apporter.

Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik wil even van de gelegenheid gebruikmaken, om mevrouw Pas te verontschuldigen. Zij neemt deel aan de hoorzitting over de pandemiewet. Bij deze heb ik mijn taak volbracht.

Mijnheer Facon, ik dank u alleszins voor uw aanwezigheid en voor het geven van uw visie op het verloop en het beheer van de covidcrisis. Ik dank u ook voor het zorgvuldig beantwoorden van onze vele vragen. Sta mij toe nog enkele bijkomende vragen te stellen.

Inzake de mondmaskers heb ik uw antwoorden nog maar heel oppervlakkig gelezen. Ik meen echter te hebben gelezen dat u niet op de hoogte was van de vernietiging. Nochtans was u in 2018, toen de laatste mondmaskers werden vernietigd, al hoofd van de FOD Volksgezondheid. Had u daarvan dan eigenlijk niet op de hoogte geweest mogen zijn? Wie had u van de vernietiging op de hoogte moeten brengen?

Indien ik mij niet vergis, heb ik in de media ergens gelezen dat het ook op advies van de FOD Volksgezondheid was dat de stock werd vernietigd.

Het lijkt mij dus heel vreemd dat u niet op de hoogte was.

Waar of bij wie ligt op dat vlak dan het probleem?

Eerste minister De Croo verklaarde dat het de bedoeling was dat u, Pedro Facon, de spil van het coronabeleid zou worden en dat u de olie in de machine moest zijn. Hebt u zelf het gevoel dat u dat bent? Wordt er voldoende naar u geluisterd? Krijgt u voldoende armslag, om de olie te zijn in de machine die af en toe sputtert?

Een van onze vragen ging over China, dat het eerste land was dat geconfronteerd werd met de epidemie en het virus. China is ook een communistische dictatuur en neemt het niet zo nauw met de mening of visie van zijn burgers. Het heeft onmiddellijk een stevige lockdown uitgevoerd en onmiddellijk Wuhan achter slot en grendel geplaatst.

U vroeg mij om te specificeren. Ik doe dat met de hiernavolgende vraag.

Hebben wij ons niet te veel laten leiden door de maatregelen die China nam? Een lockdown is in Europa bij mijn weten nog nooit toegepast, ook niet bij erge virussen. U gaf mee dat het honderd jaar geleden is dat wij nog een dergelijke pandemie hebben gekend, wat ook waar is. Ik denk evenwel aan ebola en aan de Mexicaanse griep. Wij hebben nog wel katjes gegeseld in de voorbije decennia. Niettemin hebben wij nooit naar een dergelijke maatregel, namelijk de lockdown, gegrepen. Daarom is mijn vraag of wij ons niet te veel hebben laten leiden door China dat natuurlijk geen democratie is en kan doen wat zijn leiders willen. In een democratisch Europa lijkt mij dat een zeer zware maatregel, maar die werd en wordt hier wel getroffen. Wat is uw visie daarop?

U zegt dat wij niet voorbereid waren. Dat hebben wij in onze hoorzittingen geregeld gehoord. Wij waren inderdaad niet voorbereid, maar – dit volgt er dan meestal op – andere landen waren dat ook niet. Dat is een vorm van troost, maar het is natuurlijk een zeer magere troost, aangezien we 20.000 doden betreuren.

Verder zei u ook dat we wel een pandemieplan hadden, maar dat het niet geactualiseerd was. Het werd ook nooit ingeoeft. Toen u hoofd van de FOD Volksgezondheid werd, heeft men u daarover ook niet gebriefd, zei u. Wie had u daarover moeten briefen? Waarom is dat niet gebeurd? Die tweede vraag is voor u misschien moeilijk te beantwoorden, maar toch zou ik graag hebben dat u er even bij stilstaat.

Wat de testen betreft, heeft professor Goossens gezegd dat de zelftesten en sneltesten nu vlot uitgerold moeten worden en dat wij die zeker nodig hebben. Diezelfde professor Goossens heeft dat ook al veel vroeger in de crisis gezegd. Als ik het goed begrepen heb en goed gelezen heb in de media, heeft Vlaanderen in het begin van de crisis 1,2 miljoen zelf- of sneltesten gekocht, met de bedoeling om die in te zetten. Ze werden heel eventjes ingezet, maar toen werd opeens beslist om die zelf- of sneltesten te verbieden. Wie kwam tot de conclusie dat die verboden moesten worden? Misschien hadden die ons wel kunnen helpen om de crisis te beheersen en in te dijken.

Ik heb die vraag ook aan de bevoegde ministers gesteld, eerst aan mevrouw De Block en daarna aan de heer Vandenbroucke. Zij zeiden mij dat die testen nog niet zo efficiënt waren als de PCR-testen, maar dat vind ik een dooddoener. Men wou er geen loterij van maken, er zouden te veel valsnegatieven zijn, enzovoort. Nu meen ik echter begrepen te hebben dat diezelfde 1,2 miljoen testen – het zijn er nu wat minder, omdat er enkele gebruikt zijn – die blijkbaar ergens in een kelder liggen, nu wel zullen worden ingezet. Diezelfde onbetrouwbare testen zullen dus nu wel worden ingezet.

Ofwel hebben de beide ministers mij dus blaasjes wijsgemaakt, ofwel is er een andere reden. Wat is uw visie daarover?

Ik kan mij verder ook nog aansluiten bij de vragen die reeds door de collega's gesteld zijn. Ik neem de vrijheid om die niet meer te herhalen, maar ik kijk uit naar uw antwoorden.

Michel De Maegd (MR): Monsieur Facon, je vous remercie, vous et votre équipe pour votre travail, vos réponses écrites qui, malheureusement nous sont parvenues hier soir à 23h09 précisément.

D'emblée, monsieur Facon, quelles mesures concrètes avez-vous mises en œuvre depuis votre entrée en fonction en tant que commissaire corona afin de rendre plus efficace la gestion de crise? Il est important de savoir ce que vous avez apporté comme *impulse*, *input*. La formulation de recommandations est notre job, celui de cette commission et celui des députés qui la constituent.

Mais lors de la première vague, vous étiez en première ligne, au cabinet de Mme De block. Vous y étiez encore lors de cette seconde vague comme commissaire corona. Il est important que nous vous entendions par rapport à cela. Que pourrait-on faire selon vous, pour améliorer notre gestion de crise.

Vous avez évoqué cette gestion de crise en parlant de la coordination politique. Vous avez notamment évoqué le fait que le comité de concertation établissait son calendrier de mesures, mais que certaines décisions étaient prises à part comme ce fut le cas dans l'enseignement ou la santé, ce qui est tout à fait vrai. Finalement, votre conclusion est que le comité de concertation n'a pas toujours eu la possibilité de lier le tout. À votre estime, quel impact cela a-t-il; et cela a-t-il eu sur la gestion de crise covid et comment y remédier?

Vous avez fait un certain nombre de constats importants sur la répartition des compétences d'un pays aussi compliqué que la Belgique,... Par exemple, j'aimerais vous entendre sur le fait des plans inopérants (vous l'avez dit dans votre exposé) en raison d'acteurs qui ne se connaissent pas suffisamment, ne jouent pas ensemble. Vous avez utilisé la métaphore du jazz où il y a toujours la possibilité que chacun joue sa partition, mais selon un motif commun pour se suivre. Les musiciens de jazz s'écoutent! C'est fondamental. J'aimerais vous entendre à ce sujet et si je vous suis bien, il faudrait plutôt que de suivre des plans, suivre de grands principes.

Par apport à la connaissance entre les acteurs (bourgmestres, gouverneurs, ministre et autres) vous avez dit que le CNS pouvait jouer ce rôle, mais pour ce faire, il doit être mandaté. Je vous rejoins là-dessus bien entendu.

Est-ce une recommandation potentielle de notre commission que vous nous suggérez, que vous nous offrez en la matière? À titre personnel, vous avez dit, en sortant de votre étiquette de commissaire corona, qu'après la sixième Réforme de l'État, il était impossible de mener une politique sanitaire forte dans notre pays, qui s'adapte vite aux événements. C'est un constat que, je vous l'avoue, mon groupe MR partage en réalité. C'est extrêmement compliqué et il faudra en tenir compte. Vous avez évoqué les faiblesses structurelles qui sont connues de l'OCDE, du rapport KCE. Ce sont des faiblesses qui sont là et auxquelles il faudra remédier à l'avenir évidemment.

En tant que commissaire corona, avez-vous l'intention de soumettre des suggestions en ce sens après la crise? Peut-être que vous allez me dire que vous n'êtes pas mandaté pour cela, que vous êtes mandaté comme commissaire corona. Mais j'aimerais savoir si, malgré tout, vous aviez envie d'avoir cet input et d'implémenter certaines suggestions d'après crise, soit en tant que commissaire corona, soit en tant que Pedro Facon tout simplement, ce qui représente déjà beaucoup.

Lors d'une audition précédente, on a beaucoup entendu parler de la nécessité d'avoir une diversité plus grande au sein des experts qui composent les organes consultatifs de gestion de crise. Vous avez mentionné le GEMS, qui a été une tentative d'y remédier. Est-ce suffisant à vos yeux? Faut-il encore optimiser cette réalité? Avez-vous, monsieur Facon, constaté une évolution de la communication tout au long de la gestion de crise? On sait que la communication a été un aspect fondamental, notamment pour faire adhérer le grand public aux mesures. Avez-vous constaté un changement dans cette communication?

Il est vrai que vous avez évoqué, à un moment donné, le rapportage sur la mortalité en disant que notre pays avait été orthodoxe – ce qui est tout à fait vrai, mais que c'est comme cela qu'il fallait être. Je suis d'accord avec cette analyse. Il faut être totalement transparent sur le rapportage de la mortalité.

Mais aujourd'hui, un constat s'impose. L'adhésion aux mesures s'effrite de plus en plus au sein de la population. J'aimerais avoir votre sentiment, vous qui jouez un rôle de premier plan, sur le sujet. Cela m'intéresse. Comment optimiser l'adhésion du public aux mesures et quelles sont les conditions d'adhésion importantes selon vous qu'il faut absolument préserver? D'autres pays européens ont-ils également désigné votre équivalent, c'est-à-dire un équivalent de commissaire corona? Le cas échéant, avez-vous pu interagir avec vos homologues européens dans les pays où une fonction similaire existe? Si oui, sur quelles thématiques principalement? Comment cette coordination s'est-elle déroulée? Plus globalement, un échange de bonnes pratiques est-il envisagé ou envisageable au niveau européen justement? Comment évaluez-vous l'efficacité des mesures de *tracing* et de suivi de contacts? Comment les rendre plus efficaces?

Puis, je voudrais aborder un point qui, je pense, n'a pas été abordé en long et en large: la vaccination. Je m'excuse car j'ai dû m'absenter à un moment donné pour aller en commission Justice quelques instants, donc peut-être que vous l'avez évoqué à ce moment-là.

Permettez-moi, monsieur Facon, une petite piqure de rappel! Je suis désolé de le dire, mais c'est aujourd'hui évident: il n'y a pas de quoi être fier en Belgique pour ce qui concerne la vaccination en ce moment: moins de 6 % de la population a reçu sa première dose, moins de 3 % de la population a reçu sa deuxième dose! Actuellement, nous vaccinons quelque treize mille personnes par jour en moyenne. En France, sur la seule journée de samedi, plus de deux cent mille personnes ont été

vaccinées et ont reçu une dose. Vous me direz que comparaison n'est pas raison!

Mais d'autres chiffres en disent long sur cette réalité: plus de six cent mille doses de vaccins sont stockées chez nous, en Belgique, dans les armoires; plus de vingt mille doses ont été perdues sans parler des bugs informatiques et des convocations ratées; le centre du Heysel a été désespérément vide et puis archi-comble avec des files interminables.

Hier, *Le Monde* a titré: "En Belgique, une campagne de vaccination chaotique!". Lire cela me fait mal, mais en tant que député de la majorité, cela me fait d'autant plus mal de dire que nous devenons parfois la risée de nos voisins. À défaut de doses administrées, c'est l'overdose de dysfonctionnements qui plombent la confiance de nos citoyens.

Monsieur Falcon, par rapport à cela, comment évaluez-vous la manière dont la campagne de vaccination progresse? Comment pourrait-on être plus efficace? Cette réflexion est-elle menée au niveau du commissariat corona? Une analyse comparative est-elle menée concernant les stratégies de vaccination de nos voisins européens (la France, par exemple) voire même, au-delà de l'Europe afin de nous inspirer des meilleures pratiques et de nous élever et d'être tout simplement meilleurs?

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Facon, uw uiteenzetting was zeer helder. Ik heb ook uw antwoorden op de vragen ontvangen. Ik heb die helaas nog niet helemaal kunnen doornemen, maar ik heb wel gezien dat u zeer uitgebreid bent geweest. Ik wil u toch wel danken voor de moeite die u daarin hebt gestoken.

Ik ga mij beperken tot vier zeer concrete vragen, die het belangrijkste zijn voor onze fractie, om iets meer duidelijkheid te krijgen.

Er wordt heel vaak aangehaald dat het pandemieplan uit 2006 niet gebruikt of geoptimaliseerd is geweest tijdens deze crisis. Het protocolakkoord van 5 november 2018 is recenter en daarin zijn eigenlijk alle structuren in tijden van crisis vastgelegd. Wij moeten vaststellen dat dit ook niet is gebruikt als basis. Kunt u ons duiden waarom dat niet is gebeurd? Er zijn immers alsmaar meer organen en werkgroepen bij gecreëerd tijdens de crisis. Volstonde dat protocolakkoord tussen de federale regering en de regio's dan niet? Indien dat niet volstond, kunt u ons vertellen waar wij dat model moeten upgraden om te komen tot een beter model voor de toekomst?

Dan heb ik een vraag over het conflict tussen Volksgezondheid en Veiligheid. Ik heb uit verschillende artikels begrepen dat dit zeer vertragend heeft gewerkt. Het Crisiscentrum had bijvoorbeeld wel een leidende en coördinerende rol kunnen opnemen op federaal niveau, waardoor de regio's een goede betrokkenheid hadden kunnen krijgen, maar dat is niet gebeurd. Ik heb daar wel wat vragen bij. De structuren in het koninklijk besluit met betrekking tot het Crisiscentrum hadden wel direct in gang kunnen gezet worden. Hoe komt het dat het eerder Volksgezondheid alleen was dat de crisis in de eerste fase heeft proberen te beheren? Kunt u ons daarover iets meer toelichting geven? Misschien was het wel de juiste keuze, maar ik had graag wat meer informatie ontvangen waarom die keuze is gemaakt.

Dan kom ik aan de communicatie, niet de communicatie naar de burgers toe maar eerder deze naar onze kabinetten toe, zowel op federaal als op regionaal niveau. Ik heb begrepen dat in de eerste fase enorm geworsteld werd met informatiedoorstroming naar de juiste kabinetten. Als ik het goed heb begrepen, is het ook zo dat de RMG-verslagen helemaal niet transparant werden gedeeld met de ministers van Volksgezondheid, en wij hebben er maar liefst acht. Ik heb daar toch wel wat vragen bij. Als wij moeten zorgen dat al die ministers op één lijn zitten om de uitvoering klaar te krijgen op het terrein, hoe komt het dan dat die RMG-verslagen in de eerste fase niet op al die kabinetten beschikbaar waren of dat er zo'n vertragend systeem achterzat, waardoor iedereen achterna moest hollen in plaats van in eerste lijn mee te zijn?

Een vierde vraag die ik graag stel, gaat over de zesde staatshervorming. Die is even ter sprake gekomen. Constitutioneel zijn er natuurlijk wel moeilijkheden geweest. Wij hebben zowel de volksgezondheid als de civiele veiligheid op het federale niveau. Wij spreken dan ook vaak over de federale fase. Maar ik vraag mij vandaag nog steeds af hoever die federale fase precies reikt.

Ik zal daar concrete voorbeelden bij geven.

Eerst het onderwijs. Wij beslissen op federaal niveau aan de hand van de verschillende adviesorganen dat samenscholingen, en grote groepen samen, niet kunnen. Aan wie is het dan te beslissen of de scholen dicht moeten of niet? Het uitvoerende zit bij de regio's, maar de beslissingen kunnen wel op het federale niveau genomen worden omdat het gaat over volksgezondheid en civiele veiligheid.

Een ander voorbeeld is de avondklok. Wij hebben gezien dat er een beslissing wordt genomen op federaal niveau, in de federale fase, en dat de regio's dan op hun beurt eigen beslissingen treffen. Het is nog altijd niet duidelijk welk niveau overrulet. Kunt u ons iets meer tips geven hoe dit in de toekomst beter kan? Wij moeten de bevoegdheden van onze deelstaten altijd kunnen blijven respecteren. Maar wie de eindbeslissing neemt, blijft een groot vraagteken. Discussies tussen de regio's en de federale entiteit is toch iets wat wij kunnen missen in tijden van crisis.

Ik meen dat ik daarmee de vier vragen heb gesteld die voor mij de belangrijkste zijn. Al de rest komt terug in de vragen van mijn collega's, volgens mij.

Heel erg bedankt voor het werk in de voorbije maanden trouwens.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer Facon, bedankt voor uw uitleg en uw voorbereiding. Ik heb uw tekst niet vooraf kunnen lezen.

Een eerste zaak die u aanhaalt, is dat er door de staatshervormingen in ons land eigenlijk geen hiërarchie der normen bestaat, en dat dit een krachtdadig beleid in de weg heeft gestaan. Dat heb ik daarjuist begrepen.

U hebt ook gezegd dat het veel energie, tijd en geld heeft gekost en nog kost. Mijn vraag aan u is: heeft dat dan ook levens gekost in deze pandemie? Onder andere mevrouw Vlieghe heeft op een bepaald moment in haar hoorzitting gezegd dat het toch een *killing factor* was. De heer Horton heeft dat ook op die manier aangegeven.

Wat is uw mening daarover?

Bent u er zelf voorstander van dat er wel een hiërarchie der normen zou zijn en in welke omstandigheden: enkel in het kader van pandemieën of ook in het algemeen? Ik heb uw kritiek op de versnippering toch gehoord als iets wat niet enkel in het kader van een crisissituatie een probleem is, maar ook in het algemeen. Bent u dan in het kader van een pandemie of in het algemene kader van de gezondheidszorg voorstander van een eventuele herfederalisering? U wilt niet nog een beetje sleutelen links of rechts of nog wat organen of ministeries bij creëren, maar in welke richting zou u dan gaan?

Veel collega's zeggen dat zij lessen willen trekken uit die problemen voor een volgende pandemie. Wij zitten echter nog steeds in deze pandemie en professor Goossens zei afgelopen vrijdag dat dat nog lang zou kunnen duren, onder andere door de opkomst van de varianten. Het zou dus nog een

tijdje kunnen duren en wij moeten dan ook proberen om vandaag reeds lessen te trekken over wat wij beter kunnen doen. In die zin wil ik u horen over het grote probleem dat wij vandaag hebben en waar het coronacommissariaat ook een verantwoordelijkheid in draagt, namelijk de vaccinatiestrategie en de uitrol van de vaccinatie, die zeer problematisch is.

Komt het door het ontbreken van een hiërarchie der normen en de vele structuren dat er vandaag nog 600.000 vaccins in de frigo liggen? Wat is daarvoor de verklaring volgens u? Wat denkt u er bijvoorbeeld van dat andere leeftijden worden opgeroepen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel: 65 jaar, 75 jaar, 85 jaar? Denkt u dat dat coherent is en denkt u niet dat die chaos de adhesie van de bevolking aan de vaccinatie ondermijnt?

Ik heb nog twee concrete vragen over uw uitleg.

Over de structuur zei u dat men het huis niet kan renoveren, terwijl wij er nog in zitten. U zei ook dat er af en toe ideeën voor *quick wins* waren, maar dat het eigenlijk niet mogelijk was om die *quick wins* te doen. Kunt u daar enkele concrete voorbeelden van geven, want dat is een beetje vaag? De heer Goossens heeft ons bijvoorbeeld zijn visienota over de teststrategie gegeven.

Daarin spreekt hij bijvoorbeeld over het uitrollen van een zelfteststrategie. Dat is een nota die op 20 oktober geschreven is. Het is nu maart en die strategie is nog steeds onbestaande. Misschien is dat daar een voorbeeld van. Het is echter aan u om die stelling concreet te maken.

U zei dat er kerntaken uitgevoerd zijn door consultants. Kunt u daar wat concreter over zijn, met een aantal voorbeelden van kerntaken?

U had het verder over de zware politieke sturing. Bij dat deel is mijn wif even uitgevallen dus ik heb het niet helemaal gehoord. Was er echter ook geen ander probleem, namelijk dat van de lobbygroepen? Ik weet niet of u het interview gehoord hebt van mevrouw Nieuwenhuys, gewezen lid van de GEES en voorzitter van de sociale diensten? Zij had het over het probleem van de economische lobbygroepen maar ook van de politici die op een bepaald ogenblik kwamen vragen wanneer ze bijvoorbeeld paardenrennen konden beginnen te organiseren. Dat stond eigenlijk heel ver van de bekommernissen waarmee de GEES zich bezighield. We hebben ook van mevrouw Vlieghe gehoord dat het idee van volksgezondheid eigenlijk toch wat op de achtergrond bleef. Ik meen dat u zelf de vergaderingen van het Overlegcomité en de Nationale Veiligheidsraad hebt meegemaakt. Kunt

u even toelichten hoe u dat ervaren hebt?

Ik kom dan bij uw verantwoordelijkheid als hoofd van de cel die de ziekenhuiscapaciteit in de eerste golf moest bewaken. Veel mensen uit de woon-zorgcentra werden uiteindelijk niet gehospitaliseerd. Daar zijn toch wel wat artikels over verschenen. Men getuigde dat er wel wat mensen gestorven zijn in de woon-zorgcentra omdat men bang was de ziekenhuizen te overbelasten. Ook de samenwerking tussen de woon-zorgcentra en de ziekenhuizen kwam moeilijk op gang, in de ene regio al wat beter dan in de andere.

Mensen werden bijvoorbeeld ook snel naar huis of terug naar het woon-zorgcentrum verwezen, terwijl dat woon-zorgcentrum bijvoorbeeld helemaal nog niet klaar was om cohortzorg goed te organiseren. Daar werd het virus dan verder verspreid. Wat is uw mening daarover? U was toch op de hoogte van de problematiek. Misschien waren de ziekenhuizen echt al bijna overbelast en konden ze die zieke bejaarden er niet bij nemen.

Mijn collega's hadden het ook al over de mondmaskervoorraad. U was werkzaam op het kabinet van mevrouw De Block tussen 2014 en 2017. In 2015 is een eerste deel van die mondmaskervoorraad vernietigd. Op dat moment bent u misschien betrokken geweest bij de beslissing om het eerste deel van de stock te vernietigen. Werd er toen reeds gesproken over wat er met de rest van de stock zou gebeuren? Moest die aangevuld worden? Midden 2018 werd beslist dat de rest vernietigd moest worden. Eind 2018 werden die 22 miljoen chirurgische mondmaskers, in perfecte staat, dan echt vernietigd. U bent daar niet van op de hoogte. Is dat dan niet besproken in het directiecomité? De heer Auwers regelde op dat moment onder andere het mailverkeer met het kabinet. U geeft aan dat u daar helemaal niet bij betrokken was. Dat betekent dus dat dit niet op het directiecomité is besproken. Ik ken uw functioneren natuurlijk ook niet helemaal. Kan u daar misschien ook wat meer duiding over geven?

Op een bepaald moment is een nota van de FOD gestuurd naar het kabinet om de mondmaskervoorraad te hernieuwen. In die strategische stock zaten natuurlijk ook andere zaken, niet enkel mondmaskers. Dat zou 100 miljoen euro gekost hebben. Het kabinet heeft daar niet op geantwoord. Was u daar dan ook helemaal niet van op de hoogte? Is dat dan niet besproken op het directiecomité?

Jasper Pillen (Open Vld): Mijnheer Facon, ik dank u voor uw bijdrage en uw inzet van het laatste jaar.

U geeft ook leiding aan verschillende teams in volle pandemie. Ik dank ook al die mensen.

Wij hebben vandaag drie zaken gehoord die ik bijzonder belangrijk vind en die ik opnieuw wil halen.

Ten eerste, het institutionele kluwen. U bent niet de eerste en ook niet de laatste die dat aanhaalt. U zegt het wel in een zeer straffe bewoordingen. U sprak de volgende zin uit, ik citeer: "een krachtig gezondheidsbeleid wordt niet gefaciliteerd door de huidige staatsorganisatie". Dat is een zeer belangrijke stelling die wordt geponeerd door een absolute expert in de materie.

Ten tweede, het risico van *hindsight*. Het is zeer gevaarlijk om te oordelen met informatie van vandaag over de situatie van vorig jaar. Enkelen, ook in deze commissie, zijn daar zeer bedreven in. Ik denk dat we ons steeds voor dat gevaar moeten blijven behoeden.

Ten derde, een voor mij relatief nieuw inzicht en een zeer interessant feit was dat een complexe crisis een complex antwoord van de beleidsmakers veronderstelt en dat het bij een deel van de wildgroei aan adviesorganen en taskforces gaat om een steeds verdere specialisatie van de werkgroepen. Ik denk wel dat we begrip moeten opbrengen voor het feit dat dit voor buitenstaanders en de media op een labyrint lijkt, maar ik vond het toch goed dat u daar een bepaalde nuance aanbracht.

Ik dank u ook voor de zeer uitgebreide nota met alle antwoorden. Op pagina 16 van die nota antwoordt u op een vraag over het aanbod van de federale coördinatie in de woon-zorgcentra. Als ik mij niet vergis was dit in juli. Het verslag van het Vlaams Parlement daarover was van september. U hebt daarover een en ander gezegd. Op 27 maart werd het aanbod tot federale coördinatie in de woon-zorgcentra in de RME afgewezen. Ik heb die vraag al aan andere sprekers gesteld. Ik wil die vraag ook aan u stellen. Waaruit bestond dat voorstel precies? Hier werden ook al heel veel voorbeelden van ad-hocsamenwerkingen tussen ziekenhuizen en woon-zorgcentra gegeven. Op sommige vlakken heeft dat zeer goed gewerkt, op andere plaatsen werkte dat niet. Die federale coördinatie is niet doorgegaan, maar welke meerwaarde zou die federale coördinatie volgens u hebben gehad?

Dan een kwestie die in de commissie al zeer vaak naar voren is gekomen, zonder dat we daarover al een eenduidig antwoord van de sprekers hebben gekregen, de situatie van het weigeren van de opname van mensen in ziekenhuizen.

U hebt met uw team keihard gewerkt aan het optrekken van de capaciteit. Mevrouw Merckx is op dat aspect al voldoende ingegaan, dus ik beperk mij tot de vraag wat uw mening daarover is.

In verband met de woon-zorgcentra en de opnames en voortbouwend op uw opmerking over de institutionele input, kom ik tot mijn slotvraag. Gelet op de specifieke kwetsbaarheid van vooral ouderen voor COVID-19, welke impact heeft de organisatie van de ouderenzorg in België volgens u gehad, vergeleken met andere landen? Natuurlijk moet zo'n oefening wel eens worden gecorrigeerd. Zo konden wij middels toch wel sterke journalistiek leren dat het allemaal toch iets minder dramatisch is dan oorspronkelijk voorgespiegeld werd. In België verblijven procentueel gezien zeer veel senioren in woon-zorgcentra.

Nu kom ik tot meer algemene vragen. Enkele keren sprak u over een gebrek aan kennis van de verschillende actoren. Wat bedoelt u daarmee precies? Gaat het, zoals wij al eerder mochten vaststellen, over een gebrekkige kennis van academici of virologen over de werking van kabinetten, de politiek, administraties? Of gaat het omgekeerd over een gebrekkige kennis van de medische impact en de medische situatie en doelt u daarmee dus op het gegeven dat politici niet-geschoolde wetenschappers zijn, aangezien het vaak juristen of politicologen zijn? Of bedoelt u daarmee nog iets anders? In dat verband wees u, niet als eerste en wellicht ook niet als laatste spreker, ook op een totaal gebrek aan oefening, training en briefings daaromtrent. Welke aanbevelingen raadt u ons in dat verband aan? In Defensie wordt daaraan gewerkt door bijvoorbeeld een week lang een gijzelsituatie te oefenen, waarbij onder andere landgenoten moeten worden gerepatriëerd. Vindt u dat wij dergelijke grote simulaties moeten houden, of nog iets anders?

Nog inzake het samenspel tussen politiek en experts, vanaf het moment dat de Nationale Veiligheidsraad samenkwam, nam de politieke wereld in zeer nauw overleg met de virologen de beslissingen. Had dat er anders uitgezien in geval van minder politieke sturing, maar meer ambtelijke voorbereiding? U kent de situatie aan beide zijden, want u kent de administratieve kant, onder andere vanuit uw huidige functie, maar u hebt ook mee in de cockpit van de politieke beleidsvoering gezeten.

Op welke manier ziet u dat? Precies omdat u zo'n brede ervaring hebt, denk ik dat uw antwoord daarop zeer interessant zou kunnen zijn.

Wat Defensie betreft, ook mijn felicitaties en dank. Defensie is altijd al mijn stokpaardje geweest, ook

in dit huis. Ik kijk ook uit naar het antwoord op de vraag van mevrouw Gijbels over het calamiteitenziekenhuis. Ik vind dat een zeer goede vraag.

Tot slot zei u dat de GEMS een verbetering is. Geldt dat ook voor het commissariaat? Ik vraag u niet om uzelf hier te evalueren. Dat zou ik niet durven en dat zou niet eerlijk zijn van mij. Ik denk wel dat uw antwoord op die vraag eerlijk zou zijn. Daarvoor ken ik u als eerlijke expert goed genoeg. Als we terugblikken, kan de vraag wel worden gesteld of het echt een meerwaarde zou geweest zijn als de regering onmiddellijk, in februari of maart 2020, had beslist om een coronacommissaris aan te stellen. Zou dat een invloed hebben gehad op de aanpak van de eerste en de tweede golf? Hoe ziet u dat?

Karin Jiroflée (sp.a): Eerst en vooral wil ik de heer Facon hartelijk danken voor de antwoorden die hij schriftelijk al heeft bezorgd en voor al het werk dat hij tijdens de crisis heeft verzet. Het spijt me dat ik een deel van de uiteenzetting heb gemist, maar ik moest samen met de voorzitter enkele vragen stellen in een andere commissie.

Wat de antwoorden op de schriftelijke vragen betreft, had ik nog graag wat extra vragen gesteld.

Ik meen te hebben begrepen dat u niet echt betrokken was bij het beheer van de crisis, tot eind februari 2020, als ik me niet vergis, en dat er in januari en februari ook geen enkele vergadering van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is geweest. Vindt u dat achteraf gezien niet vreemd? Ik zelf vind dat namelijk bijzonder vreemd. Ik vind ook dat we daar rekening mee moeten houden naar de toekomst toe. Bij een reëel vermoeden van een volksgezondheids crisis moeten we snel de bevoegde ministers samenbrengen. Ik wilde dat graag nog even bevestigd zien.

U zegt in uw antwoord terecht dat elk bestuursniveau zijn bevoegdheden behoudt tijdens een crisis en zich dus ook navenant moet voorbereiden. Vindt u dat de informatie aan het begin van de crisis voldoende is doorgestroomd naar de verschillende overheden, zodat ze zich konden voorbereiden?

Een bijzonder pijnlijk moment in de crisis was toen op 27 maart uw voorstel van federale coördinatie van de woon-zorgcentra niet in de RMG werd goedgekeurd. Het crisisbeheer in de woon-zorgcentra bleef op die manier een bevoegdheid van de gemeenschappen. Het voorstel zou overlapt hebben met het beleid dat de deelstaten op dat moment voorbereidden. Zo staat het ook in uw schriftelijke antwoorden. Kunt u daar iets meer uitleg over geven? Wat was precies het conflict?

Welke elementen zouden voor die overlap zorgen? Welke problemen zouden daardoor ontstaan?

Werden andere elementen wel aanvaard? Konden deelstaten die wel wilden ingaan op de uitgestoken hand, dat zelfstandig doen? Hoe kijkt u op die episode terug?

Ten vierde was u lovend over de inzet van de consultants. Kunt u daar wat specifieker over zijn? Er zijn immers meerdere bedrijven ingeschakeld: Deloitte voor het aankoopbeleid, McKinsey in het kader van de taskforce van minister De Backer, KPMG voor de contactopsporing. Kunt u nader ingaan op elk van die specifieke opdrachten? Hoe zijn die opdrachten precies afgebakend?

In uw antwoorden schrijft u ook dat de 2 Surge Capacity Committees initiatieven hebben genomen om de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken te stimuleren, bijvoorbeeld om patiënten binnen een ziekenhuisnetwerk te verspreiden. Zo kon de belasting gelijkelijk gespreid worden over de verschillende ziekenhuizen. Toch liep dat ook in de 2^e golf nog altijd niet erg vlot. Bij het begin van de 2^e golf kwamen er onmiddellijk berichten binnen dat sommige ziekenhuizen al te veel patiënten binnenkregen, terwijl er in andere ziekenhuizen nog veel bedden vrij waren. Waarom kwam die spreading zo traag op gang, al uw inspanningen ten spijt?

Tot slot, afgelopen week brengt *Het Nieuwsblad* een heel lezenswaardige reconstructie van de werking van de verschillende adviesraden. Daaruit komt het beeld naar voren, zoals we hier overigens ook al van een aantal sprekers kregen, dat men elkaar voornamelijk voor de voeten liep en dat het beleid veeleer gehinderd dan vooruitgeholpen werd. Hebt u dat ook zo ervaren, voordat u coronacommissaris werd?

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Facon, je vous remercie à la fois pour votre intervention et votre implication dans l'intervention du jour et une implication beaucoup plus longue car elle dure non seulement en tant que commissaire corona, mais aussi en tant que DG du SPF Santé puisque c'est à ce titre que vous avez été impliqué dans la crise. Aujourd'hui, je ne vous interrogerai donc pas seulement comme commissaire corona, mais aussi comme DG du SPF Santé. Avant, vous étiez aussi chef de cabinet de la ministre De Block.

Préalablement, j'ai été particulièrement étonnée à double titre que vous jouiez dans le sport favori des autorités qui en Belgique, tentent de manière répétitive, de minimiser les chiffres de la mortalité - ce qui à mon sens est une profonde erreur. Il faut un diagnostic lucide sur la mortalité extrêmement

importante en Belgique. Enjoliver en disant que l'on a déterminé plus de morts covid etc., ça ne tient pas la route! il suffit de regarder les surmortalités. En effet, la surmortalité belge indépendamment de celle liée aux diagnostics covid démontre clairement que nous sommes malheureusement, par rapport à la population, dans les mauvais records de surmortalité covid. Si le diagnostic n'est pas lucide, nous ne pourrions pas tirer de leçon pour l'avenir. J'ose espérer en la matière que du côté de l'ensemble des autorités et non seulement du côté politique, mais aussi du côté du SPF Santé en l'occurrence (aujourd'hui vous êtes commissaire corona mais vous étiez jusqu'il n'y a pas si longtemps DG du SPF Santé), il y aura cette lucidité pour tirer des leçons.

Mon second préalable, est de dire que je suis également étonnée, d'une part, de votre façon de considérer l'interprétation du Conseil d'État de la compétence de coordination fédérale liée à la sixième réforme de l'État puisque, d'abord ce dernier n'a pas été aussi clair que cela et d'autre part, vous ne pouvez l'ignorer, il y a des éléments plaidant dans un sens, mais aussi d'autres éléments non négligeables plaidant dans l'autre, avec effectivement une compétence fédérale résiduelle de gestion de crise sanitaire.

Il y a beaucoup de choses à dire sur ces deux points, mais je l'ai dit en préalable, je ne focaliserai pas davantage même s'il m'a semblé important de le dire compte tenu des réponses écrites que vous nous avez adressées. En ce qui concerne le Conseil d'État, la vraie question est aussi de savoir pourquoi il n'y a pas eu de *leadership* clair et fort, de commandement de crise sanitaire au niveau du gouvernement fédéral. C'est un point extrêmement important par rapport au manque d'anticipation, à la lenteur de réaction, à l'absence d'agilité et de rapidité dans la gestion de la crise.

J'ai une série de questions précises et vous me permettrez de ne pas refaire les tours et les alentours des questions puisque nous avons déjà eu une série d'auditions, mais il reste un certain nombre de points et de questions sur lesquels j'ai l'impression que l'on nous balade, chacun se renvoyant la balle ou niant avoir été au courant. Compte tenu de votre parcours professionnel de ces dernières années, vous avez été, à de multiples moments, dans le cercle décisionnel. Dès lors, je me dis que vous ne pouvez pas ne pas être au courant de la réponse à ces questions. Je les parcourrai rapidement.

La fameuse cellule *Public Health Emergencies* du SPF Santé publique a été, au fur et à mesure des années, réduite à sa plus simple expression et c'est le moins que l'on puisse dire. Pourquoi? D'autant

plus qu'il y a eu des signaux très clairs sur le plan international. Ce n'était pas une priorité. Pourquoi et qui a décidé cela? De quelle décision est-ce la conséquence? Vous étiez à la manœuvre avec vos différents postes. Éclairez-nous ce sujet. Pourquoi le Plan pandémie n'a-t-il pas été actualisé? Le SPF était-il à la manœuvre? Il aurait dû y être.

Le SPF Santé, alors que vous en étiez le DG avant de devenir commissaire corona, a-t-il soit reçu, soit adressé des mises en garde en janvier et février sur le risque majeur et la sévérité potentielle majeure du covid-19 compte tenu des éléments à disposition sur le plan international et des signaux d'alerte internationaux et plus largement encore lorsque le covid-19 a pénétré le territoire européen par l'Italie et la France et dont on savait qu'il se répandrait très rapidement ensuite.

Vous dites que pour tout ce qui concerne les équipements de protection individuelle (masques, etc.) qui font partie des compétences du SPF, vous avez fait passer le message que vous n'étiez pas au courant. Oui ou non, y a-t-il eu un courrier du Conseil Supérieur de la Santé en mai 2019 relatif aux masques et équipements de protection? A-t-il été mis à disposition ou était-il adressé au SPF? Si oui, qu'avez-vous fait de ce courrier?

Quand vous faites passer l'idée qu'il n'y a pas eu de contact entre le SPF et la Défense sur la fameuse destruction des stocks de masques, confirmez-vous cette information? Cela voudrait-il dire qu'il n'y a eu qu'un contact entre la Défense et le cabinet ou la ministre De Block elle-même? Quand ces contacts ont eu lieu entre la Défense et le cabinet, est-ce que vous étiez encore au cabinet de la ministre De Block?

Pourquoi le premier marché public pour les équipements de protection individuelle n'a-t-il été lancé qu'en mars alors que les pharmaciens, les fournisseurs des pharmaciens, mais également en interne, les structures de l'État étaient informés de la carence en équipements de protection, et que de nombreux signaux avaient été envoyés?

L'évolution mondiale de la crise pouvait, à ce moment-là, laisser penser que les marchés seraient pris d'assaut et il a fallu attendre le mois de mars pour lancer un premier marché public. Personne ne pouvait ignorer au plus haut niveau de l'État qu'un équipement de protection pour un soignant est une arme absolue, dit le terrain, majeure et indispensable pour se protéger et protéger les autres patients, et pour pouvoir soigner.

Pourquoi, en début de crise lorsque nous avons basculé vers la pandémie, les autorités ont-elles

décidé de continuer à centrer tout sur deux hôpitaux de référence en obligeant les autres hôpitaux à y transférer les patients? Pourquoi n'a-t-on pas misé plus rapidement sur les hôpitaux principaux, y compris les hôpitaux universitaires en capacité de prendre en charge ces patients plutôt que de les transférer?

Pourquoi la première ligne de soins (médecins généralistes, etc.) a-t-elle été mise de côté depuis le début de la crise et très clairement, dès le début pour la prise en charge des patients, mais encore tout récemment pour ce qui est du volet vaccination? J'y reviendrai.

Pouvez-vous nous en dire davantage sur la fameuse coordination interfédérale proposée pour la gestion de crise des maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS)? Les MR ont connu une mortalité de 40 %. Ce point est donc majeur. Qui a décidé quoi? Qui a refusé cette coordination interfédérale MR? Pourquoi? Car il s'agit bien d'une décision au sein de la Conférence interministérielle. Est-ce que cette décision a été prise ailleurs? Je voudrais que l'on clarifie ce point.

Je reprends un peu de distance après ces questions très précises. Dans vos réponses écrites et encore aujourd'hui, vous avez expliqué que les consultants ont beaucoup apporté à la gestion de la crise. OK. Vous nous expliquez que la multiplication des task forces était en fait des groupes de travail spécialisés du RMG. C'est la première fois que j'entends cela, mais je le note. Il y a un modèle institutionnel extrêmement éclaté en Belgique. On y a rajouté, dans la gestion de cette crise, une quantité de task forces de groupes, de RMG, etc. On a multiplié les participations de consultants. La grande question est de savoir quel est le modèle de la gestion d'une crise sanitaire ou des crises sanitaires ou d'un dispositif de sécurité sanitaire pour l'avenir.

Vous mettez fort en avant cette collaboration entre les administrations, les consultants en plaidant entre les lignes de votre réponse écrite, au moins pour un modèle de structures publiques/privées. Cela pose un certain nombre de questions et d'abord pour ce qui est de la transparence. Je trouve qu'il y en a eu très peu. J'ai dû moi-même faire appel à plusieurs reprises à la Cour des comptes puisque toutes les autorités refusaient de donner ne fût-ce que la liste des consultants. Je ne pense pas que cela soit audible de devoir faire appel à la Cour des comptes pour recevoir la liste des consultants et pour savoir quelles missions ils ont remplies dans la gestion de cette crise! Cela pose aussi la question du conflit d'intérêts potentiel, sur laquelle je ne m'appesantirai pas maintenant. Et cela pose aussi la question de

l'efficacité, car tout au long de cette crise, nous avons plutôt eu l'impression de courir après le virus plutôt que d'être suffisamment rapides et agiles que pour le devancer.

La question de l'efficacité se pose de manière cruciale pour l'avenir, car, si à la prochaine crise sanitaire, on attend que la crise soit là et plus particulièrement dans le cadre d'une épidémie ou d'une pandémie, pour mettre en place des structures suffisamment fortes sur toute une série de thématiques majeures dans la gestion d'une pandémie et que l'on met à ce moment-là des structures en associant des administrations et quantité de consultants, nous ferons la même erreur que cette fois-ci: on arrivera trop tard et nous aurons toujours un coup de retard.

Personnellement, je plaide pour un tout autre modèle avec une structure de sécurité sanitaire, des équipes dont une série devront être en veille, un dispositif permettant de faire non seulement des exercices pour planifier et anticiper au niveau national et aussi au niveau international. La crise a montré combien la coordination et la cohérence sur le plan sanitaire a manqué au niveau européen. Se reposer sur un modèle qui associerait des consultants qu'on irait chercher en dernière minute, franchement, ce n'est pas du tout un modèle qui nous permettra d'être performants et rapides. Précisez donc ce modèle pour lequel vous plaidez pour cette collaboration public/privé. Est-ce ce modèle avec les consultants comme cela s'est passé cette fois-ci ?

Quid, au contraire, d'une structure de sécurité sanitaire avec des ressources humaines, un budget, une collaboration belge mais aussi internationale autour d'une stratégie incluant la première ligne et des plans d'urgence sur les différents aspects? On sait qu'il en a manqué au niveau des maisons de repos surtout, dans les hôpitaux il y en avait, avec des dispositifs de veille pour tout ce qui concerne le testing et le tracing, etc. Autant de points cruciaux, puisque dans ces cas-là, ce sont les seules armes dont on dispose et on voit encore combien aujourd'hui, nous n'utilisons pas nos armes à 100 % de leur capacité.

Comme commissaire corona, vous avez expliqué que vous deviez, dans les mois à venir, avoir un focus plus particulier sur la vaccination et le testing. Je m'y arrête donc un instant.

D'abord sur le volet de la vaccination, avez-vous fait partie du comité qui a déterminé les commandes belges dans les packages proposés de la commande européenne des différents vaccins? Si oui, quelle est la composition de ce comité? J'aimerais, dans l'affirmative, pouvoir

obtenir les PV des réunions de celui-ci.

Au niveau de votre fonction de commissaire ou éventuellement avant au niveau du SPF, je reviens plus particulièrement sur la commande du vaccin Pfizer. Il y a eu au niveau européen trois étapes: une première, avec une commande de 200 millions de doses, une deuxième avec un complément de 100 millions de doses et une troisième avec une commande de 300 millions de doses. La Belgique a pris sa part sur les premiers 200 millions. Elle n'a pas pris sa part sur la commande de 100 millions puis a, grâce à des négociations, rattrapé le manquement des 100 millions sur la troisième partie de commande de 300 millions.

Pourquoi n'y a-t-il pas eu de commande de doses sur cette fameuse tranche de 100 millions entre Noël et Nouvel An? Y a-t-il à cause de cela un impact sur le calendrier de livraison du vaccin Pfizer ou un potentiel décalage dans le temps par rapport aux États membres européens qui ont pu et surtout qui ont, eux, commandé à temps dans chaque tranche?

Toujours en ce qui concerne la vaccination, alors que quasiment tous les autres États membres mettent de façon logique et transparente à disposition le calendrier théorique de livraison des vaccins, jusqu'à ce jour, il y a un refus (me semblant totalement incompréhensible) de le communiquer, même si l'on sait qu'il peut évoluer. Pourquoi nous le refuse-t-on? En bref, je voudrais disposer du calendrier théorique de livraisons des vaccins pour les semaines et mois à venir.

Enfin, j'aimerais connaître votre implication dans la task force vaccination. Vous le savez, je ne répéterai pas ce que je martèle depuis plusieurs semaines sur la campagne de vaccination, les comparaisons au moins avec les autres États membres de l'UE, les vaccinations quotidiennes et donc la performance de la stratégie de vaccination comparativement aux autres États membres européens, pour ne pas faire de comparaisons avec le Royaume-Uni ou Israël pour n'en citer que deux qui sont particulièrement performants. On cite souvent le Danemark. On pourrait citer Malte ou d'autres avec un degré de performance particulièrement élevé. Pour ma part, ça me fait mal aux tripes, monsieur Facon!

Quelle est votre implication? Les choix stratégiques mettent à mal aujourd'hui l'évolution de la campagne. J'ai fait une série de propositions sur lesquelles je ne reviendrai pas. Depuis des semaines, je cite des chiffres. Je suis ravie qu'aujourd'hui, des collègues, en ce compris de la majorité, commencent à avoir du mal de voir que l'on stocke autant de doses.

Quel est le degré et la portée de décisions de la Conférence interministérielle et des neuf ministres de la Santé sur la stratégie de vaccination? Entérine-t-elle ce que la task force décide ou est-ce qu'elle-même prend et fait certains choix? Pourriez-vous nous préciser quel est l'apport, la participation, l'espace que vous-même occupez avec votre équipe au niveau du commissariat corona. J'aimerais comprendre qui décide quoi dans cette structure et ce par rapport à des choix stratégiques qui ont été faits et encore faits aujourd'hui.

En la matière, on a, dans un premier temps, limité le testing à un seul labo. J'ai déjà posé dix fois la question. Personne ne m'a jamais dit pourquoi nous avons limité le testing à un seul labo pendant aussi longtemps.

Je voudrais comprendre pourquoi aujourd'hui il y a toujours autant de résistance pour des tests rapides et des autotests. On en parle depuis des mois. Toute une série d'autres États membres de l'Union européenne ont une stratégie déjà largement planifiée, avancée, comme l'Autriche, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Danemark. En Autriche, un tiers de la population est testé chaque semaine. On en parle depuis des mois pour les écoles et on en est toujours à un projet pilote uniquement pour les enseignants, alors que ça nous aurait permis de reprendre déjà des activités qui aujourd'hui sont toujours confinées ou presque. Il s'agit des écoles, des hautes écoles, des universités. Pourquoi n'applique-t-on toujours pas le testing pour les enseignants et les étudiants?

La stratégie à adopter doit bien faire la différence entre d'une part le diagnostic covid avec symptômes qui passe obligatoirement par un test PCR, pour la certitude, et d'autre part, un dépistage préventif pour savoir si quelqu'un est contagieux ou non. Cela permettrait de prendre les bonnes dispositions pour rouvrir ou accentuer des activités avec une sécurité sanitaire garantie.

Toujours en ce qui concerne le testing, j'aimerais votre point de vue sur le *tracing*. Le *tracing* est largement insuffisant en Belgique. On sait pourtant que tout ce qui est testé, tracé et isolé est un enjeu majeur à côté de la vaccination. C'est l'arme dont nous disposons.

Je voudrais aussi vous entendre sur le fait qu'on navigue à vue en ce qui concerne l'effectivité de l'isolement en Belgique. Là encore, d'autres États membres de l'Union européenne ou plus largement au niveau international, disposent d'un relevé de l'effectivité de l'isolement, avec une politique d'accompagnement de l'isolement extrêmement

poussée, pour tout ce qui concerne les aspects logistiques, familiaux, etc. Des chambres d'hôtel sont mises à disposition lorsqu'il y a plusieurs personnes vivant dans des petites structures. Enfin, il y a beaucoup de pistes, je ne vais pas vous les expliquer ici. J'imagine que vous avez de bonnes informations en matière de *benchmarking* européen ou international sur ces politiques.

Enfin, je terminerai par la dernière arme dont on parle peu et qui n'est pourtant pas négligeable: la ventilation. Je plaide depuis longtemps pour cette possibilité, notamment dans les structures collectives comme les écoles, les hautes écoles, les universités, etc., dans la perspective de pouvoir déconfiner davantage ou plus rapidement.

C'est tout le volet de la rénovation (que l'on ne peut faire en une fois), de la mise à disposition de capteurs CO₂ pour aider à la ventilation. Parfois on a l'impression qu'on radote. Quand c'est l'opposition, on trouve juste ça nul parce que c'est l'opposition! Je veux juste savoir si cette piste a été examinée sérieusement et mise sur la table et si ce n'est pas le cas, ne faudrait-il pas le faire? On arrive au printemps, donc la situation est sans doute un peu différente. Cependant, je reviens sur ce point, car si ce n'est pas important pour les semaines qui viennent, à titre personnel, ça le reste même si on est tard et même très tard. Cela le redeviendra très vite à l'automne et l'hiver prochain parce que nous n'aurons pas installé des ventilations extrêmement efficaces dans tous les lieux, compte tenu de ce que cela représente comme travail et investissement.

Ce sont de nombreuses questions, j'en suis désolée. J'ai tenté de compléter ce que j'avais lu dans vos réponses écrites en essayant de vous amener à être très précis sur certains points qui suscitent en moi encore de la frustration. D'interlocuteur en interlocuteur, il y a cette forme de ping-pong où in fine, personne ne veut répondre aux questions qui me semblent pourtant importantes pour l'avenir si on veut oser un diagnostic lucide et oser apporter demain des recommandations fortes sur une nouvelle manière de conduire une politique de sécurité sanitaire dans notre pays.

Sophie Rohonyi (DéFI): Merci, monsieur Facon, pour votre exposé, pour votre travail et pour avoir pris le temps de nous fournir toutes ces réponses écrites. À l'instar de mes collègues, je n'ai pas eu le temps de tout parcourir, du moins je l'ai fait en diagonale. Nous vous remercions pour votre travail; nous en tiendrons compte dans nos conclusions, c'est certain!

Un grand nombre de questions ont déjà été posées

et ce qui nous intéresse est d'obtenir des éclaircissements complémentaires.

Vous dites que certains hôpitaux s'en sont mieux sortis parce qu'ils avaient en leur sein des plans d'urgence ou une tradition de planification de plans d'urgence. Un travail a-t-il été réalisé en vue de recenser les bonnes pratiques au sein de ces hôpitaux en vue de les généraliser à l'ensemble des hôpitaux ou à tout le moins de faire en sorte de les promouvoir en première ligne et dans les maisons de repos?

On sait également qu'un plan d'urgence hospitalier a pu être activé dès le mois de mars. Considérez-vous que ce plan a été efficace et qu'il pourrait être amélioré, notamment pour assurer la prise en charge de tous les soins autres que ceux liés au covid-19? Le report de soins autres que les soins covid-19 a en effet été un gros problème dans la gestion de cette crise.

Je voulais également revenir sur les multiples instances qui ont été créées pour gérer cette crise. Vous estimez que les task forces constituées n'étaient que des groupes de travail spécialisés au sein du Risk Management Group (RMG) et que leur création en "constellation" était fondée sur une certaine logique. Cela signifie-t-il que vous n'y changeriez rien et que, dans l'éventualité d'une future crise sanitaire, vous plaideriez à nouveau en faveur de la création d'un nombre aussi élevé de groupes de travail ou de task forces?

Cela signifie-t-il également qu'il existait au sein du cabinet De Block et du service public fédéral (SPF) Santé des indications précises quant au rôle de chacun au sein des groupes de travail? En effet, de l'avis de l'ensemble des experts auditionnés jusqu'ici en commission, il n'existait absolument aucune clarté quant au mandat attribué à chacun et à chaque organe.

Toujours en rapport avec les différentes task forces, les médecins généralistes comme les infirmiers nous ont confirmé avoir été purement et simplement exclus de la task force Vaccination. Cette situation est incompréhensible aujourd'hui, surtout au vu de la stagnation de la stratégie de vaccination. Pour quelles raisons ces acteurs de première ligne ont-ils été exclus de cette task force, et ce malgré leurs demandes insistantes en ce sens?

Je voulais également revenir sur les liens du cabinet De Block avec les acteurs de terrain, qui ne savaient pas à qui s'adresser pour obtenir des consignes utiles. Pourquoi, en fin de compte, n'existait-il pas au sein du cabinet ou du SPF Santé une vraie stratégie de communication, de

rencontre et de visite avec ces acteurs de première ligne?

Pourquoi, comme l'ont souligné plusieurs de mes collègues, n'a-t-on pas actualisé le fameux Plan pandémie en faisant appel, notamment, au docteur Vanthemsche et à son équipe? À qui revenait l'initiative d'actualiser ce plan? S'agissait-il du ministre de la Santé, de la Conférence interministérielle de la Santé ou du SPF Santé?

S'agissant de la gestion de crise en tant que telle, vous avez déploré ne jamais avoir pu, pendant toutes les années passées au sein du cabinet de Mme De Block, assister à un seul exercice, briefing ou formation sur la gestion de crise. Qui aurait dû dispenser une telle formation? L'avez-vous sollicitée auprès d'un organe ou d'une personne en particulier?

Je ne reviendrai pas sur le débat politique relatif à l'éclatement de compétences. Nous savons à quel point il nous a manqué une véritable unité de commandement dans cette gestion de crise. Quoi qu'il en soit, vous reconnaissez que cet éclatement de compétences a eu vraiment pour conséquence de freiner la prise de décisions et l'organisation dans des phases cruciales telles que le traçage des contacts, le dépistage ou la vaccination. On ne peut pas dire qu'une seule de ces trois phases ait été une réussite jusqu'ici. Quelles phases ont-elles été particulièrement affectées par l'éclatement des compétences plutôt que par d'autres circonstances ou éléments?

Enfin, je voulais revenir sur l'assouplissement des mesures sanitaires décidé lors du dernier Conseil national de sécurité du 23 septembre, et ce malgré le fait que de nombreux experts et soignants aient tiré la sonnette d'alarme. Dans vos réponses écrites, vous vous demandez pourquoi cet assouplissement a été décidé malgré les signaux d'alerte lancés par les experts, et vous estimez que cette question devrait être posée aux membres du Conseil national de sécurité plutôt qu'à vous. Soyez certain que nous poserons la question aux ministres lorsqu'ils seront auditionnés par notre commission.

Comme le disait Mme Fonck, j'ai l'impression que nous sommes une nouvelle fois en présence du jeu de ping-pong auquel nous avons assisté pendant des mois, que ce soit entre les ministres ou entre les différents niveaux de pouvoir. Sincèrement, tant sur cette question que sur la destruction du stock stratégique de masques, j'en attendais vraiment beaucoup plus de votre part. Pourriez-vous, à tout le moins, nous préciser si le baromètre sur lequel s'était fondé à l'époque le Conseil national de sécurité était pertinent?

Aujourd'hui encore, nous voyons que le gouvernement persiste à retenir les mêmes seuils en termes d'hospitalisations, de contaminations et de mortalité afin de décider d'éventuels assouplissements des règles sanitaires, et ce alors que la situation a sensiblement évolué et que nous disposons aujourd'hui de très nombreux outils que nous n'avions pas à l'époque, notamment la vaccination.

Ces seuils ne devraient-ils pas enfin évoluer sur la base de tous ces éléments et outils?

De voorzitter: Ik kijk voor alle zekerheid na of de experts nog iets willen toevoegen. De heer Marynissen is momenteel niet aanwezig in de zaal. Ik zie ook de heer Sabbe niet het woord vragen. Ik neem dus aan dat de belangrijkste zaken zijn aangekaart.

Mijnheer Facon, wenst u eerst even de vragen te groeperen of begint u er onmiddellijk aan?

Pedro Facon: Mijnheer de voorzitter, wij beginnen er onmiddellijk aan. Ik wil een paar elementen meegeven.

Ik ben blij dat een aantal parlementsleden heeft gewezen op de fantastische equipes die voortdurend achter mij staan en waarvan u één collega naast mij ziet zitten. Gelukkig kan ik op hen rekenen. Ik ben blij dat ook dat wordt onderstreept.

Deuxièmement, je voudrais tout de même corriger quelque peu une image: j'aurais dit que les chiffres ne sont pas graves. Je pense avoir dit exactement le contraire dans mon introduction. J'ai dit que même s'il existait des discussions sur les chiffres de mortalité, par exemple, il fallait en effet examiner la surmortalité. C'est ce genre d'indicateurs que nous devons comparer dans notre pays. Je tenais à apporter cette correction.

Par ailleurs, je me réjouis que l'on m'attribue toutes les connaissances de toutes les matières dans toutes les organisations. Mais j'aimerais quand même rappeler quelles ont été mes responsabilités. Vous pouvez bien entendu penser que j'avais davantage ou moins de connaissances, mais j'essaie d'être honnête et correct avec vous.

Tout d'abord, s'agissant du Service public fédéral (SPF) Santé publique, j'ai vu que certains membres du Parlement étaient confus par la structure de l'organisation. Le SPF Santé publique est un ministère. Les anciens ministères, avant la réforme Copernic lancée par M. Van den Bossche, étaient gérés par des secrétaires généraux. Ces secrétaires généraux sont les actuels présidents

des comités de direction. Il s'agit par exemple de M. Auwers, que vous avez entendu au sein de cette commission.

Les différentes divisions de cette structure sont gérées par un directeur général. Personnellement, j'étais le responsable de la Direction générale Soins de santé. Pour être clair, la présidence et les services généraux sont compétents pour tout ce qui relève de la gestion de crise sanitaire générale et des relations avec les acteurs internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union européenne, etc.

Je pense que vous avez également entendu Gino Claes et Paul Pardon, qui gèrent des services centraux. Tout ce qui concerne les urgences de santé publique, les notifications et la réception d'informations au niveau international, la coordination des achats de stocks stratégiques, la logistique, les relations avec la Défense, Saniport, la coordination internationale et européenne, l'évacuation médicale et le rapatriement de citoyens d'autres pays vers la Belgique, est de la compétence du niveau central du SPF Santé publique.

Dans ma Direction générale Soins de santé, nous sommes en charge des compétences fédérales relatives à la réglementation organique, au calcul du financement – dans la mesure où nous sommes compétents à cet égard –, à différentes procédures opérationnelles propres aux hôpitaux, aux professionnels de la santé, à l'aide médicale urgente – notamment le transport médical pour les soins urgents, les soins non urgents relevant de la compétence des entités fédérées – ainsi qu'aux inspecteurs d'hygiène repris au sein de ma Direction générale.

Les relations avec le Centre de Crise se font au niveau central du Service public fédéral (SPF). Je tiens à clarifier la situation car vous me demandez si j'étais au courant de telle ou telle chose. Le fait que je n'ai pas été au courant de certaines choses ne signifie pas que j'étais paresseux, que je n'ai pas lu mes dossiers ou que je n'étais pas intéressé par certains thèmes, mais plutôt que ces éléments ne relevaient pas de mes compétences. En tant que membre du comité de direction, j'ai bien entendu été informé, à partir de début janvier, de ce qui se passait au niveau de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il était alors notamment question du rapatriement de citoyens belges depuis la Chine. Tous ces aspects faisaient l'objet de discussions. À ce moment-là, le comité de direction disposait d'un organigramme expliquant le rôle de chacun dans la gestion de la crise.

En janvier et février, je faisais partie de la troisième ligne de la gestion de crise. En janvier, nous pensions qu'il s'agissait d'un problème chinois avec des répercussions internationales, des Belges étant présents en Chine. Toutefois, à ce moment-là, nous considérons que notre propre système de soins de santé absorberait cette crise. Des évolutions ont été observées dans le courant du mois de février: lors des vacances de carnaval, nous avons constaté que l'Italie était en train de subir de plein fouet la crise sanitaire.

Comme je l'ai indiqué dans mes réponses, j'ai alors décidé, en date du 25 ou du 26 février, de m'adresser au Risk Management Group (RMG) et d'impliquer ma Direction générale dans la gestion de crise au sein du SPF.

C'est à partir de ce moment-là qu'Erika Vlieghe - alors désignée par la ministre au sein d'un comité scientifique - et moi-même avons immédiatement décidé de mettre en place certaines structures, notamment pour les hôpitaux, le secteur des soins primaires et les structures intermédiaires (appelés "Schakelzorgcentra" en Flandre). À ce moment-là, j'ai donc été activé.

Le dossier du stock stratégique, que vous considérez comme un thème important, ne relevait donc pas de mes compétences au sein du SPF. Je n'étais pas au courant des décisions ou des relations avec le cabinet ou avec la Défense. Il était en quelque sorte normal que je n'en sois pas informé vu qu'il s'agissait d'éléments relevant de la compétence du niveau central. Vous avez d'ailleurs invité M. Auwers à venir s'exprimer ici, et c'est à lui que vous avez posé ces questions. J'ai pris connaissance de ses réponses et je n'ai rien à ajouter à ce sujet. J'explique pourquoi j'ai également répondu à certaines questions et comment j'y ai répondu.

Ik ga toch proberen om zoveel mogelijk op uw specifieke vragen te antwoorden. Misschien eerst en vooral, wat het calamiteitenhospitaal betreft waar meerdere parlementsleden een vraag over hebben gesteld. Ook vroegen ze mijn idee daarover. Defensie heeft ons inderdaad enorm geholpen. Een calamiteitenhospitaal zou, ik heb daar vroeger ook met Pierre Neirinck meerdere gesprekken over gehad, als een soort van *surge capacity* een belangrijke toegevoegde waarde kunnen hebben als *last resort*.

Il faut être très clair lorsqu'on est en présence d'une crise dans notre pays, de manière décentralisée à plusieurs niveaux. Il est plus important que chaque hôpital et chaque système de soins de santé puissent réagir et accueillir en leur sein une série de patients ou de citoyens. Je pense que la

Défense peut jouer un rôle à cet égard en matière de recherche et, surtout d'expertise spécifique.

Ainsi, pour tout ce qui concerne les attaques chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosives (CBRNE), la société civile est moins développée et ne le sera jamais à un niveau assez élevé pour réagir de manière appropriée. Cela relève de la Défense, je pense. Par ailleurs, je pense qu'une expertise considérable peut être acquise à ce niveau-là en termes de planification ou de logistique. Si, dans le cadre de cette crise, nous avons disposé d'un hôpital de calamité, nous n'aurions jamais pu y envoyer tous les patients covid-19. Cela aurait été impossible et cela aurait constitué une mauvaise approche.

Il y a donc vraiment un travail à réaliser afin d'examiner quel pourrait être le rôle de la Défense en matière d'expertises spécifiques, comme c'est déjà le cas pour les grands brûlés.

Het kan ook voor een aantal zaken die te maken hebben met duikers die ongevallen hebben. Een calamiteitenhospitaal zal niet plots alle problemen kunnen absorberen. Dat is een eerste punt.

Ik heb alles geordend, maar soms zal ik toch wat ad hoc antwoorden. Er zijn heel veel vragen over het Nationaal Crisiscentrum, over de relatie met de FOD Volksgezondheid, enzovoort. Ik herhaal dat die relaties niet op het niveau van mijn DG werden gecoördineerd.

We hebben een federale noodwetgeving, waarin de basis voor de verschillende fases is gelegd. Daarin ligt ook de rol voor het Nationaal Crisiscentrum en daarin ligt ook de basis voor de departementale crisiscellen die moeten kunnen worden gecreëerd.

J'ai entendu plusieurs idées très intéressantes, auxquelles je souscris. Les cellules de crise au sein de départements – autrement dit des ministères ou des Services publics fédéraux (SPF) – ne sont pas des structures remplies en permanence de personnes mais doivent plutôt constituer un réseau au sein de l'administration, avec des personnes formées à la gestion de crise et susceptibles d'être activées au moment où une cellule de crise doit l'être également.

Ainsi, je pense que la Direction générale (DG) de chaque SPF devrait comprendre des personnes formées et entraînées en permanence pour créer de la capacité de recherche dans les administrations comme on en crée dans les hôpitaux. Telle est la raison pour laquelle nous nous sommes réorganisés au sein de notre DG: j'ai recruté des personnes qui, en temps normal, font

autre chose, afin de nous apporter une aide sur des thèmes urgents.

En même temps, je pense que ces synergies pourraient être davantage développées. Pour tout ce qui concerne les achats, par exemple, il va sans dire que, lorsqu'il est amené à négocier avec des fournisseurs de masques chinois, un SPF Santé publique ne possède pas l'expertise requise à cet effet. Néanmoins, d'autres grandes administrations fédérales telles que le SPF Finances, possèdent une vaste expertise, notamment en matière de douane, et sont donc en mesure d'apporter leur aide.

Dès lors, des partenariats avec le secteur privé peuvent également s'avérer intéressants. Je ne dis pas qu'il faut supprimer toutes nos administrations et investir pleinement dans les partenariats public-privé - telle n'est certainement pas ma vision car je plaide toujours en faveur d'une administration forte - mais l'État ne possèdera jamais les expertises que peut posséder le secteur privé dans des domaines tels que la politique de vaccination, les achats ou d'autres activités logistiques.

Tel doit être le débat. Je ne veux pas que nous soyons systématiquement obligés de faire appel à des consultants pour faire de la gestion de projets ou préparer des dossiers de contenu qui devraient être préparés par les administrations, dont c'est la compétence de base. Néanmoins, nous pouvons faire appel à ces acteurs privés pour d'autres activités.

Je reviens au rôle du Centre de Crise. En effet, je suis convaincu que le Centre de Crise devrait se voir confier un mandat plus fort. Je sais qu'il possède l'expertise et la vision pour surveiller et coordonner la capacité de gestion de crise au sein des départements. Je pense que ce serait une bonne chose.

De même, le Centre de Crise devrait veiller au développement de mécanismes départementaux. Dans le secteur de la Santé, nous sommes fortement influencés par les outils de crise avancés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il faut veiller à assurer une cohérence entre ces mécanismes de gestion de crise sectorielle et la gestion de crise multidisciplinaire, dont le Centre de Crise a la responsabilité. Il s'agit là d'un point extrêmement important.

Quelques questions m'ont été posées sur la relation entre le Service public fédéral (SPF) et le Centre de Crise. Mes premiers contacts avec le Centre de Crise – plus exactement avec Bart Raeymaekers et ses collègues – datent de l'époque à laquelle j'ai été invité en qualité de

président du Surge Capacity Committee pour expliquer en quoi consistaient ces activités.

Pour le reste, je n'avais pas d'autres contacts ou d'autres vues sur le déroulement des opérations, mais je répète que la gestion de crise sanitaire a été activée plus tôt que la gestion multidisciplinaire, ce qui, en soi, n'est pas anormal, mais cela a duré pendant environ deux mois. Pendant ce laps de temps, il s'est posé un risque d'incohérence dans ce qui était mis en place dans le secteur de la santé...

... en het multidisciplinaire crisisbeheer. Waarom heeft dat zo lang geduurd? De afkondiging van een federale fase in het crisisbeheer is natuurlijk een politieke materie, dus ik ken daar niet alle redenen voor. Ik herhaal opnieuw dat het in januari eigenlijk over de opvolging ging van wat er in China gebeurde: de repatriëring van Belgen uit China. Ik denk in alle eerlijkheid dat in die periode nog geen federale fase vereist was, maar op het moment dat duidelijk werd dat Europa werd getroffen en dat ook ons eigen gezondheidssysteem onder druk zou komen te staan, werd het een algemene crisis die op België een multidisciplinaire impact zou hebben, niet enkel op gezondheidsvlak. Het zou beter zijn geweest dat de activering van de federale fase iets vroeger was gebeurd, maar, steeds opnieuw, ik ken daar niet alle motieven voor.

Het is interessant om daar wat dieper op in te gaan om daar ook iets uit te leren voor de toekomst: wat is de *déclencheur* om naar een federale fase te gaan? Dat staat niet in de wet. Er zouden afspraken moeten zijn over vanaf wanneer iets een departementale crisiscel overstijgt. De vraag moet ook zijn of het Nationale Crisiscentrum een soort evocatierecht zou moeten hebben, zodat het kan ingrijpen als het bepaalde problemen vaststelt, want, in alle eerlijkheid, zelfs als zou het Nationale Crisiscentrum dat hebben gewild, het heeft niet de bevoegdheid om in de plaats van departementen te komen. Dat is een van de zaken waarover deze commissie zich zou kunnen buigen. Ik hoop dat ik u daarmee iets meegeef over mogelijke pistes.

Over de strategische stock kan ik het volgende zeggen. Ik heb begrepen – ik had dat nog niet gehoord – dat de heer Auwers heeft gevraagd door wie die informatie aan de ziekenhuizen bezorgd zou moeten zijn. Het grootste probleem zat niet in de ziekenhuizen. De ziekenhuizen zijn de actor binnen het gezondheidssysteem die zichzelf het best organiseert om bevoorraad te worden. Er waren grote verschillen tussen de ziekenhuizen, iets wat overigens op zichzelf ook interessant is, want vandaag is nergens genormeerd hoeveel stock men moet hebben, al helemaal niet voor de eerstelijnszorgverstrekkers.

J'ai demandé, en qualité de directeur général, un avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers ainsi qu'au conseil chargé de définir les normes des professionnels de la santé, sur ce que devrait être le contenu d'un stock. Nous sommes aujourd'hui confrontés à une maladie infectieuse respiratoire, de sorte que le "masque" est le maître-mot.

Demain, la situation aura peut-être fondamentalement changé. Dès lors, le contenu de ce stock devrait être différent. Il existe des avis à ce sujet, et je pense qu'il serait utile de se pencher sur l'évolution et le financement de la gestion de la crise. Vous n'ignorez pas que l'INAMI a fait des efforts pour rembourser les coûts engagés par les professionnels de la santé et les établissements pour l'achat de matériel.

Een heel interessante vraag is wie er nu eigenlijk beslist in dit land. Dat is wel een redelijk fundamentele vraag in het hart van de democratie van dit land. Over de federale coördinatie kan veel worden gezegd, het was te veel, of het was te weinig. Ik wil dat debat graag voeren. Ik zat niet in de nationale veiligheidsraden of de overlegcomités totdat ik werd aangeduid als commissaris, sindsdien wel. Vanuit het commissariaat hebben we een coördinatie opgenomen naar beleidsvoorbereiding en naar het nemen van beslissingen in dat Overlegcomité. U kan vragen aan de leden van het Overlegcomité of zij zich nu beter geïnformeerd voelen sinds 6 oktober of slechter, of dat er niets is veranderd. Dan leert u ook of dat commissariaat sneller moet werken of langer moet bestaan. Laten we daar een debat over voeren, maar ik denk dat we beter informeren. Vorige week en de voorbije zes maanden probeerden we maatregelen op tafel te leggen, kalenders af te spreken voor wanneer welke sectoren opnieuw kunnen openen, met als doel zo veel mogelijk coherentie in dit land te behouden, ondanks het feit dat volgens de Raad van State...

On peut dire qu'ils ont d'autres interprétations mais, je vais vous citer le Conseil d'État, même si je n'aime pas trop les citations.

Aldus de Raad van State: "Het is niet omdat maatregelen betrekking hebben op de bestrijding van een volksgezondheids crisis, dat de federale overheid bevoegd kan worden geacht. Integendeel, elke overheid is verantwoordelijk voor de bestrijding van een volksgezondheids crisis binnen de grenzen van haar eigen materiële bevoegdheden, hetgeen echter niet uitsluit dat ter zake een samenwerkingsakkoord kan worden gesloten".

Il parle d'un accord de coopération: vous

connaissiez le jeu, cela prend un peu de temps... Si vous ne voulez pas écouter l'avis du Conseil d'État, écoutez ce que la majorité institutionnelle a déclaré au sein de ce Parlement, majorité dont vous connaissez les partis qui la composent. Je cite le secrétaire d'État de l'époque.

Het gaat hier om een parlementair stuk van de Senaat uit 2012-2013, waaruit ik citeer: "Het voorstel over de zesde staatshervorming beoogt aldus geenszins – *pas du tout* – de bestaande bevoegdheidsverdeling inzake het crisisbeheer bij een acute pandemie te beïnvloeden." De federale overheid, op grond van haar residuaire bevoegdheid, is dus niet exclusief bevoegd voor het crisisbeleid wanneer een acute pandemie dringende maatregelen vereist. De federale overheid is bevoegd binnen de grenzen van haar materiële bevoegdheden, net zoals de gemeenschappen en gewesten dit zijn binnen de grenzen van hun materiële bevoegdheden. De federale overheid is op grond hiervan ook in elk geval bevoegd voor de coördinatie en het beheer van een crisissituatie met betrekking tot een pandemie, ...

C'est ce que l'État fédéral a fait, selon moi. Je suis convaincu que la situation actuelle pose quelques problèmes et que soit ce pays se trouve à un carrefour, soit, à un moment donné, ce Parlement décidera d'une réforme de l'État s'accompagnant d'un transfert de compétences entre les entités, transfert pouvant être homogène, total ou fragmentaire.

Toutefois, la question sera de déterminer comment renforcer la coordination. Personnellement, je pense que, tant que nous serons dans un État fédéral tel qu'il existe aujourd'hui, il faudrait établir une certaine hiérarchie dans les choses et que dans un Comité de concertation, les notifications... Dat is geen vodge papier!

Dat is dus echt geen vodge papier. Als de regeringen met notificaties uit de regering stappen, dan denk ik dat iedereen daardoor gebonden is.

Il s'agit d'une opinion personnelle, qui va encore me poursuivre. Dat is echter geen probleem. Je n'aime pas trop la langue de bois.

Over de richting van de bevoegdheidsherverdeling waren er ook veel vragen. Nogmaals, wat essentieel is, is dat wij weten welke visie wij willen realiseren. Op basis daarvan moet het debat worden gevoerd over waar we de bevoegdheden het best plaatsen. Ik kan daar van alles over vertellen, maar dat is niet voor deze commissie. Er zijn geen 20 scenario's. Er zijn misschien vier scenario's denkbaar. Ik heb eerder al gezegd dat

er binnen de gezondheidssector een mandaat zou moeten komen om een aantal administraties samen met werkveld die scenario's te laten uitwerken. Vervolgens moeten die politiek worden beoordeeld. Ik zal daar geen preciezer antwoord op geven. Voor mij is het belangrijk dat het status quo wordt doorbroken, want de huidige situatie is niet faciliterend voor het voeren van een krachtig gezondheidszorgbeleid en zeker ook niet voor een krachtig crisisbeheer.

Er werden ook vragen gesteld over de consultants.

J'entends qu'il est difficile d'obtenir une vue sur les consultants. Cela ne relève pas de mes compétences mais il s'agit là d'éléments publics, tout comme le sont les dépenses réalisées pour engager des consultants, les procédures suivies... Ces éléments relèvent de la compétence de contrôle que vous avez, et il faut dès lors poser la question aux bonnes personnes.

De consultancy gaat over heel veel zaken. Het gaat over inhoudelijke consultancy, over projectcoördinatie, over procesondersteuning en over heel logistieke ondersteuning. Alle elementen ervan zijn aan bod gekomen, vaak ook op verschillende bestuursniveaus en in verschillende administraties.

Er waren een aantal vragen die betrekking hadden op het pandemieplan.

Het pandemieplan was niet up-to-date gehouden. Het up-to-date houden van het pandemieplan, onder meer de capaciteiten daartoe op departementsniveau maar ook de coördinatie ervan, die ik ook beoog op een meer centraal niveau, is een punt waarvan ik echt meen – het is ook aangehaald – dat het onvoldoende sterk was.

Het is inderdaad nuttig om, onder meer op basis van de conclusies die uw commissie zal trekken, het generieke pandemieplan uit te werken. Dat plan is voor mij niet een soort van bijbel, waarin de gedragingen tot in detail zijn beschreven, maar veeleer een verduidelijking van de factoren, de te volgen hoofdprocedures en een verduidelijking van wat moet gebeuren wanneer bijvoorbeeld een departementale crisis, zoals een sanitaire crisis, overgaat in een multidisciplinaire crisis, alsook van de manier waarop wordt omgegaan met internationale sturing en waarop met het terrein wordt overlegd.

Alle deze elementen moeten aan bod komen in een dergelijk plan, maar moeten vooral getraind en geoefend worden, zoals door meerderen is opgemerkt. Een en ander kan meerdere vormen aannemen zoals table tops of simulaties op het terrein. Het belangrijkste is echter dat het gebeurt

in de praktijk.

Er is ook een vraag gekomen over de expertise van de ziekenhuizen en de crisisplannen in de ziekenhuizen.

Vous me demandez si les plans d'urgence dans les hôpitaux sont suffisants. Nous avons créé ce Surge Capacity Committee parce que ces plans n'étaient pas suffisants au niveau d'un hôpital individuel. En effet, nous devons absolument gérer la collaboration entre les hôpitaux, et vous savez que les réseaux ne sont pas encore entièrement opérationnels. Même si nous avons disposé de réseaux au niveau national, nous devons réguler les transports de patients, et c'est d'ailleurs ce que nous avons fait.

Les actuels plans d'urgence hospitaliers sont donc les plans d'un hôpital individuel, mais la cohérence entre les hôpitaux est importante. Cela a assez bien fonctionné. Je pense que la collaboration avec les hôpitaux a, elle aussi, bien progressé. Néanmoins, un aspect qui n'est pas encore suffisamment élaboré est la collaboration avec toutes les instances en dehors de l'hôpital. Nous avons vu que de nombreux hôpitaux, zones de première ligne et maisons de repos ont entamé des collaborations sur le terrain, afin de mettre à disposition leur expertise en matière d'hygiène, de contrôle des contaminations ou de gestion de crise. Il s'agit là d'un constat très positif. C'est la force du terrain.

Bien entendu, en tant qu'État, nous voulons également que cela soit structurel et que cela ne dépende pas de quelques bons éléments sur le terrain. C'est le cas pour tous les hôpitaux, toutes les maisons de repos et toutes les zones de première ligne. C'est cet aspect qui devrait être renforcé, et je pense que le Surge Capacity Committee a procédé à une évaluation à l'issue de la première vague. Le docteur Sabbe pourra par ailleurs confirmer qu'au sein du Conseil national des secours médicaux d'urgence, des avis ont été sollicités. Nous essayons de mettre en place un cycle d'apprentissage, mais il reste bien évidemment beaucoup de travail à faire.

J'en viens à présent au rôle des inspecteurs d'hygiène fédéraux. Je les apprécie beaucoup. Ils – et surtout elles – faisaient partie de ma direction générale (DG) et sont au nombre de cinq. Là aussi, j'ai hérité du résultat de toute une série de choses. Il faut savoir que l'inspection d'hygiène fédérale est une institution qui existait déjà avant la création de l'État et qui date de l'époque de Napoléon. Avec la répartition des compétences et les réformes de l'État, l'inspection d'hygiène des entités fédérées s'est développée et s'est fragmentée.

Je rappelle qu'au début de la crise, la ville de Rotterdam avait davantage de *contact tracers* ou d'inspecteurs d'hygiène que l'administration flamande, par exemple. Tel est également le cas des autres entités et de l'autorité fédérale.

Nous n'en avons donc pas beaucoup. Je pense que le principal avantage des inspecteurs d'hygiène réside dans leur connaissance des aspects multidisciplinaire et sanitaire. Ils ont largement contribué à soutenir la communication entre le pilier sanitaire et le pilier multidisciplinaire, mais on ne peut pas tout attendre d'eux.

Je pense donc qu'il serait utile d'examiner comment mettre en œuvre cet aspect et comment améliorer la relation entre l'inspection fédérale et celle des entités fédérées.

Dan was er een vraag over het gebrek aan kennis. Dat gebrek aan kennis van plannen en actoren betreft vooral wederzijdse kennis. Ik heb daarover reeds een beetje gesproken in het kader van dat fameuze pandemieplan. Als men de multidisciplinaire pijler en de gezondheidspijler wil laten samenwerken tijdens een crisis, moet men op een bepaald moment bijvoorbeeld... Ik ga het eens heel concreet maken. Het hele mechanisme van de Interministeriële Conferentie is zonder twiifel onvoldoende gekend door het multidisciplinair crisisbeheer, de gouverneurs enzovoort. Men kan hen dat moeilijk verwijten. Als zij voor elk departement die details zouden moeten kennen, zou het moeilijk worden. Omgekeerd is dat echter ook wel zo. In de Interministeriële Conferentie begrijpt men ook niet altijd de rol van gouverneurs en lokale besturen in het crisisbeheer.

De bedoeling zou moeten zijn om op basis van een generiek pandemieplan die actoren vóór een crisis met elkaar in contact te brengen en uit te leggen hoe de organen met mekaar functioneren als er iets gebeurt. Dat is een heel essentieel punt, dat ik graag nog eens opnieuw onderstreep.

Dan waren er vragen over de werking van het comité betreffende *surge capacity* in hospitalen, de eerste lijn en de *outpatient care*. Het is inderdaad zo dat wij in het comité betreffende *primary* en *outpatient care* op een bepaald moment zagen dat er veel vragen kwamen met betrekking tot ouderenzorg. Dat ging over verschillende zaken. Dat ging over hoe men de hygiënevoorschriften beter kon definiëren en laten naleven en het personeel daarin kon trainen, over de procedures die moesten worden voorzien, over hoe de samenwerking met de ziekenhuizen kon versterkt worden, hoe het probleem van de zuurstoftherapie moest aangepakt worden en dergelijke meer. Dat

waren allemaal aspecten waarmee wij geconfronteerd werden.

Dat comité was een interfederaal comité. Dus ook de deelstaten waren daarin vertegenwoordigd. Dat comité heeft aan de RMG - en ik herinner mij dat moment, het was een vrijdagmiddag einde maart - voorgesteld om ook op het federale niveau een taskforce ouderenzorg te creëren. Ik houd mij in, het zou er nog één extra zijn geweest. De RMG oordeelde op dat moment, en dat is gewoon een factueel gegeven, dat de voorbereidingen binnen de entiteiten voor hun eigen ouderenzorginstellingen reeds te ver waren gevorderd om nog in dat gecoördineerd initiatief te stappen.

Men had bijvoorbeeld al allerlei materiaal ontwikkeld dat werd verspreid naar de entiteiten. Men vond dat dus minder opportuun.

Wat is er dan verder gebeurd? Wat betreft de samenwerking tussen hospitalen en woon-zorgcentra, heeft het hospitaalcomité op een bepaald moment een kadernota neergelegd, die werd gesteund door alle ziekenhuiskoepels en alle entiteiten, en die aanbevelingen formuleerde ten aanzien van de ziekenhuizen en woon-zorgcentra over hoe zij hun samenwerking konden verbeteren.

Meerdere zaken stonden goed beschreven in die nota's, zoals infectiecontrole, wat de ziekenhuizen eventueel kunnen doen als de woon-zorgcentra *overwhelmed* zijn en beschermingsmateriaal. Dat heeft een stuk structurerend gewerkt. We hebben dat voor het hele land op een uniforme wijze gedaan. We zijn ook een aantal thema's die echt nog federaal moesten worden opgenomen, zoals zuurstof, dat door het FAGG is gereguleerd, en financieringselementen, die door het RIZIV worden gereguleerd, verder blijven opnemen.

Hoe kijk ik daar nu naar? Meerdere zaken, antwoordend op uw vragen. Eerst en vooral denk ik dat het belangrijk is om te zien dat de ouderenzorginstellingen nu wel een onderdeel zijn van het gezondheidssysteem waarvan bijna de volledige bevoegdheid in de deelstaten ligt. Behalve een aantal zaken rond de coördinerend arts en de zorgverstrekkers die van buiten het rusthuis in het rusthuis zorg komen verstrekken en een aantal zaken rond geneesmiddelen, zit het meeste inzake organisatie en financiering sinds de zesde staatshervorming al bij de deelstaten.

Dat verklaart voor een stuk dat de deelstaten daarover zelf de controle hebben gehouden. Dat is in zekere mate ook logisch. In Vlaanderen heeft men bijvoorbeeld de taskforce zorg opgericht, onder leiding van mevrouw Moykens. Die taskforce heeft een reeks taken op zich genomen. Ook in

andere entiteiten heeft men dergelijke initiatieven genomen.

Wat is daarvan nu het gevolg? Men zegt vaak dat de ziekenhuizen een federale bevoegdheid zijn, maar dat is eigenlijk ook niet waar. De organieke wetgeving zit nog federaal - wat is een ziekenhuis, wat is een netwerk? De berekening van de financiering zit nog federaal, behalve wat betreft de investeringskosten voor infrastructuur en zware medische apparatuur, maar de normen van de ziekenhuizen, en bijvoorbeeld ook de normering rond de ziekenhuisnoodplanning, zit eigenlijk op het niveau van de deelstaten.

Dat hebben wij dan toch op federaal niveau allemaal gecoördineerd, omdat er op federaal niveau, ook met de financiering, meer bevoegdheden zijn. Dat betekent dat alle procedures in heel het land dezelfde waren. In onder meer de ouderenzorgsector en de gehandicapteninstellingen verschilden de procedures soms, bijvoorbeeld inzake bezoeksregeling of de heropstart van activiteiten, ook nu na de tweede golf. Die variatie tussen de entiteiten is op zich niet erg, zolang de crisis goed wordt beheerd. Echter, in geval van een gezamenlijk beleid, denk ik dat er ook meer synergie mogelijk is. Ik wil absoluut geen kritiek uiten ten aanzien van de entiteiten, want ieder doet absoluut zijn best. Het was echter mogelijk om een en ander op federaal niveau te coördineren om alzo meer synergie te vinden. Precies zullen we het nooit weten, want we hebben het niet gedaan.

Ik kom tot nog een tricky punt. Zonet vernoemde ik de bevoegdheden van de deelstaten, maar daarmee bedoel ik niet dat ook de tragiek die zich heeft afgespeeld tot de deelstaatbevoegdheid behoort. Enige intellectuele eerlijkheid is wel op zijn plaats. De hele organisatie en financiering van de ouderenzorginstellingen zat tot aan de zesde staatshervorming, dus zeker gelet op de implementatie ervan tot nog niet zolang geleden, op federaal niveau. Zaken zoals de onderinvesteringen in de ouderenzorgsector, het ontbreken van crisisplannen en onvoldoende kennis op het vlak van infectiecontrole of hygiëne, kunnen niet allemaal de verantwoordelijkheid van de deelstaten aangerekend worden. Eigenlijk zijn ze het gevolg van een zeer langdurig proces. Die sector kende zeer lang een moeilijke organisatie en moeilijke financiering. De kennis daarover is bij enkelen onder u veel groter dan bij mij. Ook de gehele overgang van rustoorden voor bejaarden naar rust- en verzorgingstehuizen is geen nieuw gegeven. In dat debat vind ik dus wel dat we intellectueel eerlijk moeten blijven. Ik vind het belangrijk om dat even te onderstrepen. Ik probeer immers ook altijd om uitstekende relaties met de

deelstaten te onderhouden en hen daarin correct te kennen en te behandelen.

Omtrent de weigering van opnames of van MUG-transporten voor bewoners van woon-zorgcentra konden we regelmatig anekdotiek zien in de media. Iemand heeft het zelfs gepresteerd om daarover verslag uit te brengen in *The New York Times* of *The Washington Post*. Welnu, op meerdere momenten hebben wij in ons comité aan de actoren van de deelstaten en de actoren van de ziekenhuizen – de koepels van de ziekenhuizen zijn overigens ook de koepels van de woon-zorgcentra – gevraagd om de anekdotiek hard te maken en waar mogelijk ook het dossier voor te leggen bij onze dienst, die daar bijvoorbeeld vanuit de federale gezondheidsinspectie toezicht op kan houden.

Ik heb het opnieuw gecheckt bij de dienst, aangezien ik daar zelf niet meer werk, maar er is nooit een concreet dossier ingediend. Betekent dit dat er geen zaken zijn gebeurd waarbij bepaalde minder goede beslissingen werden genomen? Ik kan dat niet uitsluiten, dat is best mogelijk. Ik kan alleen zeggen dat de beroepsgroepen, de intensivisten en de geriaters, bij het begin van de crisis richtlijnen hebben uitgewerkt. Dat waren geen richtlijnen om te triëren, wel om ervoor te zorgen dat er een goede basis was om een goede inschatting te maken van de patiënt, zoals dat ook buiten crisistijd moet gebeuren. Men moet nagaan welke kansen de patiënt had. Dat assessment is ook buiten crisistijden en zonder verzadiging van de ziekenhuizen belangrijk.

Tot vandaag spreken we dus over anekdotiek. Op een bepaald moment heb ik binnen de Interministeriële Conferentie gevraagd of we dat niet wat meer moesten laten evalueren. We hebben toen ook het Comité voor Bio-ethiek aangesproken. Zij hebben geantwoord dat zij niet bevoegd zijn en niet de capaciteit hebben om iets dergelijks te evalueren maar dat ze wel aan een advies werken om daar in de toekomst richtlijnen over uit te vaardigen. Ik weet niet waar ze daar op dit moment mee staan maar ik meen dat dit nuttige info is.

Men merkte op dat het *surge capacity plan* werd bijgewerkt ter voorbereiding van de tweede golf. Hoe kwam het dat de verdeling dan toch traag op gang kwam? Bij de tweede golf zagen we voornamelijk in het Waals Gewest saturatie, op een bepaald moment vooral in Luik en Henegouwen. We hadden wel een plan en regels voor de spreiding en transport was beschikbaar zowel in het reguliere circuit als bij Defensie, maar we stelden vast dat daar eigenlijk geen beroep op werd gedaan. We zijn daarover in dialoog gegaan

met de ziekenhuizen en de artsen, want die spelen daar een belangrijke rol in. Toen kwam er een aantal zaken naar boven.

Ten eerste, de kwestie van de patiënt zelf en zijn omgeving voor wie het niet zo evident is om een patiënt naar een ziekenhuis in een andere provincie of zelfs naar een ziekenhuis in een ander landsdeel en taalgebied te verplaatsen, wat wij nota bene hebben gedaan in de tweede golf.

Ten tweede, de artsen waren bezorgd omdat het transport van fragiele patiënten zeer risicovol is. Als een patiënt tijdens dat transport sterft – het ging vooral om mensen die intensieve zorgen, beademing en dergelijke meer nodig hadden – rijst de vraag van de verantwoordelijkheid. Ik heb in die tijd bijvoorbeeld contact gehad met Philippe Devos in de fameuze weekends waarin wij de toestand in Luik zagen satureren maar geen transporten op gang kwamen. In andere provincies gebeurde dat wel, wat ook toont dat de *professional community* elkaar ook beïnvloedt, wat perfect normaal is.

De minister heeft toen, samen met ons, hieromtrent een wettelijk kader gecreëerd om het transport beter in te bedden en om de regulatie beter te kunnen afdwingen, maar om tegelijkertijd ook de artsen en de ziekenhuizen beter te beschermen. De wet en een aantal informele contacten hebben ervoor gezorgd dat die machine op gang is gekomen en dat was absoluut noodzakelijk. Dat was een heel belangrijke realisatie van de huidige minister, in goede interactie met het commissariaat. Dat verklaart waarom wij op een aantal problemen botsten bij de start van de tweede golf.

Ik heb ook een vraag gekregen die ik regelmatig krijg over de huisartsen en de eerstelijnszorg.

Ni les médecins généralistes, ni la première ligne, ni les infirmiers ne sont impliqués. Je peux seulement dire qu'au sein du Hospital Surge Capacity Committee, nous nous sommes entretenus et avons eu plusieurs échanges non seulement avec les coupoles, qui est un membre fixe, mais aussi avec les médecins spécialistes et les coupoles des infirmiers.

Je me souviens que, déjà à la fin février 2020, au sein des Primary and Outpatient Care, l'idée des centres de tri n'était pas une invention de l'État mais une initiative des médecins généralistes, tant en Flandre qu'en Wallonie. Nous les avons réunis et avons examiné comment créer un cadre financier. Nous avons eu des échanges permanents avec eux.

Aujourd'hui, au sein du groupe de travail "vaccination" créé dans le giron du commissariat,

et dont la composition a été approuvée par la Conférence interministérielle, des médecins généralistes sont présents: Domus Medica, la Société scientifique de médecine générale (SSMG), lesquels sont également représentés au sein de sous-groupes.

Des contacts sont également établis avec les autres syndicats. Il existe donc des organisations professionnelles plus scientifiques et des syndicats, mais la différence entre les deux est parfois un peu floue. Nous avons fait des efforts afin d'impliquer ces organisations. Je peux comprendre que ce n'était pas encore suffisant, mais on ne peut pas dire que rien n'existait.

Je pense que ces organes ne se sont pas sentis impliqués dans certaines choses. En matière de dépistage, par exemple, je reçois toute une série de questions sur les tests antigènes et les tests rapides, probablement parce que les médecins généralistes se préoccupent de la manière dont ces tests sont utilisés, mais c'est à eux que vous devez poser la question.

Ik zal de kroon niet onbloten over alle besprekingen in de taskforce Testing, maar een van de redenen is dat er toch met een zekere reticentie naar de zelftesten wordt gekeken. Dat heeft wetenschappelijke gronden, maar het heeft ook een aantal gronden in de medische praktijk. Er is de bezorgdheid dat dit tot een vals gevoel van veiligheid leidt. De huisartsen zijn van mening dat dit ook met een aantal risico's gepaard gaat. De motivatie daarvoor moet u aan hen vragen.

Ik begrijp dat men zich niet altijd gehoord voelt. Ik hoor dat dit ook in deze legislatuur met nieuwe ministers aan het roer opnieuw opduikt. Ik vind dat een beetje te relativiseren. Ik sta ervoor open om de praktijken te verbeteren en het overleg te versterken, maar men kan niet zeggen dat men niet gehoord is.

Soms hoor ik ook, vroeger en nu: de minister ontvangt ons niet of de regering ontvangt ons niet, maar tegelijkertijd is de administratie en het commissariaat in volle interactie met die organisaties. Met alle respect, maar wij zijn geen notarissen. Ik wil daarmee geen oneer doen aan de notarissen. Wij zijn ook beleidsmakers. Als de administratie of het commissariaat met die actoren overlegt, dan doen wij dat ook omdat wij daarvoor gemandateerd zijn door de ministers en de regering. Wij debriefen de ministers en de regering ook.

Ik denk dat de vraag is hoe de interactie met het beleid verloopt. Ik denk dat daar een meer genuanceerd verhaal van belang is dan wat we

soms horen.

Dan waren er vragen over governance en transparantie over adviezen, over beslissingen, over documenten.

Redelijk snel in de crisis heb ik in de Interministeriële Conferentie gevraagd om die pv's te publiceren. Dat is ook vroeg gebeurd. Dat is vervolgens ook gebeurd voor de RMG-rapporten, die staan allemaal publiek, en de RAG-rapporten.

Met de oprichting van de GEMS, een orgaan in het commissariaat, hebben we ook bepaald dat alle adviezen van de GEMS publiek zijn. Die worden twee dagen nadat het overlegcomité is samengekomen, waar de adviezen worden behandeld, gepubliceerd. We doen wel pogingen om transparantie te verzekeren. De nota's van het commissariaat zijn overigens ook bestuursdocumenten. Die zijn consulteerbaar. Ik denk dus dat we daarvoor wel wat inspanningen hebben gedaan.

J'ai entendu quelqu'un dire que les ministres de la santé publique ne disposaient pas toujours des procès-verbaux du RMG au début. C'est étrange étant donné que les représentants de leur cellule stratégique sont membres du RMG. Je peux donc difficilement imaginer qu'ils ne disposaient pas des PV. C'est donc un malentendu, je pense.

Een aantal vragen hebben betrekking op mijn welzijn. Iemand vroeg bijvoorbeeld of ik voldoende de spil kan zijn in het crisisbeheer en hoe we met de minister en de regering samenwerken. Het commissariaat is opgericht aan de vooravond van de tweede golf. Idealiter hadden we iets vroeger kunnen starten. Er lag ook een interfederaal strategisch plan op tafel waaraan we hebben meegewerkt vanuit onze vorige functies. Daarmee bedoel ik dus ook mijn collega's. Dat was in de crisiscel, gecoördineerd door de heer Decoster. Dat plan omvatte heel wat acties. Ook rond governance waren er een aantal pogingen of mogelijkheden tot verbetering.

Wellicht was het iets makkelijker geweest, als we in de luwte na de eerste golf hadden kunnen werken en dus iets meer tijd hadden gehad om een en ander op poten te zetten. Na de zomer zijn we naar heel lage niveaus van incidentie en hospitalisatie teruggekeerd. Het mandaat van het commissariaat is bijzonder breed. Dat heeft voordelen, omdat we op die manier natuurlijk breed kunnen ageren, zonder beslisbevoegdheid. We hebben geen eigen bevoegdheden om te beslissen. We werken altijd met bevoegde ministers en regeringen. Dat is ook de juiste manier, denk ik.

Doordat we natuurlijk zo snel geconfronteerd werden met die tweede golf, hebben we heel snel ook een aantal zeer operationele taken onmiddellijk opgenomen, bijvoorbeeld met de ziekenhuizen, nadien met de testing en de vaccinatie. We zijn zeer operationeel van start moeten gaan. Onze ploegen zijn op die manier ook voor een stuk bestaaf. Dat betekent ook dat onze opdracht bijna elke week voor een stukje evolueerde. We hebben wekelijkse afstemmingsmomenten met onze twee voogdijministers, de eerste minister en de minister van Volksgezondheid, en met de minister van Binnenlandse Zaken en de directeur-generaal van het Crisiscentrum. Elke week hebben we onze opdracht sterk zien evolueren. We hebben geprobeerd om daar ook zo goed mogelijk op in te spelen. Doorheen die weken zijn we tot een steeds betere werking gekomen tussen het commissariaat, de minister, de regering, de IMC waarin we een interfederale rol spelen, en het Overlegcomité. Hopelijk vinden zij hetzelfde, anders is het niet zoveel waard wat ik daar persoonlijk van vind. Dat loopt redelijk goed.

Kunnen wij nu voldoende de spil zijn? Ik zal daar straks nog even op terugkomen, wanneer ik het zal hebben over de vaccinatie. Wij coördineren. Dat wil zeggen dat we de taskforces die we creëren, inhoudelijk ondersteunen. Herman Goossens, Dirk Ramaekers, Erika Vlieghe staan ook op onze payroll, net als de andere medewerkers in het team. Wij hebben die highlevelxperten aangetrokken om ons te helpen bij een hele reeks zaken. Wij doen voorstellen en we presenteren die aan de bevoegde actoren, zoals het Overlegcomité als het gaat over het sanitaire, of de IMC. Ik denk dat we een impact hebben, enkel en alleen al door het feit dat wij die voorstellen formuleren, die misschien anders niet geformuleerd zouden worden.

Halen wij altijd alles binnen zoals we het zelf zien? Dat is niet zo. Bij elke thema gebeurt het zo. Maar dat is ook normaal. Iedereen blijft wel bevoegd voor zijn domeinen. Maar ik denk dat wij door goede dossiers te maken en werk te maken van goede beleidsvoorbereiding, het beleid in de goede richting proberen te sturen. Ik hoop echt dat er een zekere evolutie vast te stellen is door de hele crisis heen, waarbij we de organisatie en de besluitvorming steeds beter hebben zien worden, net als de communicatie. Het is zeker nog niet perfect, ik ben er zeker van dat we op dat vlak vooruitgang hebben geboekt. Dat kan enkel door een goede samenwerking van het commissariaat met de minister, de premier en de regeringen in dit land.

Une question très spécifique a été posée par rapport à toutes les actions prises par le commissariat. En fait, on a fait l'effort de répondre de manière détaillée aux questions 68 et 70, pour préciser tous nos champs d'action dans le cadre de notre mandat. Nous présentons en détail tout ce que nous produisons à ce niveau-là.

Er was de vraag of het protocolakkoord van 2018, dat het internationaal gezondheidsreglement van de WHO omzet naar Belgische reglementering en dat eigenlijk betrekking heeft op de RMG en de RAG, voldoende heeft gefunctioneerd.

Je pense pouvoir dire que cela a fonctionné mais je rappelle une fois encore que cet accord de protocole décrit bien comment le RAG et le RMG doivent fonctionner. Ce que j'ai dit sur la relation entre le pilier sanitaire et la gestion multidisciplinaire ne figure pas dans cet accord de protocole. Je suis donc assez intéressé par des améliorations.

Er zijn wat vragen over de experten en de expertengroep. Eerst en vooral opmerkingen over de lobbygroepen. Lobbygroepen, dat is natuurlijk iets wat in een beleid bekend is.

Il n'est pas surprenant, d'une certaine façon, que chaque ministre entretienne des relations avec les parties prenantes qui sont en rapport avec ses compétences. Si ce n'était pas le cas, ce serait quelque peu problématique. Bien sûr, il apparaît parfois dans la prise de décision et dans les débats qui la précèdent qu'un ministre défende son secteur. En soi, ce n'est pas si grave et c'est même bien. La question se pose évidemment si l'objectif de santé publique s'en trouve affaibli.

Il me faut tout de même ajouter certaines choses. Si nous comparons à présent la politique de relâchement des mesures avec le calendrier des échéances que nous avons élaboré, nous pouvons établir très distinctement un lien avec le rapport du GEMS. Selon les experts, les grands principes et les soucis relevés dans l'avis ont été ensuite traduits dans le calendrier et la stratégie de relâchement. Je suppose que le commissariat a joué un rôle essentiel dans la réconciliation des avis et de la prise de décision politique.

Ensuite, si j'ai parlé des équilibres, Mme Van Nieuwenhuys a, pour sa part, évoqué les lobbies économiques. On en trouve dans tous les secteurs. Les lobbies sont présents dans celui de la santé, de l'économie et des secteurs sociaux. Bref, chacun défend, bien entendu, ses propres intérêts et convictions. Je dois constater que Mme Van Nieuwenhuys – pour laquelle j'ai beaucoup de respect – est membre du GEMS,

mais que, pour le moment, je ne vois pas de lobbies économiques dans ce groupe. Ce dernier est véritablement axé sur la santé publique, sociale et psychologique. Nous pouvons discuter de la balance à établir entre ces disciplines. En tout cas, nous essayons de garder cet esprit et cette perspective d'une santé publique au sens large. Les intérêts économiques sont aussi pris en compte dans l'avis du GEMS, à partir de données fournies par d'autres acteurs. Par ailleurs, plusieurs organes sont également installés afin d'écouter les partenaires sociaux, les représentants des classes moyennes, etc.

Dat is natuurlijk een genuanceerd verhaal, maar iedereen verdedigt natuurlijk zijn eigen overtuigingen ter zake.

Is de GEMS een verbetering? Ik meen van wel. Ik meen dat wij daar toch een betere relatie tussen de experts onderling en met de beleidsmensen hebben kunnen creëren.

Er is nog een andere interactie waartoe het commissariaat heeft kunnen bijdragen. Ik neem aan dat jullie dat ook meenemen in jullie evaluatie. Geldt dat ook voor het commissariaat? Ik meen van wel. Ik meen dat wij op een aantal vlakken onze toegevoegde waarde hebben kunnen aantonen. Maar zelfevaluatie volstaat daar niet, ook onze partners en onze opdrachtgevers moeten zich daarover uitspreken.

Er was ook een vraag over de IMC's, die pas vanaf 1 maart werden opgestart, wat men een beetje eigenaardig vindt.

Om te beginnen, na de verkiezingen van 2019 zijn de deelstaatregeringen relatief snel gevormd. Er waren toen nog onderhandelingen lopend op het federale niveau. Ik vertel niets nieuws. Het idee was eigenlijk lang dat de IMC volwaardig zou kunnen starten op het moment dat alle nieuwe regeringen waren geïnstalleerd. Vergeet niet dat de federale regering in lopende zaken was en de ministers van de deelstaatregeringen hadden natuurlijk hun beleidsplannen al geformuleerd, met heel wat hervormingen die interfederale beslissingen vereisten, die echter niet genomen konden worden in de periode van lopende zaken op federaal niveau. Dat is één deel van de verklaring. Wij hadden wel contacten op het niveau van de zogenaamde *préparatoires* met de kabinetchefs en de administraties om de werkzaamheden voor te bereiden, maar de plenaire vergadering van de IMC was nog niet samengekomen.

Nogmaals, de onderliggende structuren – uiteindelijk zijn de RMG en de RAG gecreëerd door de

IMC - waren wel al volop actief in januari en februari, maar de IMC zelf is pas samengekomen op 1 maart om op dat moment van start te gaan. Dat was ook het moment waarop heel wat ministers van Volksgezondheid elkaar voor het eerst ontmoet hebben. Sindsdien heeft men het tempo ruimschoots opgedreven en het aantal vergaderingen ingehaald. Maar inderdaad, in januari en februari was dat nog niet het geval.

Ik heb vragen gekregen over het feit dat adviesorganen of beslissingsorganen elkaar voor de voeten lopen. Daar is er natuurlijk wel iets van aan. Ik heb geduid dat natuurlijk heel wat van die taskforces gespecialiseerd zijn. Ik herhaal dat. Ik meen dat ik dat ook kan aantonen.

Ik neem als voorbeeld het besluitvormingstraject voor de testen. De RAG geeft wetenschappelijk advies. De GEMS levert over een aantal zaken adviezen, maar meer vanuit een strategisch oogpunt. De RAG doet dat meer vanuit diagnostische technieken, indicaties enzovoort. De taksforce testing zorgt voor de omzetting naar de beleidsvoorbereiding en staat in voor de beleidsimplementatie eens de beslissingen genomen zijn. Af en toe wenst de RMG zich daar ook over te buigen. Dan gaat het naar een IMC. In sommige gevallen zijn er op het vlak van de testing ook beslissingen genomen door het Overlegcomité of zelfs door de Nationale Veiligheidsraad. Het klopt wel dat sommige dossiers natuurlijk nogal wat heen-en-weer gegaan zijn. De testing is zeker zo'n verhaal.

Wij proberen nu met het commissariaat dat sterker te drijven en op een bepaald ogenblik de discussies af te ronden. Soms zijn er politieke oriëntaties. Wij hebben dat gezien rond de testindicaties in de eerste golf en met de snel- en zelftesten. Het is evident dat er tussen de wetenschappers versus de beleidsexperten in de administraties van Volksgezondheid versus de ministers van Volksgezondheid versus politici die voor het algemene beleid bevoegd zijn, een aantal accentverschillen zijn. Men kijkt daar anders naar, maar op een bepaald moment beslist een minister, een regering of het Overlegcomité bepaalde zaken.

Wat ik soms moeilijk kan plaatsen, is het feit dat debatten soms blijven doorgaan. Op lagere niveaus begint men dan toch bepaalde beslissingen opnieuw ter discussie te stellen. Dat brengt weinig zoden aan de dijk. Er moet een goed beleidsvoorbereidend dossier zijn, maar eens er beslissingen zijn genomen, moet de aandacht verschuiven naar de operationalisering en implementatie en niet naar het aanhoudend blijven voeren van dezelfde debatten. In die zin kan ik er

wel akkoord mee gaan dat er in sommige dossiers heel wat heen-en-weer gegaan is.

Dan kom ik aan de vragen over de barometer en de coronaschakelaar. Ik was zelf betrokken, samen met Marius Gilbert en Celeval 2 heb ik de werkgroep geleid die het ontwerp heeft gemaakt voor de barometer. Eigenlijk werd dat voor een stuk ingehaald door de opgang van de tweede golf.

La deuxième vague a aussi montré que le baromètre à quatre niveaux causait quelques soucis. En effet, une fois qu'on est dans une phase ascendante exponentielle, on passe très rapidement par les quatre phases. Donc, à ce moment-là, il y a eu des discussions politiques, également avec le commissariat, qui a dit qu'on devrait avoir un système plus binaire, qui accélère quelque part la prise de décision. Parce qu'on doit aussi tenir compte de la manière dont les décisions se prennent; quand le Comité de concertation avec tous ces gouvernements est la place où l'on prend les décisions, si on passe rapidement d'une phase vers l'autre, il n'est pas idéal de devoir tout le temps se réunir, l'avant-midi et l'après-midi. On voulait un système plus strict et plus binaire.

C'est ainsi que le *corona schakelaar* a été développé. C'était une simplification de ce qu'on avait développé en Celeval 2. Compte tenu des orientations politiques, le commissariat a élaboré cela. Vous connaissez le *corona schakelaar*, je n'ai pas de bonne traduction pour cet outil. Vous connaissez les indicateurs et les seuils. En fait, en ce qui concerne les nouvelles hospitalisations, on a décidé de fixer le seuil à 75 par jour; sur la base de modélisations avec des experts, on a vu que, si on avait 75 nouvelles hospitalisations par jour, cela menait à une certaine saturation de l'hôpital et des soins intensifs. Dès lors, compte tenu d'une saturation qu'on devait gérer, on a fixé le seuil à 75.

Partant de ce chiffre de 75, on a recalculé l'incidence car avec l'incidence, on sait quel pourcentage de personnes infectées iront à l'hôpital. Si on dit maximum 75 par jour, on sait aussi combien d'infections par jour on peut avoir. C'est ainsi qu'on est arrivé à ce chiffre de 800 infections par jour. Le *positivity rate*, le pourcentage de 3 %, est basé sur les recommandations de l'ECDC.

Je tiens à dire que ce sont des indicateurs clés qu'on n'a jamais utilisés de manière mécanique ou restrictive, et ce ne fut jamais le but.

L'évaluation épidémiologique et l'évaluation de la situation ne peuvent pas se faire simplement sur la base des trois indicateurs et quelques seuils. C'est impossible. Le RAG fait une évaluation beaucoup

plus large, avec beaucoup plus d'indicateurs, et des interprétations. Par exemple, on peut avoir un cluster dans une institution qui a un impact énorme sur l'incidence. C'est autre chose de voir qu'il y a une répartition sur tout le territoire des infections. Il faut toujours une interprétation des choses. C'est un point important.

Ce n'était pas mécanique non plus. Le Comité de concertation prend acte de ces indicateurs et seuils. C'est pourquoi ils ont été intégrés dans les rapports du RAG. Mais il décide sur la base de tous les éléments: le rapport complet du Risk Assessment Group, mais aussi des évaluations autres, comme des discussions sur l'impact psychologique, les objectifs politiques que nous avons – par exemple, sur l'enseignement où on voulait certaines choses.

On voit cela dans tous les pays. Aux Pays-Bas, en Irlande, au Royaume-Uni ou même en Allemagne, tous les beaux tableaux de baromètres et les indicateurs clés sont toujours utilisés de manière dynamique. Par exemple, l'Allemagne, pour son plan de "relaxation", n'utilise plus les mêmes indicateurs que le *Schutzsystem* qu'elle avait développé avec quelques indicateurs clés. Vous pouvez retrouver cela. Ils ont un peu changé les indicateurs qu'ils utilisent.

Le Royaume-Uni, pour le moment, pour leur phase de "relaxation", n'a même plus de vrai seuil quantitatif, mais a des objectifs qualitatifs: *vaccine deployment, no new variant, vaccines used, work for mortality, etc.*

Tous les pays ont un peu les mêmes discussions sur les baromètres, sur les indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Est-ce directif et mécanique ou est-ce plutôt quelque chose qu'on intègre dans la prise de décision? Ce n'est pas très différent qu'en Belgique. La question de savoir si on ne devrait pas revoir ces indicateurs et ces seuils a été posée? À ce stade, nous sommes convaincus – et je parle aussi pour le RAG et le GEMS – que ces seuils sont toujours utiles.

Quand la vaccination aura avancé, tenant compte que l'on teste aujourd'hui beaucoup plus qu'avant, l'incidence de 800 infections par jour sera très différente. C'est pourquoi il faut toujours interpréter les indicateurs et les seuils. On peut longuement discuter de ces seuils. L'Allemagne, par exemple, estime que, quand 12 % des soins intensifs sont saturés en raison de la covid, la situation est risquée. Elle est alors en phase d'alerte élevée. Elle est assez stricte, d'autant plus qu'elle a beaucoup plus de lits en soins intensifs que nous. Elle est au top, même si on peut dire que la Belgique est assez bien placée à ce niveau

comparativement à d'autres pays. Il y a donc beaucoup de discussions sur ces seuils et ces indicateurs, mais il faut toujours procéder à une évaluation plus large. J'espère avoir été clair à ce sujet.

La question m'a été posée de savoir si on a trop suivi la Chine en termes de mesures strictes. Je pense qu'il y a une très grande différence – tout du moins, je l'espère – entre la gouvernance en Chine et en Belgique. Ici, les décisions sont prises par des acteurs démocratiques. On utilise aussi d'autres techniques. On n'enferme pas les gens. Il n'y a pas de blocage des routes. Des drones ne suivent pas les gens. On n'oblige pas de faire certains tests qui sont maintenant déployés en Chine, etc.

Les mesures prises sont effectivement très strictes, comme c'est également le cas dans d'autres pays. Le paquet de mesures est presque le même dans tous les pays. Même la mesure relative au couvre-feu existe partout.

Au début de la crise, on connaissait moins les effets des mesures. Depuis, on dispose de beaucoup plus d'informations en la matière. Il y a *Nature*. Vous trouverez également certaines références dans le document que je vous ai transmis, mais aussi dans les dossiers du GEMS. On sait aujourd'hui quelles sont les mesures qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas.

Si on compare à la première vague, les mesures sont toujours strictes et sont surtout d'application depuis très longtemps.

C'est dur pour les secteurs et pour la population. Aussi parfois comparé à d'autres pays, nous sommes depuis longtemps dans ce paquet strict de mesures. En même temps, il faut savoir ce qu'on veut. Je pense que la deuxième vague, qui était rapide et forte en Belgique, était quelque chose dont tout le monde a clairement dit qu'on ne voulait pas que cela se répète. Donc, les mesures mises en place et l'approche prudente qui a été défendue par le commissariat, tout le gouvernement et le Comité de concertation, sont défendables, "argumentables" et ont fait en sorte d'éviter une troisième vague, en comparaison avec d'autres pays. Vous allez me dire qu'on a eu une deuxième vague rapide et très élevée. C'est vrai mais on n'a pas eu de troisième vague. Il y a eu des oscillations. On a eu deux vagues et c'est peut-être assez. Je ne suis pas partisan et certainement pas demandeur d'une troisième vague.

Je pense que tout au long de la crise, la vraie question, qui est politique, était de savoir quelle est la balance entre les mesures strictes avec un grand

impact vis-à-vis d'un risque qu'on peut prendre pour la santé de notre population. Nous avons maintenant trouvé une certaine balance, qui est sévère. Je ne sous-estime pas l'impact sur les gens, sur les commerces, sur les rêves des gens qui sont détruits. Là, l'État doit aider, la sécurité sociale doit aider, et je pense que les mesures sont prises.

En tant que commissaire, je trouve que le paquet de mesures, l'évolution des mesures, la stratégie de relaxation, la prudence, c'était ce qu'on devait faire. Je n'ai pas honte de défendre ça parce qu'on prend nos responsabilités. Par exemple, en mars de l'année passée, le Surge Capacity Committee n'a pas attendu un Comité de concertation pour décider lui-même, avec les coupoles et toutes les entités, d'annuler les soins non covid. Par après, cela a été approuvé par le Comité de concertation. Cela aurait pu être une très mauvaise décision si la courbe n'avait pas augmenté comme attendu. Par après, on aurait dit: "Facon, il a décidé que les soins non covid sont annulés et cela a eu un impact énorme sur les soins pour les personnes non covid".

C'est vrai mais on a vu que c'était la bonne décision. Ce n'était pas seulement ma décision. C'était une décision collective. Chacun peut donc prendre sa part d'applaudissements parmi ceux qui nous ont été adressés. C'était aussi une décision prudente à ce moment-là qui a aidé à gérer la crise. Après un peu de recul sur la période que nous venons de vivre (toute la deuxième vague), et sur les mesures prises ces cinq, six derniers mois, je suis convaincu qu'on va se dire que c'était la bonne approche. Si des fautes ont été commises, il faut les indiquer, prendre des décisions, également au niveau du commissariat, et émettre des avis sur la base des données dont on dispose, en tenant compte du principe de précaution et en gardant à l'esprit qu'il y a, dans ce pays, déjà plus de 20 000 morts et 800 000 personnes infectées par ce virus. La discussion-clé dans cette gestion de crise est de savoir où se trouve la balance. C'est finalement aussi une question politique.

En ce qui concerne les décisions du Conseil national de sécurité, je n'y étais pas présent à ce moment-là. Je ne sais pas ce qu'il s'y est passé. J'ai bien sûr tout lu et je pense que plusieurs éléments doivent être pris en compte dans l'évaluation. Après, on peut bien sûr dire qu'il y a eu un relâchement trop rapide. Des acteurs ont certainement dit que c'était trop tôt. C'est clair. On était dans une période où l'incidence et le nombre de nouvelles hospitalisations étaient très, très bas. Il y avait une baisse de la motivation. Il y avait de la pression de tous côtés pour que la vie reprenne. Les négociations politiques au niveau fédéral

faisaient qu'on savait qu'à un certain moment, il y aurait un nouveau gouvernement, avec des nouveaux ministres, etc. Tout cela a sans doute contribué à la manière dont les décisions ont été prises. C'est vrai! Il faut le dire.

Ensuite, on a vu arriver la deuxième vague. Il y a plusieurs raisons à cela. Il y a eu les mesures prises mais des évolutions du virus dans la population, etc. ont sans doute aussi joué un rôle.

Ensuite, on sait ce qu'il s'est passé avec la deuxième vague.

We hebben de tweede golf nadien goed kunnen analyseren.

Communicatie en motivatie, hoe houden we de motivatie van de bevolking op peil? Dat is eigenlijk opnieuw een probleem. We hebben een periode gehad waarin de motivatie was gestegen en we hebben in september en in de hele aanloop naar de tweede golf een daling van de motivatie gehad. Daarna hebben we de motivatie opnieuw zien stijgen.

Vaak zien we dat het niet altijd is omdat maatregelen worden verstrengd dat de motivatie daalt, of omgekeerd. Dat is niet het geval. De kwestie is dat men heel goed aan de bevolking moet kunnen uitleggen wat de logica is van de beslissingen die men neemt en waarom bepaalde maatregelen worden verstrengd, aangehouden of versoepeld.

Ik denk dat dit heel belangrijk is voor de bevolking om te begrijpen op welke basis de beslissingen worden genomen. Waarom moeten we nu verstrengen, waarom kunnen we niet versoepelen, enzovoort? Dat is de essentie van de motivatie, duidelijk uitleggen aan de bevolking waarom we bepaalde zaken doen. Dat schommelt voortdurend.

Je vais répéter ce que j'ai déjà dit. Des discussions autour de l'assouplissement ou du renforcement quasiment avaient lieu chaque semaine et, à un certain moment, chaque jour. Souvenez-vous que, fin novembre, l'on a commencé à discuter des fêtes de Noël et des vacances. On devait alors assouplir, selon de nombreuses personnes. Nos mesures paraissaient atroces, parce que nous étions très prudents pour ce qui concernait les contacts familiaux. C'était très dur car ce n'était pas un Noël comme les autres. Finalement, c'était la bonne décision. Car le virus s'est moins réparti chez nous que dans d'autres pays qui ont admis un relâchement à cette période de l'année.

Over de motivatie ben ik ook duidelijk geweest.

Iemand vroeg naar de samenwerking tussen de private labo's en het nationaal platform. Dit hangt ook samen met de onderregulatie. Het zou kunnen zijn dat de labo's morgen zeggen dat ze hypergereguleerd zijn. Sciensano heeft reglementering rond kwaliteit van labo's en dergelijke. De kwaliteitstoetsing die Sciensano kan doen op labo's gaat echt over de kwaliteit van het werk van de labo's. In dit land is er echter geen soort van organieke regelgeving rond de labo's, diagnostiek, analyse en dergelijke.

Wanneer ik in mijn vorige functie op een bepaald moment met een problematiek werd geconfronteerd die te maken had met de ziekenhuissector, waren er een aantal organen waar ik naartoe kon, zoals de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen of de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Zo kon ik in dialoog gaan met de ziekenhuissector, zowel met beheerders als met artsen, verpleegkundigen en mutualiteiten. Zij zijn daar allemaal in vertegenwoordigd. Ik beschikte daar dan ook over een organieke wet die beschreef wat een ziekenhuis is en aan welke normen dat moet voldoen. Sinds 14 februari 2019 beschikken we ook over een wet die netwerken en samenwerking binnen netwerken tussen ziekenhuizen beschrijft. We hebben daar een redelijk goed kader en we kunnen dat gebruiken. Er is ook een normerend kader bij de deelstaten dat we kunnen gebruiken.

Voor de labosector is dat organiek kader er niet. Op een bepaald moment werden we bijvoorbeeld geconfronteerd met oplopende turnaroundtijden. De tijd tussen de afname van een staal en het ontvangen van een resultaat moet natuurlijk zo kort mogelijk zijn om de contactopvolging op een gedegen manier te kunnen doen. We stelden vast dat er in een aantal labo's een probleem was met de turnaroundtijden, maar niet in andere. Sommige labo's waren gesatureerd en andere niet.

Pour ce qui est des hôpitaux, sur la base de la législation des hôpitaux que nous avons renforcée, sur la base des plans d'urgence ancrés dans les normes et sur la base de toutes les mécaniques, on a pu réguler tout cela. En revanche, nous n'y sommes pas parvenus pour ce qui concerne les labos.

De samenwerking tussen labo's is niet georganiseerd, evenmin als het debat dat de overheid moet hebben met de labo's. Er is de commissie klinische biologie bij Sciensano waarop we een beroep hebben gedaan. Maar er is eigenlijk geen representatieve blik op de vertegenwoordigers van de labosector. Ik wil last but not least ook nog eens onderstrepen dat er enorme

geldelijke belangen omgaan in die sector. Ik vind dat die sector ondergereguleerd is. Overigens, voor hen die bang zijn dat ik aan regulitis lijd, weet dat er in mijn antwoorden staat dat ik vind dat er heel wat andere zaken overgereguleerd zijn en dat er vaak sprake is van een detailregulatie die zinloos is en deresponsabiliserend werkt. Maar niet in de sector van de labo's.

Geconfronteerd met deze problematiek is er op een bepaald moment een deconnectie geweest tussen de objectieven van het beleid en de respons van de private klinische labo's en eigenlijk ook de ziekenhuislabo's. We hebben daar geen goede match kunnen maken. We wisten ook dat de vraag naar PCR-analyse sterk zou stijgen en heel lang zou aanhouden. In die context hebben we gezegd dat we een nationaal platform zouden maken. Dat is daarna nationaal platform bis geworden, met veel meer collaboratie met de sector. Daar is dus wel een evolutie geweest in de samenwerking met de private labo's.

De stalen worden niet geanalyseerd op het Victor Hortaplein of op het commissariaat. Dat gebeurt in labo's van universiteiten en in private labo's. Maar we voelden de noodzaak om naast dat private netwerk en het netwerk van de ziekenhuizen ook een nationaal platform te creëren als *surge capacity*. Die capaciteit is nu enorm hoog. We financieren dat ook. We moeten er dus voor zorgen dat we er efficiënt en effectief gebruik van maken.

U zult misschien vragen of de private labo's hun capaciteiten ondertussen ook niet opgedreven hebben. Dat is inderdaad zo. Ze hebben daarvoor ook financiering van de overheid gekregen. Maar nu kom ik tot een belangrijk punt. In onze teststrategie hebben we een aantal aspecten die met repetitief testen te maken hebben. Tijdens de tweede golf zijn we begonnen met repetitief testen in de woon-zorgcentra en in een aantal andere zorginstellingen. We wensen dat eigenlijk verder uit te breiden naar scholen en naar een aantal andere groepen. Om dat op massale wijze te kunnen doen, kunnen we de stalen niet individueel verspreiden over alle labo's. Er is bovendien ook een technisch element. De pooling van stalen die we willen doen, waarbij we stalen samenvoegen en groepsgewijs analyseren om meer in detail te gaan als ze positief zijn, kunnen we niet in private labo's. Dat moet dus gebeuren via het nationaal platform.

Er zijn dus een aantal redenen. Ik heb goed proberen te duiden waarom dat nationaal platform volgens mij een goede beslissing is geweest. Het klopt wel dat we het nog beter moeten gebruiken. Gaandeweg hebben we ook een betere interactie met de laboratoria gekregen, maar ik blijf erbij dat de regulatie in feite niet zo goed is. Binnen die regulering zullen we ook zaken rond financiering

moeten kunnen bespreken, want de kosten van bijvoorbeeld bepaalde materialen die de labs gebruiken, evolueren sterk. We moeten erover waken dat de financiering, door de overheid en het RIZIV, aangepast is aan de werkelijke kostprijs. Ik gun iedereen zijn geluk, maar wie de sector kent, weet dat sommigen hun miljardenrijkdom hebben gebaseerd op de lucratieve systemen binnen de laboratoriumsector.

Er was ook een vraag over de hoogrisicocontacten en de beslissing, in oktober/november, om zulke contacten tijdelijk niet meer te testen. Dat klopt, en dat was ook nodig omdat op dat moment de capaciteit verzadigd was. We zaten toen rond de 60.000 tests per dag, en nog volstond het niet. Ondertussen zitten we aan 150.000 tests: er is dus inderdaad een korte periode geweest waarin we niet aan alle behoeften konden voldoen. Mogelijk heeft dat een impact gehad op de wijze waarop we de crisis hebben beheerd, maar we moesten nu eenmaal een crisismanagementsbeslissing nemen. Als je merkt dat het aantal afgenomen tests de capaciteit overstijgt en dat de *turnaround time* oploopt, waardoor de contactopvolging soms dagen na de staalname van start gaat, dan ben je slecht bezig. Op dat moment moet je focussen, en dat hebben we dan ook gedaan. Dat was een moeilijke beslissing, waarop we ontzettend veel kritiek hebben gekregen, maar ondertussen zijn we wel degelijk blijven voortbouwen aan de capaciteit. Vandaag beschikken we dan ook over meer dan voldoende capaciteit.

Vervolgens wil ik het hebben over de antigeentests. Niet alleen een bepaalde deelstaat, met name Vlaanderen, maar ook de federale overheid heeft antigeentests aangekocht. In november/december hebben we daarvoor een strategie ontwikkeld en een aantal proefprojecten opgezet, maar we moeten vaststellen dat dit nog niet echt van de grond gekomen is. Wij hebben bij huisartsen proefprojecten opgezet, de deelstaten wilden de antigeentests inzetten in het onderwijs, bij gemeentebesturen en in professionele omgevingen, maar volgens mijn informatie heeft Vlaanderen nog niet veel van zijn reserves kunnen gebruiken.

Het klopt dat wij andere landen gevolgd zijn.

Et Mme Fonck a fait les bonnes comparaisons. L'Autriche et le Danemark notamment ont une politique de *testing* plus libre que la Belgique. En Autriche, chaque citoyen peut aller chez le pharmacien pour obtenir un test rapide antigénique qu'il peut utiliser lui-même.

Andere landen proberen dat nu na te volgen. België is er daar een van.

L'Allemagne n'est pas plus avancée que nous en la matière. Dans beaucoup d'autres pays, la discussion est en cours. La question de savoir pourquoi cela prend tellement de temps est légitime. Je ne peux que constater qu'en effet, pour le moment, l'utilisation des tests antigéniques rapides n'a pas encore une véritable valeur ajoutée dans notre politique de testing. Certaines propositions ont été formulées par le commissariat corona ayant la *task force* en son sein, auprès du comité de concertation; il s'agirait notamment d'accélérer le testing répétitif. On est en train de réaliser des tests pilotes dans l'enseignement (test 'saliva'). Je comprends votre frustration, c'est aussi la mienne.

Une fois qu'une décision est prise, on constate que le protocole de testing avec tout l'encadrement scientifique, la logistique, le processus opérationnel, la *preparedness* dans le secteur, etc., prend du temps. Les tests dans les écoles viennent de commencer. Je ne pense pas qu'il y aura des objections à l'élargissement de cette politique de testing. Quand les écoles rouvriront (le comité de concertation a décidé que les écoles secondaires pourraient rouvrir à partir d'avril), il faut que ces tests puissent être utilisés. Donc pour l'instant, on pense plutôt aux tests *saliva*, qui sont des tests PCR.

Si on préfère des tests antigéniques, peu importe pour moi si c'est plus facile. Mais il faudra alors que tout le monde comprenne qu'il faudra encore faire l'acquisition de ces tests et former ceux qui vont les utiliser. Même si ce n'est pas compliqué, ça prend du temps. J'aimerais aussi que l'enregistrement des tests positifs et du nombre de tests complets soit correctement effectué.

Ce sont les discussions qui sont en cours pour le moment. Au niveau fédéral et interfédéral et la semaine prochaine, le dossier est sur la table de la Conférence interministérielle, avec des propositions très concrètes. En ce qui nous concerne – et nous sommes soutenus par le premier ministre et le ministre de la Santé –, on souhaite accélérer cette utilisation.

D'une part, cela exigera des actions de l'État mais, d'autre part, j'ai constaté en m'entretenant avec les employeurs ou les représentants du secteur de la jeunesse, que ces techniques de dépistage suscitaient des réticences, parce que la régulation ou l'enregistrement est parfois trop lourd. Tous ces éléments doivent être abordés et figureront dans le dossier que nous préparons en vue de la Conférence interministérielle de la semaine prochaine. Je partage votre point de vue selon lequel nous devons avancer sur ce point.

En ce qui concerne la ventilation, j'ai déjà - lorsque j'étais au Service public fédéral (SPF) - inscrit ce point à l'agenda de ce fameux Surge Capacity Committee avec les hôpitaux. Je sais que cela a également été fait dans les organes des entités fédérées en ce qui concerne les maisons de repos, sur la base des informations et des discussions que nous avons eues à ce moment-là. Je sais que certains ont tendance à me caricaturer lorsque j'ai demandé si tout était en ordre, mais il ne s'agissait pas de cela.

Nous avons eu une discussion sur les normes actuelles, car il existe déjà des normes au sein de cette institution, et je ne pense pas que c'est là que les principaux risques se posent, car l'institution possède déjà une expertise considérable et des antécédents en matière de ventilation. Nous avons eu cette discussion, et au niveau des institutions de soins, j'ai toujours compris qu'aucun risque ne se posait à ce niveau-là. Le secteur me dit qu'il est tout de même dans les soins de santé, avec des acteurs d'une grande responsabilité sociétale. Dès lors, lorsque nous avons un débat franc sur la question, je suis confiant à ce sujet.

Lorsque nous sommes arrivés au commissariat, nous nous sommes tournés vers le Conseil Supérieur de la Santé, lequel a, comme vous avez pu le voir, récemment rendu un avis sur les mètres CO₂, sur la ventilation et sur les systèmes de désinfection et de filtrage d'air.

Nous avons proposé au Comité de concertation de traduire les normes sur les mètres CO₂. L'avis du Conseil Supérieur de la Santé est très clair sur la norme à suivre, mais il subsiste des discussions quant à l'emplacement et aux volumes.

Le Conseil Supérieur de la Santé ne s'est pas prononcé sur ce point. Selon notre calendrier, la date fixée est le 26 mars. Lors du prochain Comité de concertation, nous déposerons des propositions qui devront être intégrées par les ministres compétents dans leurs réglementations respectives.

En ce qui concerne la ventilation, les choses sont un peu plus compliquées, parce que nous devons également collaborer avec les organes et les départements qui travaillent notamment sur les rénovations des infrastructures, car nous devons intégrer à ce niveau-là. Ces contacts ont été pris et l'avis du Conseil Supérieur de la Santé est une bonne base de travail à cet égard.

Nu kom ik tot de vragen over de vaccinatie. Het minste wat ik kan zeggen, is dat de vaccinatie duidelijk niet *a walk in the park* is.

Partons des chiffres, en comparant notre pays avec les autres pays dans l'espace européen, on voit que pour la première dose on fait encore moyennement bien, mais pour la deuxième dose, on ne fait pas bien. Disons-le tel quel! Mettons les chiffres sur la table! C'est le point de départ de toute discussion intéressante.

Depuis que le commissariat existe, on a travaillé sur cette problématique et en novembre la task force "vaccination" a été mandatée par l'ABSyM pour prendre un rôle de coordination. Car quelle est la situation? Déjà avant l'existence du commissariat depuis la première moitié de l'année, l'AFMPS responsable pour tout ce qui est médicaments a suivi les dossiers au niveau de l'EMA en ce qui concerne l'achat et les *advanced purchase agreements* auxquels la Belgique s'est associée, ce qui est une très bonne chose.

Imaginons que chaque pays européen se soit mis en compétition les uns contre les autres! On a déjà une crise pandémique, on n'a pas besoin d'une troisième guerre mondiale! C'était une très bonne chose. Ces dossiers ont été suivis et préparés par l'AFMPS, et ces dossiers ont toujours été bien débriefés à la Conférence interministérielle qui a toujours décidé de chaque achat et de chaque inscription.

Il est évident que l'AFMPS assistait à la Conférence interministérielle parce que, finalement, vous savez que l'organisation de la vaccination est une compétence des entités fédérées depuis les années 1980 et non pas depuis la sixième réforme de l'État. Par conséquent, chaque décision prise au niveau fédéral, qu'il s'agisse de l'achat de vaccin au niveau européen, du stockage des vaccins dans un hub ou de la distribution vers des centres où les vaccinations sont attribuées, doit l'être en collaboration avec les entités fédérées.

Le rôle du commissariat et de la task force vaccination était d'assurer que le *preparedness* des entités fédérées pour l'organisation de leurs centres de vaccination cadraient dans une seule stratégie. Car, normalement, chaque entité devrait pouvoir prendre la décision relative à ses priorités de vaccination.

C'est dans les compétences des entités fédérées c'est leur droit de le faire. Si on l'avait fait, cela aurait drôle. Pour les citoyens du pays, cela aurait été difficile à comprendre. Cette politique, cette stratégie que nous avons présentées de manière publique, (tous nos documents sont bien sûr des *bestuursdocumenten*), cette stratégie, sur la base des avis et des contacts avec le Conseil Supérieur

de la Santé, a été prise en charge par le commissariat. Tous les *updates* qui se font maintenant se font aussi par la coordination du Commissariat. C'est beaucoup de préparations de politiques avant que les décisions ne soient prises en Conférence interministérielle.

Deuxième chose, que je décris en détail dans les réponses à vos questions, (le document reprend tous les détails: nous avons voulu aider les entités fédérées dans la mise en œuvre de leurs centres de vaccination. Auparavant aussi, pour la manière dont on a fait la vaccination dans les MR, on a créé toute une série de *standup operating procedures*. On a fait des *check lists* et organisé des sessions d'infos, des formations, coordonné la communication. Car en ce qui concerne les communications à l'égard de la population, il y avait des synergies entre les entités, des choses qui devaient se faire par le fédéral sur la sécurité des vaccins et d'autres choses qui relevaient davantage des compétences des entités fédérées. On a coordonné le tout. C'est le travail que nous faisons avec nos équipes en étroite collaboration avec les entités fédérées.

On fait aussi un grand travail sur les DATA dont on dispose, sur les *dashboards* pour comparer l'avancement au niveau du pays, mais aussi au sein des entités fédérées. On fait des *dashboards* dynamiques pour soutenir les prises de décision. Vu que nous sommes actuellement dans une phase où les vaccins d'AstraZeneca... En fait, la phase de vaccination en MR est derrière nous. Celle des professionnels de santé devrait être derrière nous. Et nous avons abordé la phase pour les plus de 65 ans.

Et vu le fait que le Conseil Supérieur nous a permis d'attribuer le vaccin d'AstraZeneca aux plus de 55 ans, tant pour les professionnels de la santé que pour les citoyens, et vu que le délai pour la seconde dose de Pfizer pouvait être allongé jusqu'à maximum 35 jours si la situation le permettait, nous avons, sur la base de nos contacts journaliers, mis sur la table la semaine passée, avec le commissariat une série de propositions concrètes que nous avons préparées en task force interfédérale pour adapter le planning et accélérer l'opérationnalisation de ces centres de vaccination.

Sur cette base, la Conférence interministérielle de la semaine dernière a pris une série de décisions relatives aux actions prioritaires qui devaient être exécutées à partir de la deuxième moitié de la semaine passée. L'implémentation de certaines actions est encore en cours. Aussi certains autres points, comme par exemple les processus d'invitation, ont été insérés dans notre paquet

d'améliorations sur lesquelles nous voulons travailler.

Quel est le rôle du commissariat en la matière, comme le dit Dirk Ramaekers qui travaille au sein du commissariat et est le chef de cette task force interfédérale? Plusieurs personnes dans notre équipe travaillent sur la vaccination. Note rôle est de mettre à jour les données et de les confronter avec la situation et de faire des propositions d'amélioration. On les met sur la table. Note rôle est de soumettre celles-ci à l'approbation politique de la CIM. Notre rôle est aussi de coordonner l'implémentation de ces actions.

Mais je serai clair: au final chaque entité fédérée est compétente dans ces domaines, raison pour laquelle (et je l'ai aussi remarqué dans les discussions, la semaine passée) on observe que d'autres accents sont mis, comme pour ce qui concerne l'ouverture du groupe 65+. En Flandre, on a commencé avec les 85+, faisant bien entendu partie du groupe des 65+. À Bruxelles, on a choisi les 75+, en Wallonie, les 65+. Ce sont des choix faits par les entités fédérées en fonction de plusieurs critères: l'opérationnalité de leurs centres de vaccination, la manière dont ils gèrent les invitations qui n'est pas la même. En Flandre, on envoie une lettre avec une date précise. Il y a un système de pré-réservation. L'organisation diffère dans les autres entités fédérées. Il serait donc étrange que le commissaire ne tente pas d'établir une coordination interfédérale.

Je pense qu'en matière de stratégie de vaccination des groupes cibles, nous sommes parvenus à regrouper tout le monde, même s'il y a des variations avec certaines tranches d'âge, mais je peux le comprendre. En fin de compte, c'est le groupe des plus de 65 ans, autrement dit le groupe qui était dans la stratégie de vaccination, qui a été sélectionné pour poursuivre le calendrier vaccinal.

Néanmoins, je pense que dans l'opérationnalité, dans la manière dont nous invitons les citoyens à se faire vacciner, nous devons essayer d'harmoniser autant que possible les techniques de fonctionnement. On constate quelques divergences, et il ne m'appartient pas d'attribuer des bons ou des mauvais points. Mon travail et ma responsabilité consistent à essayer d'avancer avec tous les acteurs concernés, et ce dans un contexte de coordination dynamique, en mettant clairement les choses sur la table, en confrontant tout le monde avec les situations que nous vivons, et ce en collaboration avec les entités fédérées et dans le respect de leurs décisions.

Je trouve qu'il est important que les entités apprennent les unes des autres de ce qui fonctionne et de

ce qui ne fonctionne pas. Selon moi, il s'agit là d'un aspect essentiel, non seulement pour la vaccination mais aussi dans le cadre de chaque élément de la politique de santé. Nous devons donc être conscients du fait que la vaccination est la voie la plus importante pour sortir de cette crise. Il est impératif que tout le monde fasse tout ce qui est nécessaire pour accélérer cette campagne de vaccination.

À cette fin, il y a des mesures plutôt opérationnelles, d'autres plus stratégiques, comme par exemple les discussions que nous avons eues à propos des délais entre première dose et deuxième dose. Il y a également toute une série d'actions relatives à l'adhésion de la population et des groupes. Les professionnels de la santé constatent, en effet, avec des variations, que l'adhésion ou le taux de présentation est parfois très bas, et cette situation est très préoccupante. Il est préoccupant de constater que trop de citoyens ne se présentent pas au centre de vaccination. Comme vous, j'ai entendu que 600 000 vaccins étaient conservés dans les frigos, mais ces informations doivent être nuancées.

Certains vaccins servent aux premières doses, d'autres aux deuxièmes doses, mais même sans cela, il reste une quantité importante de vaccins non réservée. C'est cette discussion qui est actuellement menée entre le commissariat et les entités, de même qu'au sein de la Conférence interministérielle. Je peux vous assurer que nous faisons tout ce que nous pouvons pour avancer avec toutes les entités, et je compte le faire en soutenant tout le monde plutôt qu'en incriminant, car l'incrimination ne livre pas de résultats positifs. Notre principale priorité est de veiller à ce que tout soit fait, et la campagne de vaccination n'a pas encore atteint le rythme requis.

Il y a un objectif, à savoir le ratio entre ce qui a été délivré réellement et les injections, qui doivent d'abord diminuer et ensuite être minimisées. Tel est l'objectif pour toutes les entités et tous les acteurs concernés par la campagne de vaccination.

Plusieurs questions m'ont été posées sur le calendrier des livraisons, mais je ne reviendrai pas sur les incertitudes auxquelles nous sommes tous confrontés. Toutes les informations dont nous disposons sont reprises dans un modèle. Pour chaque firme dont nous avons des données, nous disposons d'un modèle indiquant combien de vaccins nous allons recevoir au cours des semaines à venir. Sur la base de ces informations, la planification est effectuée par les entités fédérées, en collaboration avec nos équipes. Cette planification doit être adaptée en permanence car

chaque vaccin délivré doit être planifié.

La planification doit être combinée à un taux de présentation aussi élevé que possible dans les centres de vaccination. Un taux de présentation de 94 %, par exemple, est une très bonne chose. En revanche, si le taux de présentation d'un centre de vaccination est beaucoup moins élevé, il convient de se demander pourquoi tel est le cas et comment nous pouvons généraliser les bonnes pratiques. Nous disposons de calendriers, mais les estimations restent difficiles à établir.

Par ailleurs, vous savez que la firme Johnson & Johnson, dont le vaccin joue un rôle essentiel dans la stratégie de vaccination, a mentionné qu'il subsistait des incertitudes quant aux livraisons pour le deuxième trimestre.

Ce sont des situations auxquelles chaque pays européen est confronté. Dès lors, même si c'est gênant et difficile, le problème est le même pour tous les pays. Lorsqu'on compare les chiffres dans l'espace européen, il faut neutraliser ce problème de livraison, qui concerne également d'autres pays. Telle n'est donc pas l'explication principale.

Je vais revenir au message-clé et conclure. J'ai essayé de répondre de manière ouverte, diplomatique et correcte à vos questions, et je pense que j'en reviens à ce que je vous ai expliqué au début, à savoir qu'il y a des enseignements à tirer en ce qui concerne la gestion de crise et le secteur des soins de santé.

On m'a demandé ce que nous allions faire *hic et nunc*. Ce que nous faisons pour le moment avec tous les acteurs et administrations concernés, c'est exactement cela. Pour ce qui concerne la vaccination, je ne trouve pas très intéressant de procéder à une évaluation à grande échelle de tout ce qui a fonctionné ou qui n'a pas fonctionné lors de cette campagne de vaccination, afin de faire mieux la prochaine fois. L'anticipation d'une future pandémie doit se faire maintenant.

Tout doit être fait pour améliorer la situation, et je partage la priorité que s'est fixée cette commission à cet égard. Vous avez invité Dirk Ramaekers la semaine prochaine en commission, et il répondra à vos questions, avec sans doute encore davantage d'exactitude quant à la mise en place des actions prioritaires afin d'accélérer la campagne de vaccination.

De **voorzitter**: Mijnheer Facon, ik wil u bedanken. Ik denk dat de meeste van onze commissieleden ook uw hoorzitting in het Vlaams Parlement hebben gevolgd en hebben gemerkt dat u daar heel volledig en heel duidelijk en eerlijk bent

geweest. Ik heb de indruk dat u dat ook hier hebt gedaan. Wat mij betreft, hebt u ook een groot respect getoond voor het Parlement en voor onze commissie.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer Facon, dank u voor alle input, dat wordt zeker geapprecieerd. Ik kom terug op een paar punten.

Inzake het pandemieplan heb ik niet helemaal begrepen wie volgens u moet zorgen voor de actualisering en de training. Met andere woorden, op wiens bureau is dat blijven liggen? Of, als u daar liever niet op die manier op antwoordt, wie moet daar in de toekomst voor zorgen?

In verband met de transparantie van de verslagen hebt u aangegeven dat er op dat vlak wel een en ander verbeterd is in de loop van de tijd. Ik vind zelf dat we daar behoorlijk op hebben moeten aandringen. Er is echt nog wel ruimte voor een actievare, open communicatie. Een probleem op het moment vind ik dat al die verslagen van raden en organen niet op dezelfde plaats terug te vinden zijn. Men moet al redelijk beslagen zijn in de wegen van het internet om alles te kunnen terugvinden. Dat werkt transparantie ook niet in de hand. Een actievare, open communicatie zou echt wel beter zijn.

U geeft zelf aan dat het coronacommissariaat er beter eerder was geweest. Wat is volgens u het geschikte moment om zoiets in te stellen? Valt dat volgens u best samen met de opstart van de federale fase? Hoe ziet u dat?

Dan wil ik nog even iets zeggen over de barometer. We moeten iets hebben om de burgers meer te betrekken bij de stand van zaken, zodat op een visuele, begrijpelijke, toegankelijke manier duidelijk wordt waar we staan en waar we naartoe moeten, om toch meer betrokkenheid te creëren en het gevoel te geven dat ze greep krijgen op de situatie. Dat zou ook aan de motivatie kunnen bijdragen. U hebt het zelf ook over motivatie gehad. Onderbouwde maatregelen kunnen aantonen dat de overheid ook inspanningen levert om te onderzoeken welke maatregelen welke effecten hebben. Dat ontbreekt nog wat op het moment. Soms lijkt het alsof men niet altijd weet welke maatregelen welke effecten juist hebben.

In verband met de testing geeft u aan dat de samenwerking tussen de labo's niet is gereguleerd en dat er geen vertegenwoordiging van de labosector is. Als dat zo is, moet daar effectief wel werk van worden gemaakt.

Anderzijds, heb ik zelf e-mails zien passeren van klinische labo's, waarin zij zelf hun hulp aanbieden.

Die mails werden nooit beantwoord. In die zin denk ik toch wel dat er een probleem op het vlak van communicatie was en dat geeft u ook zelf aan.

U zegt dat klinische biologie een lucratieve bezigheid kan zijn. Dat zal ook wel zo zijn, maar ik denk dat dat een ander probleem is, dat misschien ten gepaste tijde ook moet worden opgelost. Het kan echter geen reden zijn om iedereen over dezelfde kam te scheren en een hele hoop medische en klinische expertise te negeren. Ik denk dat het toch wel zo aanvoelt door de klinische labo's dat de expertise die er aanwezig is, wordt miskend.

U geeft zelf aan dat er financiële drijfveren zijn voor die labo's, maar anderzijds zijn degenen die dat vaak aanhalen, misschien ook wel de mensen die er andere drijfveren in zien, bijvoorbeeld de druk om wetenschappelijke publicaties uit te brengen. Ik denk dat ook dat een factor is die in andere kringen heel erg mee kan spelen en dat het belang daarvan soms wat wordt onderschat.

Nogmaals bedankt voor uw toelichting.

Pedro Facon: Het is natuurlijk correct dat de verslagen en documenten zich op heel wat verschillende plaatsen bevinden. De documenten van het Overlegcomité worden door de Kanselarij gepubliceerd, wij hebben onze eigen webpagina, dan is er nog de FOD Volksgezondheid, waar je op de ene pagina de IMC vindt en op de andere de RMG enzovoort. Dan is er nog het Crisiscentrum. U hebt wellicht gelijk dat het beter zou zijn om dat samen te brengen. We kunnen eens bekijken hoe we dat kunnen aanpakken. De vraag zal dan zijn waar we alles publiceren. Misschien moeten pagina's ook goed naar elkaar worden doorgelinkt. Dat zou al een goede start zijn.

Wat de barometer betreft, haalt u een moeilijk punt aan. Over de mate waarin we de barometer als communicatietool zouden gebruiken, is er veel gedebatteerd. Doordat er veel discussie was over de gebruikte indicatoren en de drempels, zijn we er eigenlijk nooit mee gestart. Ik denk dat u gelijk hebt en dat we de bevolking iets beter tijdens de persconferenties zouden moeten uitleggen hoe we ons verhouden ten opzichte van, bijvoorbeeld, de doelstellingen qua ziekenhuisverzadiging en nieuwe hospitalisaties. Dat doen Steven Van Gucht en Yves Van Laethem ook wel voor een stuk, weliswaar op een informele manier.

Zo zou men de bevolking ook beter moeten kunnen toelichten waarom we bepaalde maatregelen willen aanhouden en de versoepelingen zeer secuur moeten gebeuren. Ik denk dat u ter zake gelijk hebt. Maar in dat verband speelt toch ook de

geregelde politieke discussie over de vraag welke indicator we nu precies in het licht moeten stellen, een grote rol. Overigens heeft dat zich niet enkel bij ons voorgedaan.

Ik denk dat de publicatiedruk van de experts ook wel voor een deel meespeelt. Wij hebben ook vertegenwoordigers van alle universiteiten en alle gemeenschappen en disciplines betrokken. Maar het is juist dat er een bepaalde logica wordt gevolgd in die kringen, die een zekere impact heeft op de wijze waarop zij in het crisisbeheer staan.

Wat de labo's betreft, ben ik niet op de hoogte van niet beantwoorde berichten. De essentie daarvan is dat de dialoog tussen de overheid en de labosector echt anders moet. Die moet veel structureler en ook strategisch op een hoger niveau worden getrokken. Dat zal ook nuttig zijn na de huidige crisis. Het is een belangrijke sector in het gezondheidssysteem. Daar is volgens mij zeker nog verbetering mogelijk.

Ik heb nog niet geantwoord op uw vraag over het pandemieplan. Dat plan werd destijds nog afgeleverd door Piet Vantemsche in zijn toenmalige commissarisfunctie. Het werd vervolgens ook neergelegd bij de FOD Volksgezondheid. Voor mij zit dat in de algemene crisiscoördinatie. Nogmaals, de capaciteit bestaat om de plannen te updaten en te oefenen. In elk geval zou daar meer in moeten worden geïnvesteerd. Maar het up-to-date houden van een dergelijk plan behoort tot de bevoegdheden van de crisiscoördinatie bij de FOD Volksgezondheid. Zoals ik gezegd heb, moet dat wat mij betreft gebeuren in een zeer nauwe interactie met het nationaal Crisiscentrum. Daarin ligt voor de mij de prioriteit voor de toekomst.

Ik zeg één en ander open en wil er ook duidelijk over zijn. Dat is geen kritiek op de collega's die die diensten leiden.

Het gaat onder andere over de dienst PHE en het crisismanagement, waarvan u ook vertegenwoordigers hebt gezien. Het zijn zeer gemotiveerde mensen, maar om de graad van paraatheid te versterken, zal de capaciteit op dat vlak inderdaad moeten worden opgedreven. Ik laat ook noteren dat de vorige regering al middelen heeft vrijgemaakt om een aantal capaciteiten bij de FOD Volksgezondheid, bij Sciensano, het FAGG en het RIZIV te kunnen versterken. Dat is volgens mij ook een belangrijk element om mee te nemen.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt voor uw zeer uitgebreide betoog, mijnheer Facon. Ik wil even ingaan op de problemen met de documenten. Het is inderdaad problematisch dat ze zo verspreid zijn, maar ook dat ze niet up-to-date zijn. Het recentste

proces-verbaal van een Interministeriële Conferentie (IMC) dateert van 28 januari. Het laatste advies van de GEMS is zelfs niet online te vinden, althans niet in een officiële versie. Ook voor ons parlementaire controlewerk zou het een goede zaak zijn als we niet zo zouden moeten zoeken naar de juiste documenten. Daardoor stellen we nu soms vragen over zaken die we anders al in de documenten hadden kunnen vinden.

U stelde heel duidelijk dat de beslissingen van het Overlegcomité geen vodje papier zijn en dat ze overal moeten worden toegepast. Daarin volg ik u bij de aanpak van een pandemie, al contrasteert dat volgens mij enigszins met het feit dat de IMC de beslissing neemt om 65-, 75- en 85-plussers te vaccineren. Dat is toch een boodschap die ik wil overbrengen. We kunnen het zeker beter doen dan hoe het er vandaag aan toegaat. Ik voel dat als arts op het terrein zeer goed. Als 's avonds in het nieuws komt dat er overal andere leeftijden gelden, dan kan ik u verzekeren dat een huisarts de volgende dag een massa telefoontjes krijgt. De bevolking begrijpt zoiets niet, waardoor het draagvlak voor de vaccinatiecampagne verkleint.

In het secundair onderwijs zouden de leerlingen in april – en sinds kort is er zelfs sprake van eind maart – opnieuw voltijds naar school kunnen. Daarvoor zou dan eerst een strategie van speeksel- of antigeentests op punt moeten staan. Kunt u dat bevestigen? Staat die strategie al op punt?

In verband met de uitbesteding van bepaalde expertise, die u wel aan consultants zou willen toevertrouwen, had u het over vaccineren. Dat deed mij de wenkbrauwen fronsen. Is vaccinatie dan geen kerntaak van de overheid? Wij moeten ook elk jaar de griepvaccins toedienen. We weten dat we dat niet goed genoeg doen. Ik vind uw antwoord dan ook vreemd. Kunt u dat duiden?

Mijn laatste vraag gaat over de strategische stock, waarvan ik heb begrepen dat die totaal niet tot uw bevoegdheid behoorde toen u op de FOD Volksgezondheid bent beginnen werken. Heb ik het dan ook goed begrepen dat de hernieuwing van die stock van 100 miljoen mondmaskers – wat toch een belangrijk budget vraagt – iets is dat niet is besproken op het directiecomité en dat het ook normaal is dat het er niet is besproken? Ik wil dit gewoon kunnen begrijpen.

U hebt nog een andere vraag niet beantwoord. Toen u op het kabinet van voormalig minister van Volksgezondheid De Block werkte, is het eerste deel van die stock in 2015 vernietigd. Was u toen op de ene of andere manier betrokken bij de beslissing om die stock al dan niet te vernieuwen

en wat er met de rest van de stock zou gebeuren?

Pedro Facon: Wat het up-to-date houden van de documenten betreft, zullen we het secretariaat van de IMC informeren. Wat de GEMS betreft, hebt u online het laatste advies gevonden dat de beslissingen heeft onderbouwd. De beslissingen die vorige week vrijdag zijn genomen, het GEMS-advies waarop ze gebaseerd zijn en die ook aan de basis liggen van de beleidsvoorbereidende werkzaamheden van het commissariaat naar het OCC, zijn dus wel gepubliceerd. Dat kunt u op [infocoronavirus.be](https://www.infocoronavirus.be) terugvinden. Het is wel een aandachtspunt om dat voortdurend up-to-date te houden.

Wat het OCC betreft, ik herinner eraan dat het OCC beslissingen neemt in consensus met de premier, de federale regering en de ministers-presidenten van de deelstaten. Het lijkt mij dan ook logisch dat wat in dat OCC, waarin al een hele reeks evenwichten gevonden zijn, wordt beslist qua notificaties, inderdaad door alle entiteiten wordt toegepast. Hetzelfde geldt voor de beslissingen die worden genomen in een Interministeriële Conferentie.

Ik laat noteren dat het Overlegcomité in de bijzondere wet op de instellingen is ingeschreven. De IMC's hebben eigenlijk geen informele basis, maar worden gecreëerd en samengesteld door het Overlegcomité. De IMC's moeten ook rapporteren aan het Overlegcomité. Dat wil ook zeggen dat beslissingen die door het OCC worden genomen boven de beslissingen van de IMC staan. Dat is een belangrijk punt.

U verwees naar de leeftijdsverschillen, ook wat de volgende fase in de vaccinatiestrategie betreft. Men kan discussiëren over de bandbreedte of de manoeuvreerruimte van die entiteiten om bijvoorbeeld binnen de groep van de 65-plussers accenten te leggen.

Ik denk wel dat we daar enige ruimte moeten laten. Ik deel wel uw bekommernis. Niet dat ik eenheidsworst wil, of dat ik wil dat iedereen aan hetzelfde tempo marcheert met dezelfde slag van armen en benen, maar het moet uitlegbaar en begrijpbaar zijn voor de bevolking. Die test moet wel gebeuren vooraleer men bepaalde verschillen begint toe te passen.

Wat de testing in scholen betreft, het project rond speekselstalen dat Herman Goossens wetenschappelijk omkadert en vanuit de taskforce trekt, loopt nu volop. De eerste reacties die ik daarover krijg, zijn al positief. Het moet inderdaad de ambitie zijn om met de sector van het onderwijs te kijken hoe het repetitief testen een plaats kan krijgen.

Rekening houdend met de versoepelingsstrategie en het belang daarvan is er een zekere kalender die we in gedachten moeten houden en die ons streefdoel moet zijn.

Wat de consultants betreft, in het bijzonder op het vlak van vaccinatie, zal ik een aantal voorbeelden geven. Natuurlijk is vaccinatie een kerntaak van de overheid, maar dat wil niet zeggen dat de overheid binnen het totale proces alles zelf moet doen. Heel concreet doet het FAGG bijvoorbeeld een beroep op een bedrijf, Medista, om de opslag van vaccins en de verdeling naar vaccinatiecentra te organiseren. Dat moet de overheid zelf niet doen, wat mij betreft.

Een ander voorbeeld is de opzet van de vaccinatiecentra. Dat zijn tijdelijke figuren waaruit we hopelijk ook een aantal lessen zullen trekken over hoe we ze in de toekomst snel kunnen operationaliseren wanneer het nodig is. Hetzelfde geldt voor de triage- en de staalafnamecentra. Dat zijn nieuwe figuren die tijdens deze crisis ontwikkeld zijn. Ook voor de vaccinatiecentra is het wel duidelijk gebleken dat de opzet van dergelijke centra en de hele organisatie ervan nauw aanleunt bij eventmanagement. Ik maak ook een verwijzing naar het fameuze testcentrum in Antwerpen dat ook vaccinatiestraten omvat.

Het is natuurlijk wel nuttig om een beroep te kunnen doen op de expertise van eventorganisatoren, die ook vlot kunnen werken met reservatiesystemen en crowdmanagement-systemen.

Wat wij dus nooit moeten uitbesteden, is het vaccinatiebeleid. Wat wij nooit moeten uitbesteden, is de toediening van vaccinaties, die wij toevertrouwen aan de gezondheidsprofessionals. Dat is ook een soort uitbesteding. Zij worden immers gefinancierd door de overheid, maar zijn geen ambtenaren. Dat moeten wij nooit uitbesteden.

Voor specifieke expertise die te maken heeft met logistiek, eventbeheer, invitatie- en reservatiesystemen, kunnen wij wel teren of een beroep doen op de expertise in de privésector. Dat is mijn overtuiging. U hoeft het er niet mee eens te zijn. Zo beleef ik dat echter.

Het is in die context dat ik ook spreek over publieke privépartnerschappen, die evenwel altijd publiek aangestuurd moeten blijven. Laat ons daarover duidelijk zijn.

Wat een vaccinatiecentrum moet zijn, wat het moet doen en wat de productiviteit ervan moet zijn, zijn regels die de overheid moet bepalen. Het beleid

wordt bepaald door de overheid. Bepaalde uitvoeringselementen kunnen echter makkelijker gebeuren door partners buiten de overheid.

Ik kom nu bij het dossier van de hernieuwing van de strategische stock.

Wat komt er van budgettaire dossiers op het directiecomité van een ministerie? Ik heb tot op heden enkel van een directiecomité van de FOD Volksgezondheid deel uitgemaakt.

De jaarlijkse opmaak van het budget komt op de agenda van een directiecomité van de FOD, waarbij er per basisallocatie een bespreking is, ook over de manier waarop intern binnen de organisatie solidariteit kan worden verzekerd tussen diensten, alsook over de manier waarop budgetten kunnen worden herschikt. Hetzelfde geldt voor het personeelsplan.

Individuele dossiers komen niet op het directiecomité. De directoraten-generaal – in alle andere FOD's is dat ook het geval – of de diensten van de voorzitter functioneren binnen de hen toegekende middelen. Het is enkel maar wanneer de dossiers bijvoorbeeld de inzet van équipes van verschillende entiteiten vereisen of wanneer partners van meerdere entiteiten erbij betrokken zijn, dat de dossiers op een directiecomité komen. Dat is een belangrijk element.

Tot slot, toen ik kabinetschef van de beleidscel was, heb ik het dossier van de strategische stock inderdaad niet gevolgd. Dat viel niet onder mijn bevoegdheid.

De voorzitter: Blijkbaar heb ik een aantal mensen die het woord vroegen, over het hoofd gezien: eerst mevrouw Farih, dan de heer De Maegd en ten slotte mevrouw Fonck. Dan is iedereen aan bod gekomen.

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer Facon, ik wil even een rechtzetting doen. Ik vroeg daarnet niet naar de RMG-verslagen, maar naar de verslagen van alle andere overlegorganen die er zijn, waarvan wij hebben gezien dat zij niet rechtstreeks aan de kabinetten werden geleverd. Het gaat dus niet over de RMG-verslagen, maar eerder over de verslagen van de GEES enzovoort. Daar verwees ik naar, want u zei dat de regionale ministers natuurlijk mee aanwezig zijn in de RMG. Ofwel heb ik mijzelf daarover verkeerd geformuleerd, ofwel werd ik verkeerd verstaan.

U hebt een heel duidelijke visie over de zesde staatshervorming, over de bevoegdheidsverdeling en de verantwoordelijkheden daarbij. Ik vind dat boeiend om te volgen, maar vraag mij het volgende

af. In de eerste fase heeft de federale regering toch heel wat acties opgezet richting de regio's. Er is bijvoorbeeld een omzendbrief gestuurd naar de regio's over medisch materiaal, minister De Backer is daarnaast gestart met een platform voor contactopsporing en virusbestrijding, wat dan werkstromen drie en vier waren.

Hoe komt het dat die inspanningen zijn gebeurd op federaal niveau, als dat toch een bevoegdheid van de regio's was? Ik kan mij immers inbeelden dat de regio's, wegens de acties van de federale regering, een iets meer afwachtende houding hebben aangenomen. Er werden op federaal niveau wel wat investeringen gedaan, de regio's hadden een omzendbrief gekregen waarin stond dat het medisch materiaal zou worden geleverd. Ik snap dus wel dat u zegt dat het vandaag heel helder is voor u, maar was dat toen ook even helder voor de entiteiten? Was het toen even helder als vandaag?

In de juridische nota van de Kamerdiensten staat immers dat het toch niet zo helder blijkt te zijn. Sinds de zesde staatshervorming is pandemiebestrijding immers een verantwoordelijkheid van de federale regering. Wat daar precies onder valt, is niet letterlijk geformuleerd – dat is dus wel een vraagteken –, maar ik vraag mij af of u destijds ook de zekerheid had die u vandaag hebt.

Pedro Facon: De documenten van de GEES werden wellicht binnen de federale regering besproken maar ik weet niet op welke manier ze verder verspreid zijn. Daar kan ik dus niet op antwoorden. Uw verduidelijking geeft echter aan dat het wel degelijk over die documenten gaat. Het klopt dat die documenten niet allemaal publiek toegankelijk waren. De GEES heeft op een bepaald moment zelf aangedrongen om ze publiek te maken, omdat het natuurlijk wel ging om de basis voor de besluitvorming en het mediatieke debat.

Wat de coördinerende bevoegdheid betreft, bestaat in het wetgevend kader onduidelijkheid over wat de coördinerende rol is. In de praktijk zagen we dan ook dat het federale niveau voor sommige thema's een sterke coördinerende rol heeft opgenomen. Men heeft dat kunnen doen onder een aantal condities want dat hangt bijvoorbeeld soms af van mensen of van keuzes die op een bepaald moment gemaakt zijn en op andere momenten niet.

Ik treed u wel bij als u zegt dat het feit dat het niet altijd duidelijk was wat tot de coördinerende bevoegdheid van de federale staat behoorde voor sommige deeleniteiten tot een meer afwachtende houding zou hebben kunnen leiden. Dat is mogelijk en sommigen zeggen dat ook. Dat toont des te

sterker aan dat uitgeklaard moet worden wat nu precies binnen die coördinerende bevoegdheid valt. Wie a zegt moet b zeggen, als het effectief zo is dat de federale overheid voor alle thema's de pen moet vasthouden.

Coördineren betekent in feite dat men vergaderingen organiseert, nota's opstelt, alle opmerkingen integreert en dat alles vervolgens naar de besluitvorming brengt. Na de besluitvorming gaat men dan verder met de operationalisering. De vraag rijst dan of de federale administraties wel de capaciteit hebben om dat allemaal te doen. Dat blijft weleens onderbelicht.

In het Vlaams Parlement heb ik meegegeven dat de federale overheid in feite bevoegd is voor 2 zaken. Ze moet ten eerste voor haar eigen bevoegdheden doen wat ook de deelstaten voor hun eigen bevoegdheden doen. Ze moet bovendien ook alles coördineren wat op een bepaald moment entiteitoverschrijdend wordt. Dat is niet zo eenvoudig.

De entiteiten onderling zijn het immers ook niet altijd eens over hoever het federale niveau moet helpen of tussenbeide komen in de thema's. Dat is een realiteit en we kunnen daarvan veel voorbeelden geven. Het is een heel intense opdracht om niet alleen de eigen bevoegdheden, maar ook de interfederale coördinatie te verzorgen.

Nog los van de crisiscoördinatie geldt dat ook voor het gezondheidsbeleid. Ik ben daarop in het Vlaams Parlement dieper ingegaan, maar het DG Gezondheidszorg neemt het secretariaat waar van de Interministeriële Conferentie. Dat is niet alleen maar een proces-verbaal opstellen. Wij maken nota's, wij stroomlijnen de standpunten van de deelstaten en wij coördineren vervolgens de opvolging van de implementatie van al die beslissingen.

Binnen die Interministeriële Conferentie bestaan er ongeveer 10 permanente IKW's, waarvan sommige wekelijks samenkomen, rond bijvoorbeeld GGZ, de ziekenhuizen, het dringend vervoer en preventie. Het zijn ambtenaren van het DG Gezondheidszorg die naast hun eigen bevoegdheden ook de coördinatie van al die IKW's op zich nemen.

Ik heb eens berekend wat dat allemaal betekende op het vlak van inzet van mijn equipes. Van de effectieven van het DG Gezondheidszorg wordt 20 % louter in interfederale coördinatie geïnvesteerd. Als ik dus verwijz naar de energie, de tijd en de kosten van de huidige staatsstructuur, dan verwijz ik ook voor een stuk naar die rol die de administratie moet opnemen.

Als men morgen beslist dat de federale coördinerende rol in geval van een crisis veel groter moet zijn, dan moet men ook zeggen op welke manier men de middelen daarvoor voorziet. We hebben op een bepaald moment gesproken over de mogelijkheid om in geval van een crisis mensen uit diensten te kunnen halen en hen in een equipe samen te brengen, maar dan zullen we toch ook mensen vanuit de deelstaten moeten kunnen detacheren om in die equipes te werken, althans zolang we in een federale staat leven zoals die vandaag is georganiseerd.

De **voorzitter**: Ik kijk nog even naar mevrouw Farih. Volstaat dit antwoord voor u? (Ja)

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, je remercie M. Facon pour ses explications très instructives.

Par rapport à la vaccination, monsieur Facon, quelque chose me paraît être contradictoire ou alors j'ai mal compris. Selon vos dires, si chaque entité, selon ses droits, avait décidé de définir des critères propres pour la vaccination cela aurait été difficile à comprendre pour les citoyens. Mais en réalité, c'est déjà le cas! Vous l'avez même dit vous-même. Dans certaines Régions, on vaccine les 65+, dans d'autres, on en est aux 75+. À Bruxelles, je le rappelle, ma mère, qui a 77 ans, n'a pas encore reçu la moindre convocation pour être vaccinée.

En Flandre, il y a un système de pré-réservation. Donc, en réalité, c'est déjà le cas pour nos citoyens. En termes de recommandations de notre commission, que préconiseriez-vous? Aujourd'hui, on voit que cette politique de différenciation, finalement, pointe les errances sur certaines Régions qui manifestement avancent moins que d'autres. Quelles sont vos recommandations en la matière?

Pedro Facon: Il y a en effet, des différences mais disons que cela pourrait être pire. Au moins ce qui était clair, c'était la stratégie de vaccination dans les phases en commençant avec les MR, ensuite avec les professionnels de santé et les institutions de soins, ensuite avec les 65+; ensuite, avec une décision pour pouvoir vacciner prioritairement les personnes ayant une comorbidité, ensuite le personnel de quelques services essentiels (les interventionnistes, les policiers), finalement le grand public.

Si la Flandre disait qu'elle allait d'abord vacciner en MR et que la Wallonie disait qu'elle allait privilégier la police et Bruxelles, l'enseignement, cela aurait été, pour moi, intolérable. Ce que l'on observe

actuellement, c'est que le cadre stratégique est assez clair. Tout le monde aborde plus ou moins au même moment les grandes phases, les procédures sont les mêmes: on utilise partout les mêmes vaccins pour les mêmes groupes cibles ce qui sera plus facile pour le vaccin d'AstraZeneca avec ce que l'on sait à son sujet aujourd'hui. Je partage avec vous le fait qu'il y a certainement de l'espace pour plus de cohérence encore.

Je pense que, dans le cadre actuel de la répartition des compétences, nous avons fait ce que nous pouvions. Donc, si vous voulez vraiment que cela soit complètement la même chose, il n'y aurait pas autre chose que de complètement re-fédéraliser la politique de prévention et de la vaccination parce que c'est seulement comme cela que l'on pourra imposer une politique uniforme sur tout le territoire.

Mais même à ce moment-là, parlant des différences entre les entités, même au sein de ces entités, c'est la même chose avec les dépenses en soins de santé. Il y a des différences. Par exemple en Flandre, il y a des différences entre certains centres de vaccination qui utilisent la réservation en ligne et d'autres qui n'y ont pas recours. Il y a des différences quant au nombre de personnes qui se présentent. Parfois des éléments varient. On ne doit pas avoir l'illusion que nous pouvons tout uniformiser, mais je suis d'accord pour dire que c'est difficile quand on voit que l'avancement et certaines prises de décision varient un peu.

Je sais, c'est toujours de bonne foi, mais certaines entités avaient plus de problèmes que d'autres pour avoir les invités dans leurs centres. C'est la raison pour laquelle ils ont invité d'autres citoyens pour se faire vacciner. En soi, je préfère qu'une personne soit vaccinée plutôt qu'une situation où l'on ne vaccinerait pas parce qu'il faut suivre une certaine stratégie: tant que l'on n'a pas vacciné tous les professionnels, il serait défendu de vacciner qui que ce soit d'autre? Non! S'il y a des problèmes, il y a des solutions très pragmatiques pour inviter certains groupes à se faire vacciner directement.

Mais il faut rester attentif au fait qu'actuellement, nous sommes dans une phase d'accélération. Il y a quelques variations entre les centres ainsi qu'entre les entités et que des divergences commencent à se voir. La population a des difficultés à le comprendre.

C'est ce que le commissariat essaye de faire, mais je ne vais jamais, et je ne peux pas le faire, forcer une entité pour faire exactement ce que nous avons décidé. Ce n'est ni notre rôle ni notre compétence. Et telle n'est pas la répartition actuelle des compétences dans notre pays!

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Facon, je vous remercie pour vos réponses. Il reste des zones de questions et de réponses qui sont plus ombrées. Cela doit tenir en partie du fait d'une volonté de diplomatie ou de langage diplomatique.

Je ne vous relancerai pas avec d'autres questions, car je pense que vous ne répondrez pas.

J'aimerais, néanmoins, apporter certains éléments pour le rapport. Car, quand vous avez cité la question de la répartition des compétences, notamment la manière d'interpréter du Conseil d'État, je n'ai pas vérifié si votre citation était correcte et je vous ai fait confiance. Par contre, je peux vous dire que votre citation est partielle. Mon devoir pour le rapport est d'avoir une citation complète. Que dit très exactement le développement de la proposition spéciale de loi sur la sixième réforme de l'État? "L'autorité fédérale reste également compétente pour les mesures prophylactiques nationales. En outre, l'autorité fédérale reste compétente pour la politique de crise dans l'éventualité où une pandémie nécessiterait des mesures urgentes."

Il me semble important de rappeler ce passage, car clairement c'était la volonté affirmée du législateur spécial et, en l'occurrence, l'interprétation de cette compétence résiduelle par le fédéral n'est pas à balayer d'un revers de la main, bien au contraire! Je regrette, mais il n'est jamais trop tard, qu'on ne se soit pas suffisamment saisi de cette volonté affirmée du législateur spécial dans la gestion de la crise depuis un an, parce que ce que vous qualifié de manière très diplomatique de "navette" (j'appelle cela le syndrome de ping pong) nous a fait perdre du temps dans des moments cruciaux sur des enjeux majeurs. Cette perte de temps et de rapidité dans les décisions nous a coûté. Je suis désolée de le dire, mais cela nous a coûté.

Nous devons retenir et en tirer les leçons. Là où je suis avec vous, c'est que nous devons sortir du *statu quo* actuel parce qu'il nous mine et en cette période de crise, il nous mine d'autant plus avec des conséquences encore plus dramatiques.

Quels sont les éléments pouvant nous réunir? Les enjeux des soins transmuraux avec une organisation beaucoup plus transmurale et des soins plus intégrés. Ce sont des éléments positifs. J'ose espérer que vous serez de ceux qui ont envie de construire un dispositif de sécurité sanitaire même si, vous ne l'avez pas évoqué, c'est un enjeu majeur. C'est quelque chose qu'on n'a pas fait et que l'on aurait dû faire, mais plutôt que de reconstruire sur la passé, on va essayer de nous projeter vers l'avenir.

Je ne reviendrai pas sur les zones d'ombre, là où la balle a été rejetée vers d'autres interlocuteurs qui eux-mêmes la rejettent sur d'autres. Bref.

Sur les lenteurs et les ratés des dépistages et de la vaccination, j'entends bien ce que vous avez dit. Je pense que nous avons perdu énormément de temps. J'entends qu'il y aurait des propositions qui sont sur le point d'arriver. On reste toujours dans le scénario de tests antigéniques rapides, on ne parle toujours pas d'autotest. Il est vrai que la sensibilité d'un autotest type test de grossesse n'est pas totale. Mais nous n'avons pas besoin, me semble-t-il, d'une sensibilité à 100 % pour ce type de test. On n'est pas dans la stratégie de faire un diagnostic covid chez un patient symptomatique. Pour celui-là, effectivement, la sensibilité du test doit être à 100 % ou très proche. On est dans une stratégie de dépistage massive et essentiellement de dépistage de probabilités de contamination.

Cette stratégie est pour moi complémentaire. Les deux branches sont importantes, mais elles ne doivent pas être approchées de la même manière avec le même type de test. Il est vrai que l'on a une capacité théorique aujourd'hui importante, mais on n'a pas une capacité théorique qui nous permettrait, eu égard à cette capacité PCR, d'élaborer une véritable stratégie massive de dépistage des potentiels contaminants permettant alors l'organisation d'une série d'activités, y compris pour notre jeunesse. Nous devons oser être plus créatifs et avoir des systèmes imparfaits en terme de sensibilité, mais qui peuvent sur la masse apporter des bénéfices au plus grand nombre, y compris dans la stratégie de déconfinement.

Sur la vaccination, j'ai envie de vous dire que, pour le volet de la stratégie de santé publique, on a perdu du temps. Il n'est pas normal que l'OMS ait validé une approche d'un nombre de semaines plus important entre deux doses du vaccin Pfizer, qu'il y a eu, semaine après semaine, des publications qui ne portent, pas comme une étude de phase clinique III, sur 40 mille personnes dont 20 mille avaient reçu le vaccin Pfizer et qui portent au fur et à mesure sur des centaines de millions de vaccins. On est dans une situation particulière de crise où chaque jour et chaque dose comptent.

Notre responsabilité sur le plan politique n'est pas de rester braqués sur une étude dans laquelle 20 mille personnes ont reçu le vaccin, mais de s'adapter (c'est aussi ça *evidence based*) à l'évolution scientifique, d'en tenir compte et de pouvoir, en fonction, décliner la stratégie scientifique de santé publique de vaccination. Ça m'a rendu malade durant toutes ces semaines,

d'autant plus qu'on a justifié le stock qui se remplissait dès le début de façon inadaptée sur la base de cette histoire de deuxième dose. On a perdu du temps. On doit avancer là-dessus, mais il faut aussi pouvoir le faire en fonction de la stratégie scientifique et en fonction des dernières données de la littérature. Je n'irai pas plus loin, mais c'est un vrai débat que vous devez tenir à ce sujet, si je peux me permettre. J'ai un tout petit rôle, mais je me permets quand même d'insister en la matière.

Sur l'organisation, ne nous obstinons pas avec une organisation qui a des failles! En Wallonie ainsi qu'à Bruxelles, il y a plein de gens qui veulent se faire vacciner, qui piétinent d'impatience. Ces centres restent vides avec trop de rendez-vous, et il n'y a personne. On ré-invite des gens qui ont déjà été vaccinés. Il n'y a pas de croisement, alors qu'il n'en faudrait même pas. Dans les convocations, on ne tient pas compte des données de vaccinnets. On va quoi? On va re-convoquer tous les gens qui ont été vaccinés en MR tout simplement sur la détermination de l'âge. C'est un non-sens. Je ne peux même pas imaginer que, depuis des mois, on ait travaillé un système d'invitation pareil.

On peut très bien basculer dans un système on l'on définit la tranche d'âge en tout cas pour les 65+. On permet aux gens de prendre des rendez-vous sans ce système de code avec 16 chiffres et 16 lettres, enfin je ne sais pas, monsieur Facon, si vous avez vu avec le QR code...!

Keep it simple! N'y aurait-il pas moyen de faire en sorte que les choses restent simples et efficaces? Là aussi, appliquons des bonnes pratiques et prenons exemple sur d'autres pays, où les choses sont plus simples et fonctionnent mieux. Internet et le téléphone peuvent être utilisés pour les rendez-vous et, pour les moins de 65 ans, on peut davantage miser sur les médecins traitants et les médecins spécialistes. Je me suis déjà beaucoup battue pour les patients dialysés, mais il y a de nombreux autres secteurs au sein des hôpitaux dans lesquels des patients se rendent chaque semaine pour y suivre un traitement dans le cadre de maladies chroniques.

L'adhésion de la population n'est pas parfaite mais, selon moi, elle est déjà, a priori, très élevée. Une organisation foireuse résultera en une perte d'une partie de l'adhésion de la population. Avançons avec tous ceux qui veulent massivement se faire vacciner, indépendamment des différentes tranches d'âge!

Le fait que nous observions des différences entre les Régions est regrettable et doit nous inciter à maintenir une stratégie de santé publique qui soit

cohérente. Nous savons que les risques d'hospitalisation sont liés principalement à l'âge, et le basculement se fait peut-être à 65 ans, mais il se fait d'abord et surtout au-delà de 80 ans. Ce groupe cible là doit être priorisé et nous devons avoir des objectifs en matière de vaccination.

Si je peux me permettre, en toute modestie, une petite suggestion: au niveau des entités fédérées, la réalité est que l'efficacité n'est pas au rendez-vous, mais nous devons pouvoir préciser des objectifs à atteindre. Lorsqu'on consulte l'ECDC sur la différence de taux de vaccination entre les plus de 80 ans et les tranches d'âge inférieures, on ne peut pas admettre en Belgique un tel différentiel de couverture de 25 %, alors que dans certains États membres de l'Union européenne, plus de 90 % des personnes de plus de 80 ans sont désormais vaccinées. Un tel constat n'est pas acceptable, au-delà de l'objectif global que vous avez évoqué, avec D1, D2 et D1 seul au niveau des doses.

On ne peut donc pas parler d'accélération lorsque, dans la pratique, on n'accélère pas. Je vous avoue que cela me rend malade. Je suis prête à apporter mon aide là où je peux le faire, mais il y a vraiment moyen, en matière de stratégie et d'organisation, de faire beaucoup mieux que ce que l'on fait. Si, à un moment donné, les entités fédérées veulent rester maître à bord de leur stratégie, il faut, au niveau fédéral, fixer des objectifs à atteindre chaque semaine.

Vous refusez de communiquer le calendrier de livraison théorique, et personne ne veut d'ailleurs le communiquer, on dirait un secret d'État. De mon côté, j'ai effectué un petit calcul et je pense ne pas être loin de la vérité. Dites-moi si je me trompe. J'ai calculé qu'au mois d'avril, nous allons recevoir en Belgique deux millions de doses. Je nous donne alors à tous rendez-vous, car il ne s'agira pas de dire que nous disposons d'un stock de 600 000 doses alors que nous en aurons un million voire un million et demi. Ce serait inacceptable.

Nous devons avoir la force et être organisés pour administrer autant de doses qu'on en reçoit. À l'instar d'autres pays, je plaide pour que chaque dose livrée soit une dose administrée. Je suis d'accord qu'on conserve une marge de sécurité de quelques jours, mais pas une marge telle que celle que nous voyons pour le moment. Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on fasse appel au secteur privé, du moment qu'on garde le cap sur la stratégie de santé publique et que l'administration se fait par les soignants.

Je peux vous dire que nombreux sont ceux qui proposent leur aide. Je ne comprends pas que

nous n'ayons pas, ces deux dernières semaines, organisé des séances de rattrapage le week-end ou en soirée. Cela relève-t-il de la compétence du commissariat corona? Cela aurait permis à de nombreux citoyens de venir se faire vacciner. On ne peut pas continuer, chaque jour qui passe, à regarder ces personnes qui veulent se faire vacciner et à voir ces centres vides à certaines heures de la journée, alors que nous disposons des doses nécessaires.

Je vous le dis comme je le pense, mais la vaccination ne sera une réussite que grâce à l'organisation, la logistique et l'opérationnel. Je veux bien apporter toute l'aide qui me sera éventuellement demandée, mais il faut impérativement avancer. Il s'agit vraiment d'un enjeu, et chaque jour compte.

Pedro Facon: Je partage la plupart de vos suggestions, mais j'aimerais vous faire part de quelques réactions.

Je n'ai peut-être pas évoqué les autotests, mais je vais être clair à ce sujet dans le document que nous mettrons sur la table la semaine prochaine. L'objectif est bien entendu de pouvoir utiliser le test antigénique comme autotest.

Cela va donc impliquer des adaptations réglementaires ainsi que quelques autres éléments. Je ne sais pas si cela vous rassure mais, quoi qu'il en soit, nous partageons l'idée selon laquelle le temps est venu de prendre des dispositions à cet effet.

En ce qui concerne l'évidence scientifique, nous travaillons via le Conseil Supérieur de la Santé. Des discussions sont menées à ce sujet, mais je ne vais pas commencer à déroger aux indications du Conseil Supérieur de la Santé. En effet, pour obtenir la confiance de la population, nous devons prendre des décisions et les mettre en œuvre en veillant à ce qu'elles s'inscrivent suffisamment dans le cadre scientifique. Je pense que, de manière générale - je connais assez bien les chiffres de confiance -, la population a davantage confiance envers les experts qu'envers les politiciens ou les fonctionnaires publics. Soyons donc prudents si nous commençons à trop déroger aux indications du Conseil Supérieur de la Santé!

S'agissant de l'organisation, vous avez également évoqué le rôle des médecins généralistes, et je sais qu'il s'agit d'un point important pour vous. Je pense bien évidemment qu'à un moment donné, les médecins généralistes pourront jouer un rôle dans le cas de groupes difficiles à atteindre. En termes logistiques, néanmoins, les cabinets des médecins généralistes ne sont pas convaincus qu'il s'agit du bon modèle d'organisation car ils ont

besoin de davantage d'échelle. On peut donc longuement discuter à ce sujet, mais il s'agit de la vision et de la stratégie actuelles.

Pour ce qui est de l'adhésion, je partage l'idée que l'organisation a également une incidence sur l'adhésion. Nous sommes tous les deux parfaitement d'accord sur ce point. La campagne doit se dérouler aussi efficacement que possible, à défaut de quoi elle porte atteinte à la confiance de la population.

En fin de compte, j'ai l'impression que vous dites qu'il faut vacciner tous ceux qui se présentent. À ce sujet, j'aimerais ajouter quelques éléments. Comme vous l'avez indiqué, ce sont les plus de 65 ans - voire 75 ans - qui sont les plus vulnérables, suivis des autres groupes qui présentent des comorbidités, mais c'est principalement ce groupe qui a souffert de la mortalité et de graves morbidités.

Comparé à d'autres pays, nous enregistrons de moins bons résultats, même si tous les résidents de nos maisons de repos sont vaccinés. Cette situation est due au fait que nous avons accordé la priorité au personnel des soins de santé, comme de nombreux autres pays l'ont fait également. Certains disent que nous aurions dû nous focaliser uniquement sur les personnes âgées.

Je rappelle quand même que tant le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) disaient qu'en termes de résilience du système de soins de santé, il était important de vacciner également les professionnels de la santé. Cette méthode, appliquée avant que les plus de 65 ans ne soient invités à venir se faire vacciner, a eu une incidence très claire sur les graphiques et sur ce que nous avons fait pour les personnes plus âgées.

Vous dites qu'il faut vacciner toutes les personnes qui se présentent dans les centres, mais j'hésiterais à le faire car il faut avant tout mettre les vaccins à la disposition des personnes âgées. Je veux vraiment que la campagne se déroule bien et que nous commençons par les plus de 65 ans, suivis des personnes de plus de 45 ans qui présentent des comorbidités. Même si nous avons fait cela, il sera difficile d'atteindre le taux de 70 % si cela continue comme cela. Il faut donc vraiment améliorer les choses mais, si nous avons déjà vacciné les personnes âgées et les personnes de plus de 45 ans qui présentent des comorbidités, je pense qu'il s'agit de la bonne stratégie.

Je vous ai peut-être mal comprise, mais j'ai l'impression que vous dites qu'il faut inviter tout le

monde à venir se faire vacciner en même temps. Je pense que le phasage a du sens. Cela doit aller vite, et les vaccins réservés sont mis à disposition dans les centres. Lorsqu'on constate que trop de gens ne se présentent pas, nous devons adapter le processus d'invitation et de réservation. C'est tout simple! C'est cet aspect-là qui doit être réglé mais, pour le reste, je partage bon nombre des idées que vous avez exposées.

Le président: La semaine prochaine, nous aurons pour invité, Dirk Ramaekers, et pourrons certainement discuter de ces sujets avec lui.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur Facon, je vous remercie. Je voulais juste préciser qu'on vient de solliciter l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur les doses et la publication, alors qu'on aurait pu le faire plus tôt.

Deuxièmement, des pays ont combiné un pourcentage de vaccination élevé à la fois chez les personnes de plus de 80 ans et chez les soignants, ce qui prouve qu'il est tout à fait possible de combiner les deux.

L'objectif n'est pas de disposer de volontaires tout-venant en matière de vaccination mais bien de définir les cibles, autrement dit les âges et les comorbidités, pour ensuite dire aux citoyens concernés que ceux qui désirent se faire vacciner peuvent venir se présenter après avoir pris rendez-vous. En fait, il s'agit d'inverser ce que nous faisons aujourd'hui en matière de réservations.

Dominiek Snelpe (VB): Collega's hebben ondertussen al mijn vragen gesteld en ik heb de antwoorden daarop min of meer gekregen. Ik heb wel nog enkele opmerkingen.

De institutionele poespas komt hier elke commissie wel even ter sprake. Ik ben verheugd dat iedereen het ermee eens is dat er inderdaad een hervorming moet komen. Mijnheer Facon, dat geldt niet echt voor u, maar ik wil de collega's oproepen tot een democratisch debat, eens het zover is.

Mijnheer Facon, op mijn vraag over China zei u dat de maatregelen genomen werden door democratische instanties, uiteraard. Dat wil echter niet zeggen dat ze ook echt democratisch waren. U zegt dat er toch andere maatregelen genomen zijn. De lockdown is er toch ook geweest. We hebben misschien wel niet hele steden afgesloten, maar we hebben niet-essentiële verplaatsingen ook verboden. De drones kwamen ook bijna in zicht rond Kerstmis. Misschien moet u die vraag meenemen om als de pandemie voorbij is, wat hopelijk zo snel mogelijk is, vanop afstand te kijken of het wel goed gedaan is en of we niet te veel zijn

meegegaan met de strategie van China. Als we de situatie vanop afstand kunnen bekijken, zou het interessant zijn om dat mee te nemen.

Uw antwoord op het gebruik van de sneltesten en zelftesten begrijp ik niet helemaal. Deze werden verboden. U zei dat u nergens de meerwaarde had gevonden om die testen te implementeren in onze teststrategie. Kan u dat nog even uitleggen? De hele wereld zegt dat er zoveel mogelijk getest moet worden. De WHO gaf ook dat advies. Heel in het begin was er een tekort aan PCR-testen. Dan zegt u dat die sneltesten, antigeentesten of zelftesten geen meerwaarde zouden zijn geweest. Kan u daar nog wat uitleg over geven?

Pedro Facon: De maatregelen die we hebben genomen, vormen op zich een belangrijk debat. Daarin zitten de effectiviteit van maatregelen en hoe een pandemie aangepakt moet worden, terwijl die zeer lang begint te duren, waardoor ook de negatieve effecten van die maatregelen allerlei andere sectoren van de maatschappij, op economisch vlak, maar ook het welzijn van de bevolking beginnen aan te tasten. Dat is een legitieme vraag.

Was er echter een alternatief? Als wij, zoals sommigen voorstellen, het virus laten woekeren – u noemt dat de Chinese strategie, maar het is eigenlijk ook de strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie of van veel virologen en epidemiologen – dan zou nog los van de ellende in de bevolking heel ons gezondheidzorgsysteem echt gecollabeerd, ingestort zijn. De lockdown-maatregelen, zeker die van de eerste golf, die nog een stuk strenger waren dan die van de tweede golf, maar die van de tweede golf duren langer, zijn noodzakelijk geweest, precies om de oversaturatie van het gezondheidzorgsysteem te verhinderen. Ik vind weliswaar dat ook de zin en onzin van bepaalde maatregelen geëvalueerd moet worden. Ook de vragen of het Parlement erover moet beslissen wat al dan niet wordt toegestaan en of die beslissingen in een wet moeten worden gegoten, dan wel of dat via een ministerieel besluit kan, zijn legitiem, maar eerder politiek van aard. De maatregelpakketten die wij hebben gebruikt, waren wel evidencebased, op basis van de *evidence* die we hadden. Veel daarvan is *work in progress*. Ik denk wel dat u erin gelijk hebt dat wij, eens er wat afstand is, dat moeten evalueren, ook wetende dat het allemaal zo lang heeft geduurd.

In verband met de sneltesten is er volgens mij soms veel verwarring. De antigeensneltests die wij in november en december in de strategie hebben ingezet en waarvoor wij ook aankopen hebben gedaan, werden afgenomen door gezondheidsprofessionals of bevoegd personeel. Dat was en is

nog altijd redelijk strikt geregeld. Die antigeensneltests hebben wij toen in onder meer de huisartsenkabinetten ingezet. Ook hebben we bekeken of ze misschien in het bedrijfsleven en het onderwijs konden worden benut. Ik meen niet dat ik daarover zei dat ze geen toegevoegde waarde hadden, wel dat ze niet van de grond zijn gekomen. Ik stel vast dat er niet veel enthousiasme rond is opgedoken, noch in het bedrijfsleven, noch in andere maatschappelijke sectoren, noch in de huisartsenkabinetten.

Als er nu wordt gesproken over de versterking van de inzet van de antigeensneltests, dan is dat op twee niveaus. Ten eerste, wij denken dat wij het bedrijfsleven en sectoren zoals de horeca of de cultuursector wel kunnen overtuigen. Of de sneltests zelf aangekocht moeten worden, dan wel of de overheid ze ter beschikking stelt, behoort tot een nog te voeren debat op basis van onze nota.

Wij menen dat er binnen de sectoren een zeker enthousiasme voor kan zijn als wij dat een beetje dereguleren, en daarmee bedoel ik: wie mag de testen afnemen, want nu moet dat door een gezondheidsprofessional gebeuren, en als wij ook de registratielasten een beetje aanpassen, want nu moet men elke afgenomen test registreren, zowel de positieve als de negatieve. Dat ontmoedigt de sectoren toch die testen te gebruiken. Het is ook niet zomaar toegestaan ze op de markt te kopen op dit moment. Wij willen het enthousiasme bespoedigen.

Een tweede kwestie is dat tot nu antigeentesten ook enkel door gezondheidsprofessionals afgenomen mogen worden. Wij stellen voor dat men toestaat dat zij bijvoorbeeld in de apotheek mogen worden verkocht. In sommige landen worden zij zelfs in supermarkten verkocht, maar ik vind dat een farmaceutisch advies toch nuttig is en dat de rol van de apotheker als zorgverstrekker in deze mooi gevaloriseerd kan worden. Maar dat is een debat dat wij moeten voeren.

Als wij toelaten dat mensen die antigeentesten zelf aankopen, en eventueel thuis afnemen, na een beetje uitleg of aan de hand van een duidelijke *leaflet* die beschrijft hoe men dat moet doen, zoals in sommige landen het geval is, kunnen die antigeensneltests als zelftesten worden gebruikt. Dan kunnen de mensen die testen bij zichzelf beginnen afnemen. Daar zit echter ook een technologisch debat achter. U had deze vraag eigenlijk aan Herman Goossens moeten stellen. Die kan daar nog veel eloquenter over vertellen.

Als wij toelaten dat men sneltesten bij zichzelf afneemt, zijn er verschillende technologieën. Er

zijn keelwissers, neuswissers, maar ook nasopharyngeale wissers. Als men die laatste door zijn strot geramd krijgt, is dat iets minder aangenaam, en om dat bij zichzelf te doen, is allicht nogal moeilijk. Binnen de antigeentesten bestaan er dus nogal wat varianten. Als wij aan zelftesting willen doen, zal dat wel moeten gebeuren met een technologie die makkelijk bruikbaar is voor de mensen, een technologie die ze ook correct kunnen toepassen.

Ik deel de mening van mevrouw Fonck dat de betrouwbaarheid van wat op de markt komt voldoende gereguleerd is. Daar wordt op toegezien door het FAGG. Maar wij willen natuurlijk dat de mensen die testen correct toepassen. Als men dat niet goed doet, zal zo'n test ook niet het juiste resultaat geven. Tot nu toe werden de antigeentesten niet ingezet als sneltesten, maar wij zouden dat wel kunnen doen. Dat is eigenlijk de kwestie die nu op tafel ligt.

De voorzitter: Dank u, mijnheer Facon. Ik zie dat niemand nog het woord vraagt.

Dan wil ik heel graag iedereen bedanken en in het bijzonder u, mijnheer Facon. U hebt heel open en uitgebreid geantwoord. Ik ben er zeker van dat we aan deze hoorzitting veel zullen hebben.

Ik sluit mij ook aan bij de dankwoorden aan uw team. U hebt dat zelf gedaan. Sommige collega's hebben dat ook gedaan, maar ik wil in naam van alle leden uw team bedanken voor wat zij elke dag doen.

U hebt trouwens iemand van deze commissie afgesnoept, maar het is u van harte gegund. Doe mevrouw Lams de groeten van ons allemaal. Ik wens u het allerbeste.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.43 uur.

La réunion publique de commission est levée à 19 h 43.