

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

du

MARDI 15 JUIN 2021

Après-midi

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

van

DINSDAG 15 JUNI 2021

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.03 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 03 et présidée par M. Robby De Caluwé.

**Les hospitalisations et la mortalité liées au Covid-19: audition du Dr. Sophie Quoilin et du Dr. Koen Blot, Sciensano.**

**De COVID-19 gerelateerde ziekenhuisopnames en mortaliteit: hoorzitting met Dr. Sophie Quoilin en Dr. Koen Blot, Sciensano.**

De **voorzitter**: Welkom op deze extra vergadering van de Bijzondere Covidcommissie. Wij houden vandaag een eerder technische sessie met de heer Blot en mevrouw Quoilin van Sciensano over onder andere de mortaliteitscijfers.

Een aantal mensen heeft mij laten weten dat zij de opnamen achteraf zullen herbekijken, omdat er op dit moment ook andere commissies aan de gang zijn. U ziet wie aanwezig is via Zoom. In de zaal zijn aanwezig: mevrouw Merckx, mevrouw Gijbels, mevrouw Depoorter, en ikzelf.

Ik stel voor dat wij onmiddellijk van start gaan en dat de mensen van Sciensano hun presentatie toelichten.

**Koen Blot**: Mijnheer de voorzitter, ik zal mijzelf eerst voorstellen, alvorens met de Powerpoint-presentatie te beginnen.

Mijn naam is Koen Blot.

Ik ben arts-specialist in inwendige ziekten, wat betekent dat ik klinische ervaring heb met het behandelen van patiënten in het ziekenhuis met multiple onderliggende aandoeningen en van patiënten met infectieziekten. Ik heb ook ervaring met het behandelen van patiënten op Intensieve

Zorg. Ik heb ook nog een doctoraat afgehandeld over de epidemiologie en de preventie van ziekenhuisverworven infecties hier in België.

Ik heb de eerste golf in de ziekenhuizen meegemaakt. Vanaf oktober 2020 ben ik begonnen bij Sciensano met als rol de coördinatie van de surveillance en het onderzoek van gehospitaliseerde covidpatiënten.

Er is enkele weken geleden een vraag gekomen om informatie te geven aan de commissie over de toestand in de ziekenhuizen, namelijk het aantal hospitalisaties, de bezetting van de bedden op de ICU's, de ligduur in ziekenhuizen en de overlijdenscijfers. Op die vraag werd ingegaan. De informatie is te vinden op ons dashboard en ook in een aantal rapporten, die online toegankelijk zijn.

Nadien kwam een bijkomende vraag, om die gegevens ook nog per ziekenhuis weer te geven.

Ik ben hier om uit te leggen waarom dat moeilijk kan, wat de structuur is van onze surveillance-systemen en hoe die systemen zijn gemaakt om de epidemie te volgen, maar ook dat er heel wat beperkingen zijn om vergelijkingen tussen ziekenhuizen toe te laten.

Dat gaan wij doen aan de hand van een SWOT-analyse, om onze sterktes, zwaktes, bedreigingen en opportuniteiten te analyseren, voornamelijk bij de publieke weergave van cijfers per ziekenhuis.

Ik zal dus beginnen met een inleiding en met het uitleggen van de doelstellingen van onze systemen voor surveillance in het ziekenhuis. Ik zal de beperkingen aanduiden en uitleggen waarom wij op dat vlak ziekenhuizen niet met elkaar kunnen vergelijken. Ik zal ook de mogelijke bedreigingen toelichten die er zijn om een en ander publiek weer te geven, met als voorbeeld de sterftecijfers per

ziekenhuis. Ik zal afronden met een aantal opportuniteiten voor de richting waarin wij zouden moeten werken om lessen te trekken uit de crisis, met vergelijkingen van ziekenhuizen.

De conclusie is dat er, in de toestand waarin wij ons nu bevinden, een grote en nadeligere impact is op het crisisbeheer en ook de volksgezondheid in het algemeen bij het weergeven van bijvoorbeeld sterftcijfers per ziekenhuis, omdat die heel moeilijk met elkaar te vergelijken zijn, wat leidt tot foute conclusies en ook tot een aangepaste rapportage, waardoor wij het zicht verliezen op hetgeen echt aan het gebeuren is in de crisissituatie.

Wij hebben onze zogenaamde *surge capacity surveillance*. Die documenteert het aantal dagelijkse ziekenhuisopnames. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen mensen die opgenomen worden vanwege een covidinfectie en mensen die in het ziekenhuis liggen en positief testen in het kader van screening. Daarnaast wordt ook het dagelijkse aantal ziekenhuisoverlijdens gedocumenteerd. Dat is wettelijk verplicht voor alle ziekenhuizen in België, dat zijn er ongeveer 100. Er is echter geen informatie over het profiel van mensen, er is geen individuele patiënteninformatie ter beschikking. Een voorbeeld van hoe dit wordt weergegeven is de evolutie van week tot week. Er zijn wekelijkse rapporten en ook dagelijkse rapporten.

Deze *surveillance* is er gekomen in opdracht van de federale overheidsdienst. De doelstelling is om de beschikbare middelen te beschrijven over de tijd heen. Hoe vol zitten de ziekenhuizen? Hoeveel mensen liggen aan ventilatie? Hoeveel mensen hebben ECMO nodig? Is er voldoende capaciteit? Dat wordt allemaal routinematig bekeken door het Hospital & Transport Surge Capacity Committee.

Het aantal dagelijkse opnames is een *key indicator* om de epidemie te volgen over de tijd heen, de *trends over time*. De registratie van de overlijdens wordt gebruikt als indicator voor de ernst bij de mensen die opgenomen werden, om die trend te volgen over de tijd heen.

De vraag rijst dan of men ziekenhuizen kan vergelijken. Dat is niet gemakkelijk. Wij gebruiken het aantal hospitalisaties om de epidemiologie te volgen over de tijd heen, maar er zijn beperkingen. Men weet immers per dag hoeveel mensen worden opgenomen, maar weet niet hoe oud zij zijn. Is de patiënt 80 of 50? Dat is bepalend voor de kans op overlijden.

Hetzelfde geldt voor geslacht - mannen lopen

immers een hoger risico -, onderliggende aandoeningen, immuungecompromitteerde mensen. Aldus heeft men geen zicht, van ziekenhuis tot ziekenhuis, op welke patiënt opgenomen was en op zijn risico op overlijden. Dat maakt het moeilijk om het ene ziekenhuis met het andere te vergelijken.

Er is ook geen correctie voor de opnamecriteria voor ziekenhuizen. Zo zal bijvoorbeeld een ziekenhuis dat globaal meer gezonde mensen opneemt, dus mensen die niet zwaar ziek zijn, die niet moeten worden geventileerd of op intensieve zorg moeten liggen, die misschien zelfs niet hoefden te worden opgenomen en die eigenlijk een beetje te snel werden opgenomen, een lager sterftcijfer hebben, terwijl het misschien niet adequaat omgaat met de beschikbare capaciteit en te snel mensen opneemt. Een ziekenhuis met een kleine intensieve zorg zal minder zwaar zieke mensen kunnen opnemen en zal die moeten uittransfereren. Op die basis is het te begrijpen dat ze een lager sterftcijfer hebben.

Aldus botst men op heel wat interpretatiemoeilijkheden om sterftcijfers per ziekenhuis te kunnen vergelijken. Dat zijn multiple concrete verschillen die we kunnen benoemen en waarvoor we moeilijk kunnen corrigeren: aantal woon-zorgcentra patiënten, patiëntentransfers, universitair of algemeen ziekenhuis, opnamecriteria, kleine of grote intensieve zorgdienst, een kinderziekenhuis met een algemeen ziekenhuis of een algemeen ziekenhuis met een geriatrisch ziekenhuis, socio-economische en demografische factoren - wie woont er in de buurt van het ziekenhuis, van regio tot regio, van buurt tot buurt, zijn ze goed af qua opleiding of financiële toestand. Dat alles bepaalt ook het risico op overlijden.

Ik geef een aantal voorbeelden. Wat maakt een ziekenhuis goed of slecht op het vlak van sterftcijfers? Het slechte ziekenhuis heeft misschien heel veel woon-zorgcentra patiënten opgenomen omdat er daarvan heel veel in de buurt aanwezig waren, terwijl er dat in het goede ziekenhuis misschien heel weinig waren. Een slecht ziekenhuis kan z gezegd slecht zijn omdat het alleen maar patiëntentransfers ontvangt die kritiek ziek zijn, terwijl een goed ziekenhuis dan z gezegd goed zal zijn omdat het alleen maar patiëntentransfers ontvangt die al in een goede algemene toestand verkeren. Dat is geen eerlijke vergelijking.

Een slecht ziekenhuis zou bijvoorbeeld een universitair ziekenhuis kunnen zijn met een ziekere patiëntenpopulatie. Daar vinden meer orgaantransplantaties plaats. Ze hebben misschien

andere soorten chemotherapieprotocollen of andere vormen van immuunonderdrukte patiënten-profielen. Dat houdt een hoger sterfterisico in ten opzichte van een algemeen ziekenhuis, zonder complexe onderliggende ziekten, dat misschien ook sneller patiënten met complexe ziekten zal uittransfereren naar een ander ziekenhuis.

Als een ziekenhuis zich bevindt in de buurt van een heel hoog aantal covidgevallen en de ziekenhuis-capaciteit overstroomt en verzadigt, waardoor er minder personeel is voor het aantal gehospitaliseerde patiënten, dan leidt dat tot een afname van de kwaliteit van de zorg, waardoor hun cijfer slechter zal zijn. Een patiënt die niet in zo'n situatie zit, krijgt echter een betere zorgkwaliteit en dat ziekenhuis zal betere sterftcijfers vertonen. Een heel selectief ziekenhuis dat overstroomd wordt door patiëntenopnames kan kiezen om enkel de ziekste patiënten op te nemen en de gezondere personen voorlopig niet op te nemen, enkel de mensen die zuurstof nodig hebben. Dat ziekenhuis zal ook slechtere cijfers hebben.

Een ziekenhuis met een hoge IZ-capaciteit zal meer kritiek zieken opnemen, wat een impact zal hebben en zich vertalen naar een hoger sterftcijfer. Een ander, kleiner ziekenhuis zal zijn zwaar zieke patiënten echter misschien sneller uittransfereren naar een ander ziekenhuis. Een kinderziekenhuis kan ook niet vergeleken worden met een geriatriesch ziekenhuis. Een ziekenhuis waarbij de populatie rondom hen slecht gesteld is, niet goed af is, heeft ook een hoger risico op overlijden dat we niet kunnen meten.

Dit zijn dus een heel aantal concrete voorbeelden om uit te leggen waarom ziekenhuizen op basis van deze ruwe cijfers van het aantal opnames en het aantal doden heel moeilijk vergeleken kunnen worden. De gegevens rond socio-economische toestand en dergelijke worden ook niet verzameld omdat dat ook niet objectief was voor deze situatie, namelijk het opvolgen van de epidemie.

Dat was de doelstelling van de surveillance, niet instellingen te vergelijken, want de factoren die wij opgesomd hebben, zijn onmisbaar om correcte vergelijkingen te maken.

Wat zou er gebeuren, mochten wij de data publiek weergeven? Het eerste wat de mensen zullen doen, wanneer men die opsplijt per ziekenhuis, is die vergelijken met de ruwe cijfers. Dat kunnen wij veronderstellen. Er zal een ranking van ziekenhuizen volgen. De ziekenhuizen aan de top hebben de laagste sterftcijfers en de slechtste ziekenhuizen hebben de hoogste overlijdenscijfers.

Welke impact zou dat hebben op de ziekenhuizen, en als gevolg daarvan op het crisisbeheer en op het vlak van de volksgezondheid? Wij zullen beargumenteren waarom die cijfers, zo ruw gegeven, het crisisgedrag en de volksgezondheid in het gedrang kunnen brengen op vier vlakken.

Ten eerste, het ondermijnt hoe wij de epidemie kunnen opvolgen. Daardoor zal het, ten tweede, de wetenschappelijke evaluatie van de crisis en de volksgezondheid in de bredere context ondermijnen. Ten derde kan het ook een impact hebben op het werkveld en de kwaliteit van de patiëntenzorg. Ten vierde riskeren wij door hospitalisatiecijfers per ziekenhuis vrij te geven ook een inbreuk op de privacy van de mensen.

Waarom zou het de epidemie en het opvolgen ervan kunnen beïnvloeden? Ik heb gezegd dat een keyindicator het aantal ziekenhuisopnames en het sterftcijfer bieden.

Stel dat er een publieke ranking komt, en een ziekenhuis zegt dat het qua cijfers tussen de slechte staat. Ze zullen een zekere incentive hebben om anders te beginnen rapporteren, als ze weten dat de cijfers worden gebruikt voor onderlinge vergelijkingen.

Ik geef een aantal voorbeelden van hoe dat kan gebeuren. Men kan artificieel de mortaliteitscijfers verlagen door meer patiënten als een covidinfectie te bestempelen. Bij een nieuwe opname wordt een onderscheid gemaakt tussen een covidinfectie en iemand die geïdentificeerd wordt in het kader van systematische screening. Dat is flou. Covid is een heterogene ziekte waarbij er geen wit-zwartbeeld is tussen infectie en asymptomatisch. Het gaat daar over een spectrum. Het kan zijn dat die subjectiviteit een rol zal spelen om iemand sneller als een covidinfectie te bestempelen gezien de context van vergelijkingen van mortaliteitscijfers, terwijl die anders misschien asymptomatisch of met weinig ziekteverschijnselen zou worden bestempeld.

Zo heb je gezegd meer opnames en een lager sterftcijfer. Omgekeerd, een patiënt die met covid is opgenomen in het ziekenhuis en overleden, wordt misschien niet bestempeld als een covidslachtoffer. Hij was immers al twee tot drie weken in het ziekenhuis, was op de afdeling intensieve zorg beland en had in het ziekenhuis een complicatie opgelopen. Er wordt dan van uitgegaan dat de patiënt eigenlijk aan die infectie is gestorven en niet aan covid. Het is opnieuw heterogeen, het is niet zwart-wit, maar grijs. Zo zou iemand kunnen worden bestempeld als covidslachtoffer, omdat dat de reden is waarom hij in het ziekenhuis was opgenomen versus iemand die

eigenlijk overleden is door een ziekenhuisinfectie. Het is niet eenvoudig.

Wanneer we dat aanmoedigen, zullen ziekenhuizen anders rapporteren. Dan weten we uit wetenschappelijk oogpunt niet of de verandering in aantal ziekenhuisopnames of in ziekenhuisterfte een gevolg is van de reële evolutie van de epidemie of van aangepaste rapportering. Dat heeft uiteraard een heel belangrijke impact op de wetenschappelijke evaluatie van de crisis en van volksgezondheid. We weten immers niet meer wat de reële situatie in de ziekenhuizen is. Als de cijfers anders gerapporteerd worden, gaat dat in tegen onze verantwoordelijkheid om wetenschappelijk de cijfers correct te rapporteren, inclusief met essentiële contextuele informatie.

Het kan ook leiden tot een verlies van vertrouwen bij de bevolking. Als onze strengere controlemaatregelen bovendien afhankelijk zijn van foutieve ziekenhuiscijfers, kan dat ook een ongewenste impact hebben op het welzijn ingeval men nieuwe, strikte maatregelen toepast, op het psychosociale vlak, op het vlak van onderwijs en een economische impact.

Bovendien kan dat ook leiden tot een breuk in de vertrouwensrelatie tussen de ziekenhuizen en Sciensano. Het gevolg is een aangepaste rapportering van publieke gezondheidsinformatie of *non reporting*, als het niet verplicht is om informatie te rapporteren. Dat geldt niet alleen voor covid en het betreffende voorbeeld, maar ook voor niet-covidaspecten, want we vertrouwen op ziekenhuizen voor heel wat *surveyance* data. Als het dus de norm wordt om zomaar ruwweg alle cijfers van ziekenhuizen weer te geven, zonder de correcte context, zullen ziekenhuizen minder geneigd zijn om gegevens te delen. Daardoor verlies je opnieuw je zicht op de reële situatie op het vlak van covid, maar ook op niet-covidaspecten. Dat kan ook ongewenste effecten hebben op de openbare gezondheid in het algemeen.

Samengevat riskeert men foutieve conclusies te trekken op basis van data die de reële situatie niet nabootsen. Dit ondermijnt crisisbeheer actueel en ook de wetenschappelijke evaluatie van Volksgezondheid in de bredere context buiten covid.

Ik heb het gehad over het wetenschappelijk aspect. Wat met patiënten, mensen die covid hebben opgelopen, de ziekenhuizen zelf? Stel nu, er komt een ranking en men zegt van een ziekenhuis dat het een topziekenhuis is, op basis van cijfers die dat niet bewijzen, dan kan het zijn dat de ziekenhuizen die het best scoren, worden

overstroomd op het vlak van hun spoedgevallen-dienst, de hospitaalbedden, de capaciteit en intensieve zorg. Als er iets is wat we weten op basis van de analyse van onze gegevens in België, dan is het – we hebben dit gezien – dat de oververzadiging, de overstrooming van ziekenhuizen, een averechtse impact heeft op covid-patiënten en leidt tot oversterfte. Dat zijn analyses die wij gedaan hebben, die wij gepubliceerd hebben en die aantonen dat het een reële impact heeft op Volksgezondheid. Bovendien is dit een analyse op covid, want dat zijn de gegevens die we verzameld hebben. Maar wat de reële impact is geweest op non-covidzorg, dat weet men eigenlijk niet. We moeten het ook buiten de context van alleen covid beschouwen, dat kan een impact hebben op non-covidzorg in ziekenhuizen. Veelal wanneer patiënten naar een ander ziekenhuis gaan, riskeren ze ook zonder hun medisch dossier te gaan of zonder de continuïteit van een arts die hun ziekte kent in onderliggende aandoeningen, wat ook de kwaliteit van de zorg ondermijnt.

In het geval van een ranking kunnen ziekenhuizen misschien ook wat meer selectief zijn, een patiënt niet opnemen, maar vooral meer gezonde mensen opnemen die minder zwaar ziek zijn. De mensen die dan heel zwaar ziek zijn, kunnen dan worden weggetransfereerd naar andere ziekenhuizen, om te vermijden dat het hun score nadelig kan beïnvloeden. Dit allemaal riskeert ook solidariteit tussen provincies te ondermijnen, vooral in het geval ook van toekomstige crisissituaties, nieuwe golven die riskeren om de capaciteit van ziekenhuizen te overstromen, wat opnieuw een impact heeft. Als laatste kan dit ook een impact hebben op de motivatie van de zorgverleners en dit negatief beïnvloeden. Als men zijn best heeft gedaan en men komt in een rankingsysteem terecht, kan dat ook een psychosociale impact op die mensen hebben. Samengevat, het kan een nadelige impact hebben op patiëntenzorg in ziekenhuizen.

Tot slot kan het ook een impact hebben op de privacy van de patiënten. Als men de cijfers van het aantal opnames in de ziekenhuizen vrijgeeft, kan dat aanleiding geven tot de identificatie van patiënten, in het algemeen maar vooral in periodes waarin de hospitalisatiecijfers bijzonder laag zijn. Dat maakt het mogelijk om ziekenhuizen te contacteren om te vragen wie een bepaalde persoon is, wat eigenlijk fundamenteel ingaat tegen de wet op de privacy. We moeten ook beseffen dat deze crisis ertoe heeft geleid dat meer en meer data publiek toegankelijk werden in de vorm van open data. Het gaat dan niet alleen om hospitalisatiecijfers, maar ook om cases en testing, per gemeente enzovoort. Hierdoor verhoogt de kans dat men patiëntenidentificatie faciliteert door

het koppelen van de verschillende datasets die via open data beschikbaar zijn. Dat leidt tot de mogelijkheid om patiënten te identificeren en heeft een impact op de privacywetgeving. Dat waren de bedreigingen.

We moeten echter met een positieve noot kunnen eindigen en we bekijken dus ook de opportuniteiten. We hebben een crisis doorgemaakt en we moeten nagaan hoe we daaruit kunnen leren. Eén aspect daarvan kan ziekenhuizen vergelijken zijn maar dat moet dan in de juiste context gebeuren. Cijfers per ziekenhuis publiek maken zonder die context geeft misleidende informatie. Ziekenhuizen zullen immers anders rapporteren op het vlak van aantal opnames of andere criteria voor covidsterfte gebruiken, waardoor de cijfers de reële crisissituatie niet meer zullen weergeven. Men weet dan niet wat er gebeurt.

De crisis is nog niet voorbij en als die data anders gerapporteerd worden, heeft dat een belangrijke impact op de evaluatie van de crisis, onze wetenschappelijke evaluatie van wat er gebeurt, om er lessen uit te trekken en de volksgezondheid te verbeteren. Dat geldt niet alleen voor covid, maar ook voor toekomstige crisissituaties. Als het immers de norm wordt om zo te handelen, om data zomaar zonder context vrij te geven, dan riskeren we onszelf in de voet te schieten, als we de situatie correct willen interpreteren in toekomstige crisissituaties.

Wat zijn mogelijke oplossingen? In de toekomst moeten wij streven naar een geïntegreerd dataregistratiesysteem. De wereld wordt meer en meer elektronisch en wij moeten zorgen voor een rechtstreekse link van een geautomatiseerde dataflow van de ziekenhuizen naar de overheid in realtime, ook om te voorkomen dat de cijfers achteraf worden aangepast. Daar zijn wij momenteel nog niet, maar daar moeten wij naartoe werken.

Een analyse van de huidige data per ziekenhuis zou interessant zijn in het kader van een verbetering van de kwaliteit en de organisatie van ons zorgsysteem in de huidige crisis en voor toekomstige crisissituaties, maar dat zou het best gebeuren door bijvoorbeeld het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in samenwerking met Sciensano. Wij kunnen dan bekijken welke informatie wij hebben en wat wij kunnen vergelijken. Als er informatie ontbreekt over de factoren die onmisbaar zijn om ziekenhuizen te vergelijken, zoals data over de sociaal-economische toestand, de verschillende profielen van ziekenhuizen en hun aanpak van de crisis, dan kunnen wij die gegevens verzamelen

door middel van aanvullende ziekenhuisaudits en -surveys. De evaluatie kan dus gebeuren door ziekenhuizen in een correcte context te vergelijken en daar lessen uit te trekken om de kwaliteit en de organisatie van ons zorgsysteem te verbeteren voor de huidige crisis en voor toekomstige gezondheids crisissen.

**Le président:** Madame Quoilin, allez-vous également intervenir?

**Sophie Quoilin:** Monsieur le président, non, je ne vais pas ajouter d'éléments. Je pense que le Dr. Blot a été très exhaustif. Je vous remercie.

**De voorzitter:** Dan geef ik het woord aan mevrouw Gijbels.

**Frieda Gijbels (N-VA):** Dokter Blot, dank u. Dit is tegen alle afspraken in. Men had ons gezegd dat de ziekenhuiscijfers hier zouden worden gepresenteerd. We hadden begrepen dat daar duiding bij nodig was. We hadden begrepen dat er eerst achter gesloten deuren zou worden gecommuniceerd. We hadden ook begrepen dat het aan ons was om te beslissen of dit achter gesloten deuren moest gebeuren of niet.

Sciensano heeft aangedrongen om daar duiding bij te geven, wat wij zeker begrijpen. Daarom zitten wij hier. Daarom is de commissie vandaag samengeroepen.

Dokter Blot, ik begrijp dat u niet hebt beslist om de cijfers niet vrij te geven, maar ik wil graag horen wie dat wel heeft beslist. Van wie hebt u de opdracht gekregen om de cijfers hier niet te presenteren? Kunnen we deze persoon naar deze commissie oproepen? Ik wil ook graag weten waarom dat niet kan.

Dit is toch wel ernstig. Ik zal u uitleggen waarom het belangrijk is om die cijfers te kennen. We zijn een bijzondere commissie. Wij moeten aanbevelingen maken. Wij moeten lessen trekken uit wat in deze crisis is gebeurd. Wij hebben in de bijzondere commissie ook afgesproken dat wij toegang zouden hebben tot alle documenten. Dat blijkt dus niet het geval te zijn.

Het is belangrijk om te weten hoe het er in de ziekenhuizen aan toe is gegaan, omdat er verschillen zijn. Dat geeft u zelf ook aan. Wij moeten daar een zicht op hebben. Hoe kunnen wij anders aanbevelingen schrijven? Hoe kunnen wij er anders voor zorgen dat we lessen trekken? Hoe kunnen wij er anders voor zorgen dat we het de volgende keer beter doen?

Het is ons er niet om te doen om met de vinger te

wijzen naar bepaalde ziekenhuizen, want u spreekt zelf over goede ziekenhuizen en slechte ziekenhuizen, maar daar gaat het ons niet om.

Als wij die cijfers van in het begin van de crisis duidelijk en transparant hadden gekregen, dan hadden andere ziekenhuizen nog lessen kunnen trekken uit wat er in bepaalde ziekenhuizen is gebeurd, hoe er betere resultaten konden worden geboekt doordat bepaalde behandelingen betere resultaten gaven dan andere.

Ik vind het echt onbegrijpelijk dat wij die cijfers, na zo lang aandringen, na zo lang erom vragen, nu nog altijd niet krijgen, terwijl het ons wel beloofd was.

U zegt dat het te moeilijk is om de cijfers te interpreteren. Dat zal inderdaad niet gemakkelijk zijn, maar dat is de taak van ons, van Sciensano, om die cijfers te duiden en in de juiste context te plaatsen.

Ik vind dat echt een onderschatting en belediging van de burgers en het Parlement. Die cijfers zijn ook niet alleen belangrijk omdat er lessen uit kunnen worden getrokken, die cijfers zijn ook belangrijk omdat er bepaalde forfaits en vergoedingen op gebaseerd zijn, met betrekking tot bijvoorbeeld de ligduur. Het Parlement moet dat toch kunnen controleren? Wij moeten daar toch zicht op hebben? Ik sta echt perplex, moet ik eerlijk zeggen.

U geeft ook aan in uw presentatie dat de impact op het crisisbeheer en de volksgezondheid van het vrijgeven van deze cijfers niet opweegt tegen het belang van de openbaarheid van de gegevens. Het is toch niet u die daarover oordeelt? De Commissie voor Toegang tot Bestuursdocumenten heeft daarover reeds geoordeeld. Die heeft gezegd dat de door Sciensano aangehaalde argumenten geen steek houden, dat die cijfers moeten worden vrijgegeven.

Uiteraard vragen wij geen individuele patiënteninfo. Uiteraard niet. Uiteraard gaat het over geanonimiseerde gegevens.

Wij zijn niet de enigen die dit belangrijk vinden. Ook verschillende artsen hebben het belang ervan aangegeven. Ook het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek vindt het heel belangrijk dat er in een crisis als deze absolute transparantie is. U geeft zelf aan dat er ziekenhuizen zijn die meer hospitaliseren dan nodig is. Dat moeten wij wel weten. Dat is net belangrijk.

Ik begrijp het niet goed. Ik vind het vrij hallucinant en ook beledigend. Mijnheer de voorzitter, wij

moeten ernstig overwegen om te evolueren naar een onderzoekscommissie, want als het op deze manier verder moet, zullen wij onvoldoende informatie hebben om lessen te trekken en om de juiste aanbevelingen te schrijven.

Mijn belangrijkste vraag, dokter Blot, is wie u heeft opgedragen om dit hier op deze manier te komen vertellen.

De **voorzitter**: Collega's, ik stel voor dat wij eerst de vragen doen en dat nadien gegroepeerd antwoorden zullen worden gegeven. Ik heb namelijk de indruk dat een aantal zaken nog wel zullen terugkomen.

**Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de voorzitter, ik wil aansluiten bij wat mijn collega zonet heeft gezegd.

Dokter Blot, het is Sciensano dat op vandaag de beslissing uitvoert om ons de gegevens niet mee te delen. Dit is een heel ernstig feit. Eigenlijk overheersen er bij mij twee gevoelens. In eerste instantie is dat plaatsvervangende schaamte. U bent allemaal wetenschappers. U houdt van de wetenschap, dus u houdt van het onderzoek en van transparantie en toch weigert u om wetenschappelijke feiten aan het Parlement mee te delen.

Als wij hier als parlementsleden 41 hoorzittingen hebben gehouden, waaronder ook met uw instelling, dan is dat toch wel omdat we onze controlerende functie ernstig willen uitoefenen. Dan stel ik mij de vraag wat de achterliggende reden is - en dan heb ik het niet over de nonsens die werden verteld over bedreigingen, inschattingen en foute interpretaties - waarom de gegevens niet op een anonieme manier kunnen worden gedeeld met het Parlement, dat een controlerende functie heeft zowel over overheidsorganisaties als de uwe als over de ziekenhuizen zelf. De gezondheidszorg wordt immers betaald met openbare middelen. Als die gegevens zouden worden gedeeld, dan kan het onderzoek gedegen worden gevoerd.

Dit is een minachting voor het werk dat deze commissie levert. Ik schiet niet op u, want u bent de boodschapper. Ik schiet op de instelling en de structuren erachter. We hebben vandaag het voorbeeld van Sciensano. Mijn collega is er sinds vorige zomer mee bezig. Zelf ben ik sinds vorige zomer bezig met het FAGG, ook al een openbare instelling. Ook daar kunnen wij niet aan de informatie geraken die we moeten hebben om onze burgers te kunnen zeggen wat er allemaal fout is gelopen en wat er in de toekomst kan worden aangepast. Als we één les leren uit deze

covidcrisis, dan is het toch wel dat die democratische check er moet zijn. We moeten onze burgers mee hebben in het verhaal. Net daarom hebben wij de transparantie gevraagd, om dieper te kunnen kijken en dieper te kunnen graven. Het is dan ook bedroevend dat we dat op vandaag niet kunnen doen.

U had het over de impact op het welzijn van de burgers. Het welzijn van de burgers gaat toch ook wel samen met hun vertrouwen in de instellingen die er voor hen moeten zijn, het vertrouwen dat ze hebben in hun overheid. Dit vertrouwen wordt hier vandaag heel erg geschaad. We hebben in november een voorstel ingediend om deze commissie over te schakelen naar een onderzoekscommissie. Mijn collega had daar al naar verwezen. Al van in september vorig jaar heb ik gezegd dat we onze job niet degelijk kunnen doen. Vandaag hebben we echt wel definitief het antwoord. Er worden afspraken gemaakt, die worden niet gevolgd. We krijgen geen inzage in de gegevens die we moeten hebben. We kunnen onze job niet doen op deze manier. Ik wil de leden van de commissie vragen hoe we hiermee verder gaan. Hoe kunnen we op deze manier aanbevelingen formuleren als we geen zicht hebben op cijfers? In de commissie is nochtans de afspraak gemaakt en u bent nochtans uitgenodigd. Toch is het een tijdverlies voor u, maar ook voor ons.

De **voorzitter**: Mevrouw Hennuy heeft het woord niet gevraagd.

**Patrick Prévot (PS)**: Je tiens d'abord à remercier M. Blot pour son exposé très clair et je m'étonne des propos que j'entends de la part de certains parlementaires. J'ai le sentiment que certains ont l'impression d'être des juges et que nous sommes au tribunal. J'ai entendu que nous devons convoquer des personnes. J'ai entendu aussi, et c'est assez succulent, que nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour émettre nos recommandations et que, dès lors, nous devons basculer dans une commission d'enquête.

J'ai quand-même la faiblesse de penser qu'un des chiffres les plus importants dont nous disposons pour émettre nos recommandations, est un chiffre élevé, celui du nombre de décès en Belgique. On sait que ce chiffre est élevé et que notre job consiste à émettre des recommandations pour éviter de reproduire les erreurs du passé. J'ai entendu aussi, et je trouve cela indécent, certains parlementaires qui disaient à M. Blot qu'il devait avoir honte; là aussi j'ai l'impression que ces mêmes parlementaires s'érigent en juges et perdent tout sens de la mesure parce qu'ils ne peuvent pas exploiter certaines données à d'autres fins que celles, malheureusement, d'émettre des

recommandations.

Cela représentait un risque que j'avais pointé la semaine dernière lorsque le débat a eu lieu. Je sais que certains m'ont reproché l'une ou l'autre prise de parole, mais mon souci est le même que le vôtre – notamment les membres de la N-VA qui viennent de parler, peut-être que d'autres membres de l'opposition parleront d'ailleurs avec des propos de la même teneur – c'est évidemment de pouvoir travailler en toute transparence. Cependant, je l'avais déjà dit à l'époque, la difficulté n'est pas d'avoir le débat; la difficulté et ma crainte c'était que certains – et on voit que certains avancent aujourd'hui à visage découvert – transforment le débat en bons et mauvais élèves alors que pour mon groupe et moi-même, tous les hôpitaux ont fait le maximum et ont été efficaces face à cette crise.

M. Blot a expliqué les multiples raisons qui peuvent justement influencer ces chiffres, et notamment les chiffres des décès, la présence importante de maisons de repos et de soins (MRS) à proximité de l'hôpital, les transferts d'autres hôpitaux, les capacités en unités de soins intensifs (USI), etc.

Déjà à l'époque, lorsque se posait la question de savoir s'il fallait organiser une séance publique ou une séance à huis clos, j'avais déjà pointé que le problème de cette commission résidait dans le fait qu'une séance à huis clos ne voulait rien dire. En effet, systématiquement, lorsqu'on demandait de garder des données confidentielles au sein de cette commission, elles se retrouvaient quelques heures plus tard dans la presse.

J'avais déjà dit, et M. Blot le confirme - je suis d'ailleurs content que cela soit confirmé par un scientifique, ce que je ne suis pas - qu'il était dangereux de livrer ces chiffres bruts sans aucune nuance. Le risque était d'assister à une course à l'échalote, et c'est aujourd'hui cette même course à l'échalote qui est en train de se produire. Lorsqu'on entend les propos tenus par certains, on voit très bien où ils veulent en venir: ils veulent pointer les bons et les mauvais élèves, essayer d'en faire un débat communautaire et de déterminer si la Flandre a fait mieux que la Wallonie ou Bruxelles.

Voilà donc où nous en sommes. Malheureusement, les craintes que j'avais exprimées la semaine dernière se confirment quand j'entends les premières interventions de la N-VA. Personnellement, je suis confiant quand j'entends M. Blot, et je lui fais pleinement confiance dans son analyse. Il a rappelé qu'il serait dommageable, à plusieurs titres, de mener ou de s'aventurer dans une analyse sans nuances ou d'effectuer des classements sans pertinence entre

les différents hôpitaux.

Je pense qu'il a été très clair, et je le remercie d'avoir eu la gentillesse de venir. Je ne pense pas qu'il aura eu l'impression de perdre son temps à l'issue de cette commission. Je le remercie d'être venu nous expliquer très clairement pourquoi il était à ce point compliqué d'obtenir les données les plus précises possible, hôpital par hôpital.

Je pense également, ce qui confirme d'ailleurs le cinéma auquel nous avons assisté la semaine dernière en commission spéciale Covid-19, que certains sont en train de faire feu de tout bois et de prendre tout comme prétexte pour décrédibiliser le travail sérieux réalisé au sein de la commission spéciale d'enquête. On a pu entendre le banc et l'arrière-banc, tout qui compte ou a compté au niveau de cette crise et de sa gestion. On se rend bien compte qu'à l'approche des recommandations, il faut trouver des prétextes pour pouvoir décrédibiliser le travail de ceux-ci.

Ces personnes ne se grandissent pas dans leur travail parlementaire en agissant de la sorte. Je voulais quand même le rappeler au nom de mon groupe, et rappeler également que M. Blot n'est pas ici dans un tribunal. À titre personnel, en tant que parlementaire et au nom de mon groupe, je les remercie, Mme Quoilin et lui-même, d'avoir eu la gentillesse d'être venus s'exprimer au sein de cette commission.

**Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik wil in de eerste plaats de heer Blot en mevrouw Quoilin van Sciensano bedanken voor hun aanwezigheid. Daarbij stopt het echter. Ik kan de leden van de N-VA immers bijtreden. Ik wil even reageren op de heer Prévot van de PS, die de leden verwijt rechter te willen spelen. De vraag naar een onderzoekscommissie was er net om zelf geen rechter te hoeven spelen. Een onderzoekscommissie zou de bevoegdheden in kwestie wel hebben gehad, wat beter ware geweest.

Het feit dat wij cijfermateriaal of -gegevens opvragen en ze niet krijgen, is natuurlijk erg spijtig. Hoe kunnen wij de juiste aanbevelingen doen, indien wij niet over de nodig cijfers beschikken? Ik kan mij dus alleen maar aansluiten bij de leden van de N-VA.

Mijnheer Prévot, over uw cinema merk ik op dat wij vanochtend in de commissie Volksgezondheid enige cinema hebben gezien, niet van Vlaanderen maar van Wallonië, waarbij voorstellen vanuit Vlaanderen gewoonweg niet worden becommentarieerd door uw Franstalige collega's. Wie maakt hier dus alles communautair? Op dat vlak hebben wij van u zeker geen lessen te krijgen.

**Patrick Prévot** (PS): Je n'ai pas de leçon à recevoir de l'extrême droite, avec laquelle je ne parle pas! Je ne transigerai jamais avec cette règle.

**Nathalie Gilson** (MR): Merci au Dr Blot pour toutes ces explications approfondies. Nous en prenons acte. Je peux évidemment mesurer que tous les arguments mis en avant sur la communication des chiffres, hôpital par hôpital, pourraient conduire à des conclusions qui, malgré le fait qu'elles soient basées sur des informations correctes, risqueraient de ne pas l'être.

Évidemment, il y a toujours une volonté de transparence. Le MR est tout à fait partisan de la plus grande transparence. Mais il faut être attentif à ne pas tirer des conclusions erronées. Nous en prenons donc acte et je vous remercie pour toutes ces explications.

**Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer Blot, ik weet niet of wij u moeten bedanken, want wij hebben de informatie niet gekregen. Ik had ook een vraag voor u, mijnheer de voorzitter. Er stond op de agenda dat wij de hospitalisatiecijfers zouden krijgen, maar uiteindelijk hebben wij gewoon een uitleg gekregen over waarom Sciensano op het standpunt blijft staan dat het die informatie niet wil geven. In het advies dat wij hebben gekregen, staat nochtans het volgende, ik citeer: "Goede, relevante informatie is essentieel, opdat het beleid dat de overheid voert en de maatregelen die zij uitvoert, kan rekenen op een draagvlak bij de burgers, wat evenzeer essentieel is voor het zich confirmeren aan het beleid en die maatregelen." Ik geef hiermee maar één argument aan dat wordt gegeven door een officiële instantie. Volgens dat advies moeten de data dus wel openbaar worden gemaakt.

Ik begrijp ook niet waarom u ervan uitgaat dat het om een ranking of vergelijking zou gaan. Het is natuurlijk wel zo dat iedereen met gegevens doet wat hij wil. Ik ben bijvoorbeeld zelf huisarts en ik sta vandaag in de praktijk. Ik heb gisteren nog de cijfers bekeken van de vaccinatiegraad bij mijn 65-plussers, maar die zit niet goed. Daar zijn veel verklaringen voor en ik hoop dat de overheid initiatieven zal ondernemen om dat te verbeteren, net zoals ik dat zelf als arts zal doen. De volksgezondheid moet op de eerste plaats komen en dus moeten wij naar de cijfers kijken.

Vervolgens kan Sciensano met verklaringen komen over de socio-economische factoren en over welke pathologie in welke ziekenhuizen wordt behandeld. Iedereen weet dat een universitair ziekenhuis niet hetzelfde is als een plattelands-ziekenhuis of een ziekenhuis waar al dan niet veel woon-zorgcentra rond gelegen zijn. Wij zijn



volwassen genoeg om die cijfers te kunnen interpreteren. Waar het echter vooral om gaat, is dat Sciensano niet het recht heeft om de bevolking en dus het Parlement die cijfers te ontfangen.

Wat zal er nu gebeuren, mijnheer de voorzitter? Er zijn in ons land wetten over de openbaarheid van het bestuur en iedereen moet zich daaraan houden. In het advies staat duidelijk dat de cijfers moeten worden vrijgegeven, maar toch weigert Sciensano om dat te doen. Wie neemt hierin zijn verantwoordelijkheid op en wat is het gevolg?

De **voorzitter**: Daar zal ik op het einde van het debat op terugkomen.

**Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer Blot, uw opdrachtgever is volgens mij een crack in non-communicatie. Uiteraard gaat het niet over u persoonlijk. Ik weet niet of u vertrouwd bent met het concept van parlementair controlerecht maar als een democratisch verkozen Parlement iets wil weten over hoe de overheid functioneert, dan moet het daar inzage in krijgen. Dat is een kernelement van onze democratie. Nogmaals, het gaat echt niet over u persoonlijk maar blijkbaar zijn veel van uw collega's niet bekend met het concept van een begroting en subsidies. Sciensano en de ziekenhuizen zijn publieke instellingen of instellingen die grotendeels afhankelijk zijn van subsidies, overheidsmiddelen dus. Ik meen dan ook dat het Parlement absoluut het recht heeft om zijn controlerecht ten aanzien van die instellingen te doen gelden.

U heeft hier een presentatie gegeven om het tegendeel te bewijzen. Ik vind dat eigenlijk not done en ik voel mij misleid. De presentatie die u hier gaf, had u ons ook kunnen doorsturen. U had minstens de beleefdheid moeten hebben om ons van tevoren te melden dat men geen cijfers zou geven. Er zitten mensen in deze zaal die tot een klein uurtje geleden dachten dat de gevraagde gegevens gepresenteerd zouden worden. Ik vind dat geen manier van werken. Het is een bizarre manier van werken, op het surrealistische af. Magritte is er niets tegen, zou ik zeggen.

Uit respect voor Sciensano in het algemeen en voor het zeer uitgebreide goede werk dat u tijdens deze crisis heeft verricht, waarvoor we u willen danken, stel ik voor dat we deze zitting sluiten en dat er een nieuwe vergadering wordt gepland, zodat we wel over die cijfers kunnen praten. Ik heb hier heel veel moeite mee, echt waar. Ik begrijp waarom het gebeurt, maar ik meen dat het een onderschatting betekent van het Parlement in het algemeen en deze bijzondere commissie in het bijzonder.

Ik vind dat het niet kan ons, en zo voelde ik mij wel echt op een bepaald moment, als een klein kind te behandelen alsof wij het niet mochten weten om die en die reden. U had ons dat op voorhand kunnen zeggen. U had ons dat op voorhand kunnen doorsturen.

Ik ben hier heel boos over, voorzitter. Dit wou ik toch even kwijt.

**Catherine Fonck** (cdH): Docteur Blot, je vais intervenir non pas à votre rencontre mais à l'égard de l'institution Sciensano. Je ne doute pas, comme nous l'avons vu, que vous avez sérieusement préparé une longue argumentation avec une série d'arguments qui sont audibles mais pas recevables. Ce n'est pas vous que je veux viser à titre personnel.

Je n'attendais pas du tout cela de la part de Sciensano. Je n'attendais pas non plus un classement des hôpitaux. J'attendais tout autre chose de Sciensano. C'est sans doute plus la scientifique qui va s'exprimer ici que la députée. En effet, je ne m'attendais pas à un classement des hôpitaux plus particulièrement par rapport à la mortalité ni à une forme de classement des services de soins intensifs. Les conclusions les plus intéressantes ne consistent pas dans le fait de classer les hôpitaux ou les services de soins intensifs. Le vrai devoir de chaque pays, et donc aussi de la Belgique, est d'examiner si les différences organisationnelles ont effectivement pu avoir un impact sur la mortalité.

Est-ce complexe? Oui. Est-ce lié à de multiples facteurs relatifs aux patients, aux profils, comme vous l'avez largement rappelé, point que je partage avec vous? Effectivement, ce sont autant de variables à prendre en considération. Y a-t-il des limites à ce type d'analyse? Oui. Est-ce une raison pour dire qu'on ne peut rien en faire et qu'on ne va rien en faire? Là, je ne suis absolument pas d'accord.

En Belgique, notamment, des études ont déjà été réalisées en la matière. Je ne vais pas vous l'apprendre, docteur Blot, mais j'aimerais inviter mes collègues à lire cette publication dans *The Lancet* de Tacón et consorts. Je pense d'ailleurs que vous en êtes co-auteur. Je ne vais pas la développer complètement car cela prendrait trop de temps.

Cette étude est très intéressante. Elle démontre clairement qu'il y a aussi une vulnérabilité dans l'organisation des services de soins intensifs.

Cette vulnérabilité est liée à toute une série de facteurs. Quel est l'état de débordement, ou pas,

des soins intensifs, quand le patient y arrive? Quelle est la situation par rapport au temps attendu entre le début des symptômes et son arrivée aux soins intensifs? Quand il s'agit d'un transfert, quel est le délai entre le début des symptômes et le moment du transfert? S'agit-il de l'admission d'un patient dans une unité de soins intensifs ou dans un lit créé, un lit de salle de réveil transformé en lit de soins intensifs? En effet, les autorités ont imposé de créer de nouveaux lits de soins intensifs dans les salles de réveil pour pouvoir admettre plus de patients, tout en assurant les situations nécessitant des soins intensifs sauf les soins programmés (infarctus, accidents de voiture, AVC, chirurgie urgente, etc.).

Un paramètre particulièrement important est la situation des RH, et singulièrement de la formation du personnel qui est au chevet de ce patient. Est-ce un personnel habitué à ce type de prise en charge, ou s'agit-il de personnel d'autres unités de soins qui vient en renfort?

Ces paramètres entraînent effectivement une variabilité de la mortalité. Ces paramètres sont tout aussi importants que tous les paramètres liés au profil du patient, à la gravité de son cas, etc. Je suis bien d'accord.

Nous aurions aussi pu aborder le volet ECMO. Je ne vais pas être trop technique. D'autres publications sont intéressantes, notamment en provenance du Royaume-Uni. J'ai lu une étude d'*Intensive Care Medicine* sur la variabilité entre les différents centres de soins intensifs, de nouveau hors paramètres patients, tenant compte de l'organisation, des transferts, de l'expertise RH.

J'attendais autre chose de Sciensano aujourd'hui. En l'occurrence, nous sommes en commission spéciale Covid. Le gouvernement et les parlementaires ont une responsabilité politique. Notre responsabilité est d'amener les politiques – je parle sans doute un peu plus comme scientifique à ce moment – à prendre des mesures qui ont un impact sur les décisions prises et à prendre.

Oui, cela a un impact, et des décisions doivent être prises au niveau des ressources humaines. Oui, des décisions devront être prises et des recommandations formulées quant à la spécialisation, et singulièrement la spécialisation des infirmiers en USI et dans les services d'urgence. Oui, il y aura des décisions à prendre quant à la façon de déterminer le nombre de lits de soins intensifs et de demander des lits supplémentaires à partir des salles de réveil.

Oui, il y aura des décisions et des

recommandations à prendre au niveau des transferts et de leur organisation. À quel moment doivent-ils être organisés? Faut-il des centres de référence par rapport à ces transferts quand on est confronté à des cas de débordement parce que certains centres sont peut-être en capacité de manière plus pointue de créer ou d'avoir du personnel RH formé de manière plus particulière, plus spécifique?

Personnellement, ce que j'attendais de Sciensano aujourd'hui, c'est au minimum ce travail-là. Je peux entendre qu'on ne fasse pas de classement. J'avais moi-même déjà dit qu'en présence de données relatives aux hôpitaux, il était nécessaire de les anonymiser. Toutefois, nous disposons déjà aujourd'hui d'énormément de données qui démontrent que le mode d'organisation des soins intensifs a une incidence sur la qualité de la prise en charge des patients ainsi que sur la morbidité et la mortalité des patients.

Cet aspect-là des choses n'est pas nouveau, et ça se confirme d'ailleurs - y compris en dehors des unités de soins intensifs - pour toute une série de pathologies, ainsi que cela a été démontré par le passé. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on crée des centres de référence pour telle ou telle pathologie, surtout les pathologies plus rares.

Personnellement, je ne suis pas une experte, je suis néphrologue et j'ai pas mal travaillé en soins intensifs pour des patients fortement touchés et devant subir une dialyse. Je trouve malgré tout, monsieur le président, que notre devoir est, à tout le moins, de présenter au niveau politique l'analyse que je viens d'exposer très brièvement. Cette analyse doit également être présentée à l'opinion publique, car j'attends des gouvernements que des virages soient effectivement pris demain sur la manière de garantir aux soins intensifs les meilleures conditions possibles, qui permettent au niveau organisationnel de diminuer au maximum la mortalité ou, en d'autres termes, d'augmenter au maximum la qualité de la prise en charge des patients, quelle que soit leur lourdeur.

On sait que ce sont des moments extrêmement difficiles parce que les soins intensifs sont débordés, mais on sait aussi qu'ils ne sont pas seulement débordés en temps de covid-19. Tous les hôpitaux belges, tous les intensivistes, tous les internistes ont connu des moments où les soins intensifs sont effectivement débordés pour toute une série de raisons.

D'ailleurs, la question des transferts restera bien évidemment d'actualité en dehors des moments de pandémie. Au niveau politique, il y a donc des messages à faire passer sur la base d'une analyse

objective, en rappelant que c'est complexe, multifactoriel et que toutes ces études ont des limites à prendre en compte. Néanmoins, je pense que ce débat et ces recommandations qu'on pourrait faire sur la base de ces analyses sont indispensables pour l'avenir et pour la qualité des soins de demain et d'après-demain pour les patients. Oser se remettre en question et tirer des leçons, c'est aller vers plus de qualité à l'avenir. Il ne s'agit pas de dire qu'on a mal travaillé, mais que sur le volet de l'organisationnel, il y a des renforts, des mesures, des recommandations à faire du côté politique pour venir en soutien à l'ensemble des soignants.

**Robby De Caluwé** (Open Vld): Namens mijn fractie wil ik eerst de boodschap brengen dat de hoorzitting vandaag niet volledig nutteloos is. We kunnen een aantal nuttige zaken leren over data die ziekenhuizen zouden moeten registreren en doorsturen. Dat is een positief element.

Ik wil ook in herinnering brengen dat mijn partij er voorstander van is om te rapporteren over de kwaliteit van ziekenhuizen. We hebben daarover ooit een voorstel ingediend. Ik begrijp dat de cijfers die nu gevraagd worden, niet per se een zicht geven op de kwaliteit, maar dat geldt voor alles. Als er ooit zo'n kwaliteitsquotering voor ziekenhuizen komt, zal het ook belangrijk zijn om daarbij de juiste context mee te geven.

Ik begrijp dat het zinloos is om ruwe cijfers te geven zonder context. Uit de uiteenzetting blijkt dat die context er op het moment nog niet helemaal is. Ik snap dat uw organisatie heel wat om handen heeft en had. Het lijkt me dan ook noodzakelijk om dat nader te onderzoeken. Vanuit de commissie voor Gezondheid moeten we misschien ook initiatieven nemen om een analyse te vragen waarom er verschillen zijn tussen bepaalde ziekenhuizen. Dat is zinvolle informatie, waarover jullie ongetwijfeld ook heel graag zouden beschikken.

Ik heb uw argumenten beluisterd waarom de cijfers volgens jullie niet kunnen worden vrijgegeven. Ik volg dat tot op zekere hoogte, maar als lid van de commissie en vooral als voorzitter in naam van de volledige commissie wil ik graag weten welke gegevens jullie dan wel kunnen geven, met de juiste context. Het Parlement heeft een controlerecht en dat kan niet genegeerd worden. Er moet dus een antwoord komen op een vraag van meerdere leden van de commissie. De leden kunnen evenwel ook aangeven wat ze precies met die informatie willen doen. Dat zou misschien ook helpen om de informatie te duiden.

Ik hoop dus dat we toch wat informatie kunnen krijgen of misschien nog wat meer toelichting

waarom jullie bij jullie standpunt zouden blijven.

**Sophie Quoilin:** Monsieur le président, il me semble extrêmement important, et cela me tient très à cœur, de préciser que nous avons le plus grand respect pour les institutions de notre pays, en particulier pour le Parlement et le travail que vous réalisez par rapport à cette crise covid. En aucune manière notre objectif aujourd'hui n'est de minimiser votre travail. Au contraire, ce qui sous-tend notre présence et la manière dont nous avons présenté une réponse à la requête que nous avons reçue est justement qu'il est de notre responsabilité scientifique de vous permettre de faire vos travaux correctement. Je pense qu'il y a quelque chose que nous avons tous en commun: nous souhaitons le meilleur pour ce pays et que nous puissions chacun, avec nos compétences, pouvoir aboutir à cet objectif qui, dans le cadre de cette question, porte sur l'amélioration de notre système de soins et l'amélioration de la qualité des soins pour les patients.

Dans ce contexte, la question que vous nous avez posée est: fournissez-nous des données individuelles par hôpital. La réponse que nous vous apportons aujourd'hui est à ce stade est: disposer des informations brutes telles que nous en disposons ne permet pas de rencontrer l'objectif qui nous anime, qui est la qualité des soins. Est-ce que cela veut dire qu'on ferme la porte? Non. Nous considérons que nous sommes dans une interaction avec vous, que notre rôle est de vous apporter les informations dont vous avez besoin pour faire vos recommandations. Ce que l'on vous a apporté comme solution est de dire que ce n'est pas avec les données brutes que nous livrerions que vous pourriez atteindre vos objectifs. Mais, posez des questions et nous chercherons comment répondre à ces questions et nous vous fournirons évidemment l'ensemble des réponses dont vous avez besoin pour rencontrer votre objectif.

Je suis extrêmement sensible à ce que Mme Fonck a mentionné comme exemples et comme possibilités d'améliorer notre système de soins. Je pense en effet qu'il y a toute une série de points qui doivent être investigués, approfondis pour que nous puissions atteindre cet objectif, ne fût-ce que pour pouvoir dire à la fin qu'on a fait au mieux ou pour identifier les points que nous aurions à identifier pour améliorer. Mais une telle démarche est un processus scientifique dans lequel il est nécessaire que nous rassemblerions des informations complémentaires, que nous menions des études complémentaires pour pouvoir remettre les chiffres dans leur contexte. Je ne puis qu'inciter à dire: "Sciensano, fournissez-nous les informations dont nous avons besoin pour pouvoir

faire notre travail".

Nous vous dirons dans quelles conditions nous pouvons le faire, mais fournir des données brutes par hôpitaux, ce n'est pas le moyen en tant que tel pour aboutir à cet objectif; ce n'est pas aussi simple que cela. Ce que je dirai, pour terminer, c'est que ce travail d'identification des possibilités d'amélioration de notre système de soins ne relève pas que de la responsabilité de Sciensano.

Notre mandat relève du support aux autorités en fournissant les données épidémiologiques et les interprétations qui les accompagnent pour pouvoir prendre des décisions. Il en ressort qu'à ce stade, nous ne disposons pas de toutes les informations qui permettent de faire ce travail dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la qualité des soins; cela devra se faire avec les partenaires qui en ont le mandat, comme le SPF Santé publique et qui en ont aussi la compétence, comme le centre d'expertise, comme cela a été mentionné par le Dr Blot. Tous ensemble, mettons les moyens en place en vue d'arriver à atteindre les objectifs que vous attendez de nous pour pouvoir faire votre travail.

Voilà ce qu'était le sens principal de notre message, nous nous considérons, avec vous, dans un processus, dans une interaction continue pour pouvoir vous fournir ce dont vous avez besoin. Cependant, aujourd'hui, nous ne disposons pas des moyens pour répondre à l'ensemble de vos préoccupations.

**Christian Léonard** : Comme on a interpellé un de mes collaborateurs pour demander qui avait pris la décision et vu que j'étais présent depuis le début car je voulais assister à sa présentation, je tiens quand même à m'exprimer ici, par respect pour tout le monde, car du respect, nous en avons évidemment pour chacune et chacun présents ici. Nous avons aussi le souci de transparence et cette question des données par hôpitaux, vous pouvez être certaines et certains que cela a pris une très grande partie de notre temps, et de mon temps personnellement. Ce n'est donc pas un refus du revers de la main sans considération. Nous poursuivons en fait le même objectif: nous souhaitons apporter une information utile pour la santé publique mais également pour les parlementaires dans le but de formuler les recommandations. Ce que le Dr Blot a préparé, avec des collègues, c'était, me semblait-il, un premier pas pour bien préciser dans quelle mesure les données brutes sont extrêmement compliquées à interpréter.

Maintenant, la loi est la loi. On l'a rappelé tout à l'heure, et je ne souhaite pas m'y opposer - bien au contraire. Toutefois, nous tenions à la clarté si de

telles données devaient être rendues publiques. Le cénacle d'une commission qui étudie les données en vue de formuler des recommandations doit pouvoir parfois travailler confidentiellement. En effet, et vous êtes sans doute aussi bien - voire mieux - placés que moi pour le savoir, les données utilisées au service de mauvaises intentions sur les réseaux sociaux peuvent engendrer une grande panique auprès d'une population non informée.

Parmi vous, je suis certain que tout le monde s'intéresse à cette question et - médecin ou non, scientifique ou non - a acquis les compétences pour lire et interpréter ces données. Néanmoins, vous serez d'accord avec moi pour reconnaître que ce n'est pas le cas du commun des mortels. Ce n'est pas un jugement, mais une constatation. Nous voulions simplement souligner à quel point les données recueillies par hôpital, mais non contextualisées, étaient dangereuses.

Cela dit, nous sommes évidemment prêts à consacrer du temps à les analyser complètement, pour autant que nous disposions des informations permettant une contextualisation. Mme Fonck a indiqué qu'elle savait que l'organisation des soins - notamment intensifs, mais cela vaut pour tous les soins, y compris la première ligne - pouvait en affecter la qualité et l'efficacité. À ce sujet, des études existent déjà. Avant Sciensano, j'avais dirigé le KCE, lequel s'était penché sur les soins intensifs. Bref, nous pouvons nous engager à nous livrer à un examen du contexte de ces données. Cependant, si l'ordre consiste à recevoir les données brutes, je finirai par m'y soumettre - mais c'est le scientifique qui parle. J'en suis également un, mais pas seulement.

Scientifiquement parlant, les données brutes n'ont aucune signification. Aucune! Même si nous ne les classons, que pouvons-nous en faire? Le Dr Blot a bien expliqué pourquoi elles étaient totalement dépourvues de signification. Par conséquent, si nous sommes amenés à fournir ces données brutes, je dirais que, tel Ponce Pilate, je m'en lave les mains. Autrement dit, je ne souhaite pas, par la suite, comme c'est le cas depuis le début de la crise, être rendu responsable de certaines données qui ne plaisent pas parce qu'elles sont passées par Sciensano.

Je dis "passées par Sciensano" parce que nous ne sommes pas les seuls en cause, évidemment. Sont aussi concernés: le SPF, dans le comité Hôpital et transport d'urgence. C'est en interaction avec eux que j'ai discuté de cette question. Ce n'est pas moi seul qui dit non. Ce sont des interactions avec le SPF. On se pose des questions: est-ce une bonne idée? On cherche vraiment le meilleur. On ne cherche pas du tout à réduire la transparence. C'est une question que nous avons prise très au sérieux. On est extrêmement embêtés de ne pas

pouvoir fournir ces données, de ne pas être scientifiquement capables de le faire. Maintenant, je le répète: si on n'a pas d'autre issue, on fournira les données par hôpital. J'imagine que si c'est pour faire des recommandations, il n'est pas nécessaire d'avoir le nom de l'hôpital; je pense que les données anonymisées, sans que le nom de l'hôpital soit indiqué, suffisent, puisque ce n'est pas le but de cibler un hôpital. C'est bien ce que j'ai entendu. On ne cherche pas à cibler un hôpital, mais s'il n'y a pas un minimum d'analyse, je ne pense pas que vous pourrez en faire grand chose. Isoler le critère d'organisation des soins intensifs pour en déduire la part que prend ce critère dans le taux de mortalité avec le nombre d'effets confondants que le Dr Blot a présentés ne sera pas une mince affaire.

Puisque certains voulaient savoir qui avait pris la décision: c'est moi. Pas tout seul comme un grand; on fait cela de manière, pas démocratique, ce n'est pas cela, mais je m'entoure de spécialistes, et il m'a semblé qu'il était préférable... et le président était au courant qu'on n'allait pas donner les chiffres aujourd'hui. C'était clair. Mais je ne pense pas que ni vous ni moi ayons perdu notre temps. Je pense qu'il était important de pouvoir dire ces choses-là, de pouvoir expliquer avec un PowerPoint... et je ne suis pas certain non plus qu'envoyer le PowerPoint aurait été plus respectueux. Je pense que présenter le PowerPoint avec des explications était une bonne solution. Maintenant, ce n'est qu'un pas intermédiaire. Si on doit fournir les données anonymisées par hôpital, on le fera. J'espère évidemment que, par la suite, on en fera bon usage. Voilà, monsieur le président.

**Frieda Gijbels (N-VA):** Inzake de vraag wie dan beslist heeft om de cijfers niet mee te delen, kan ik dan blijkbaar concluderen: Sciensano, de heer Léonard en de FOD. Dat was niet de afspraak; dat wil ik graag herhalen. Onze oorspronkelijke datum werd zelfs uitgesteld met het argument dat Sciensano meer tijd nodig had om bij de cijfers duiding te kunnen geven. Wij hadden niet verwacht dat de cijfers helemaal niet zouden komen. Nu wordt gezegd dat als het echt moet, men de cijfers wel wil delen. De vraag dat wij de cijfers graag zouden krijgen, is genoeg herhaald. Ik ben daar al van vorige zomer naar aan het vragen en wordt telkens met een kluitje in het riet gestuurd. Ik heb de indruk dat opnieuw hetzelfde gebeurt. Ik weet niet hoe we dat nog ernstig kunnen nemen.

De heer Léonard verklaart dat men enkel nuttige informatie wil geven, maar wie beslist wat nuttige informatie is? Het is de Commissie voor Toegang tot Bestuursdocumenten die daarover kan oordelen en die heeft ons gelijk gegeven dat de

gegevens openbaar moeten worden gemaakt. Als u moet beoordelen welke gegevens nuttig zijn voor de bevolking en welke niet, heb ik daar heel grote vragen bij. Dat is niet democratisch.

Het idee dat de cijfers misbruikt zullen worden en paniek veroorzaken, doet mij niet het beste vermoeden over die gegevens. Ik denk dat er wel een en ander uit te halen valt, als ik u zo bezig hoor. Het is nalatig om daarmee niet aan de slag te gaan. Ik begrijp niet dat er na al die tijd nog geen contextualisering mogelijk is. We zitten nu toch niet in de eerste maanden van de crisis? Er is al wel wat tijd overheen gegaan waarin studiewerk kon gebeuren.

De heer Léonard geeft aan een minimum aan analyse te willen meegeven, maar die is er nog niet! Ik begrijp het echt niet. Ik hoor hier van alles, maar het zou niet slecht zijn de minister hierover te horen. Mijnheer de voorzitter, ik verzoek u de minister nu naar de commissie te roepen.

**Patrick Prévot (PS):** Monsieur le président, après ce premier tour de table, et les réponses que nous avons pu entendre de la part de Sciensano, j'ai plusieurs choses à dire. D'abord, je suis toujours aussi fâché de voir le ton parfois employé par certains au sein de cette commission, comme ailleurs. Je pense que nous avons toujours à gagner à être courtois et à ne pas avoir un langage disproportionné. Je trouve que c'est le minimum de respect que nous devons aux personnes qui viennent nous apporter des réponses, même si ces réponses ne conviennent pas ou ne conviennent que partiellement.

Moi, je l'ai dit tout à l'heure, je ne suis pas un scientifique. Nous avons entendu aujourd'hui trois scientifiques de Sciensano: Mme Quoilin, M. Blot et M. Léonard. J'ai entendu leurs explications, et notamment que les données individuelles par hôpital sont des données brutes qui ne permettent pas, à ce stade, de garantir la qualité des soins, que cela reste dangereux par rapport au message à la population.

J'ai également été très sensible à une intervention de la part de mes collègues de l'opposition, celle de Mme Fonck. J'ai trouvé son intervention beaucoup plus nuancée, teintée d'ailleurs d'un certain pragmatisme que nous lui connaissons.

Dès lors, après l'avoir entendue, après avoir entendu les réponses de Sciensano, et parce que j'essaie aussi de faire preuve de pragmatisme, je voudrais savoir justement, peut-être pour le futur, comment, dans la perspective d'une crise, pouvons-nous permettre l'accessibilité à des chiffres? Peut-être pas ces chiffres, peut-être pas

ces données individuelles par hôpital, pour éviter les difficultés que vous avez pointées, mais peut-être l'accessibilité à des chiffres qui permettraient justement d'avoir suffisamment d'informations pour favoriser la transparence et l'analyse correcte des chiffres.

Nos trois intervenants estiment-ils dès lors que les moyens dont ils disposent, en tout cas les moyens utilisés, sont suffisants? Au regard de l'incident qui a actuellement lieu au sein de cette commission, qu'est-ce qui devrait, selon eux, changer? Voilà pour le volet des recommandations de la commission spéciale covid, pour nous, en vue d'une éventuelle pandémie et de la gestion d'une autre pandémie.

Je m'adresse toujours à nos trois intervenants: très pratiquement, au regard de ce que vous venez d'entendre, avec ce souci de la transparence que je partage d'ailleurs avec les autres collègues, en ce compris ceux de l'opposition; toujours sans compromettre la qualité des soins; toujours sans compromettre le travail qui se fait dans les hôpitaux; toujours en évitant d'avoir une chasse à l'échalote avec un classement, où il pourrait y avoir d'un côté les "bons hôpitaux", de l'autre les "mauvais hôpitaux", quelles seraient les données complémentaires que Sciensano pourrait nous communiquer afin de nous permettre de compléter notre réflexion sur les recommandations et le travail que nous devons mener? Peut-être cela fait-il écho à la dernière intervention de M. Léonard.

En tant que non-scientifique, mais pragmatique - en tout cas, j'essaie de l'être, la non-réponse ou la non-communication de certaines données que vous jugez sensibles constitue déjà pour moi un élément de réponse concret, qui me permet peut-être aussi d'avancer dans ma réflexion par rapport aux recommandations.

Je voulais formuler cette espèce de proposition de compromis pour intégrer, d'une part, ce que des scientifiques nous disent par rapport à la dangerosité de laisser des données brutes, hôpital par hôpital, comme cela sur la place publique, sans explication et sans nuance et, d'autre part, cette même volonté de transparence. J'ai entendu qu'il y avait également une main tendue de la part de Sciensano pour justement nous permettre d'avoir accès à une série de chiffres qui pourraient nous aider dans le travail de notre commission spéciale.

**De voorzitter:** Wenst nog iemand van het Vlaams Belang het woord? Mevrouw Sneppe knikt ontkennend.

Dan geef ik het woord aan mevrouw Gilson.

**Nathalie Gilson (MR):** Monsieur le président, comme je l'ai dit, le MR est évidemment partisan de la transparence. Je comprends ce qui nous a été expliqué. Mais, d'un autre côté, on reste avec ce problème. On n'a pas la transparence qu'il convient d'avoir. Nous n'avons peut-être pas accès à des données qui pourraient nous aider.

Je comprends que vous auriez besoin de temps pour, comme vous l'avez dit, formuler une analyse sur la base de ces données. Fournir les données brutes, telles quelles, ne serait par ailleurs peut-être pas utile à notre travail. Sans analyse, cela risquerait d'amener des conclusions qui ne seraient pas correctes.

Néanmoins, il faut réfléchir à une solution. Certaines ont été soulevées ici. Il serait peut-être intéressant de vous entendre pour déterminer comment vous pourriez quand même faire cette analyse, de manière à ne pas livrer des données brutes et nous aider dans la communication d'informations utiles pour notre travail.

**Nawal Farih (CD&V):** Mijnheer de voorzitter, ik begrijp zeker de argumenten van Sciensano, maar zeker ook de vragen van de parlementsleden, want evenals mevrouw Gijbels heb ik ook schriftelijke vragen aan de minister gesteld om mortaliteitscijfers te kunnen verkrijgen. Ik had daarom naar onze uitwisseling vandaag uitgekeken.

Nogmaals, ik heb begrip voor de context die hier heel belangrijk is. Ik heb in de vorige commissie al gezegd dat we erover moeten waken dat de informatie die we vandaag zouden krijgen op een juiste manier door de bevolking wordt geïnterpreteerd. Dat is niet evident, daar hangen heel wat verschillende factoren aan vast.

Ik vraag mij wel af wat een oplossing zou kunnen zijn. Bestaat de mogelijkheid om resultaten te krijgen, zonder de vermelding van het hospitaal zelf, maar wel met de kenmerken ervan, waarbij we bepaalde hospitalen aan de hand van kenmerken kunnen bekijken en de cijfers daaraan kunnen linken?

Ik heb de voorbije maanden met heel wat experts gesproken. Ik heb begrepen dat ook de organisatie van de ziekenhuizen een impact op de mortaliteitscijfers kan hebben. Het is echt wel belangrijk voor het Parlement, dat werkt aan een rapport ter verbetering van het land, om toch wat informatie te verkrijgen die mee kan leiden tot een positief verhaal in de toekomst.

Zouden wij bepaalde data op een geanonimiseerde manier aan de hand van hospitaalkenmerken kunnen krijgen? Misschien

hebt u er een beter zicht op of dit mogelijk is. We moeten echt wel een oplossing zoeken om hieruit te geraken, met respect voor beide zijden, voor jullie als organisatie en voor het Parlement en de transparantie.

**Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Même si beaucoup a été dit, l'essentiel ne l'a pas été. Vous avez refait votre argumentaire, le même que celui opposé au début à Mme Gijbels la première fois qu'elle a demandé accès à ces données. Je suis désolée mais Sciensano a été débouté par l'avis très étendu de la Commission d'accès aux documents administratifs. Sciensano doit nous communiquer les données.

Nous nous attendions à une analyse à côté de ces données. Nous pouvons tous entendre qu'il y a éventuellement un manque de temps chez Sciensano pour fournir toutes les explications nécessaires. Vous auriez pu choisir de nous donner les chiffres de la première vague, de la deuxième, peut-être pas de la troisième dans laquelle on se trouve encore. Tout le monde ici peut entendre cela, mais vous ne pouvez pas ne pas communiquer les chiffres. Je suis désolée.

Monsieur le président, vous n'avez pas fait votre travail. Vous nous avez fait venir alors qu'on n'allait pas nous présenter les chiffres. Ce n'est pas sérieux! Ce n'est pas comme cela que le travail de la commission devait se dérouler! Je crois que je ne suis pas la seule à m'en étonner, avec tout le respect pour les collègues de Sciensano qui sont finalement venus pour rien parce que tous ces arguments, nous les avons déjà dans l'avis qui nous a été communiqué.

**Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mevrouw Quoilin, mijnheer Léonard, dr. Blot, ik ben een redelijk mens. Iedereen die me een beetje kent, zal dat beamen. Wat me evenwel stoort, is de huidige manier van werken. Er worden cijfers gevraagd. U maakt dan een afspraak daarover en dan krijgen we dit. U begrijpt toch wel dat dit niet kan, dat we daardoor beledigd zijn. Ik zal maar gewoon zeggen hoe ik het aanvoel.

Er had een gesprek met onze voorzitter kunnen plaatsvinden om uit te leggen wat dr. Blot nu heeft uitgelegd. Ik ben ervan overtuigd dat de meeste leden hun verwachtingen dan zouden hebben bijgesteld. Ik herhaal: ik ben een redelijk mens en om die reden wil ik u toch vragen een middel te vinden om ons wat inzicht in die cijfers te geven binnen een paar weken. Zo kunnen we de pijnpunten in de dataverzameling toch nog meenemen in ons eindrapport. Dat is belangrijk en het zou jammer zijn als we die informatie niet zouden krijgen. Ons eindrapport zou daardoor ook

niet volledig zijn.

**Catherine Fonck** (cdH): Je pense que j'ai dit l'essentiel tout à l'heure. Selon moi, un "hit-parade" sur la base des données ne permettra pas de tirer les leçons les plus fondamentales et celles qui feront que demain sera mieux qu'aujourd'hui, tant pour les patients que pour ce qui concerne les décisions politiques qui doivent être prises pour que les soignants soient dans les meilleures conditions possibles en vue d'une prise en charge optimale des patients.

J'ai entendu dire qu'on ne disposait pas des données. Disons qu'on n'a pas toutes les données, c'est vrai. Mais avons-nous déjà aujourd'hui les données qui nous permettent de tirer les premières recommandations importantes pour l'avenir, et qui doivent selon moi faire partie intégrante des conclusions de la commission spéciale Covid-19? Quand on a 25 000 décès, on a le devoir politique de se poser ces questions-là. Dès lors, je pense que nous disposons déjà assez de données pour des premières recommandations.

Que ce soit du côté des soignants, en termes de nombre, en matière de formations ou d'expertise, infirmiers et autres, que ce soit sur la question des transferts – que fait-on quand on déborde des soins intensifs? Crée-t-on des unités à partir des salles de réveil ou travaille-t-on plutôt sur les transferts? Comment travaille-t-on à partir de là? Avec quel cadre éventuel? –, quitte à très certainement encore étudier, peaufiner demain, après-demain et encore après-demain, il faudra bien évidemment des études complémentaires.

Je pense qu'il n'y a pas que la question des soins intensifs. J'entends M. Léonard et, non, il n'y a pas que la question des soins intensifs! On peut faire le même type de commentaire pour les maisons de repos ou pour les unités de médecine interne covid-19, mais reconnaissons malgré tout que du côté des hôpitaux, indépendamment des maisons de repos, la majorité des décès sont intervenus dans la situation des soins intensifs. Rappelons également que les décès survenus en soins intensifs concernent, par définition, des patients dont le profil laissait à penser que le passage par les soins intensifs leur permettrait de passer le cap du stade le plus aigu du covid-19.

Ce sont des cohortes de patients que nous devons étudier. Nous avons déjà des données.

Je vais faire une proposition différente de celles de mes collègues. En toute humilité, je pense, à titre personnel, que si je reçois les données brutes de tous les hôpitaux, il me faudra trois mois pour les décortiquer. J'appellerai tous les gens que je

connais aux USI pour m'aider. Même après trois mois, je ne suis pas sûre de pouvoir tout en tirer. La suggestion que je fais est la suivante, tout en rappelant la publication dans *The Lancet*. Sur la base des données existantes, ne serait-il pas important que Sciensano nous fasse déjà des premières recommandations ou une première analyse de ce que l'on peut en tirer?

Il ne s'agit pas de pointer l'un ou l'autre. Je le redis ici: les équipes ont toutes été au front. Les questions qu'il n'est pas possible de se poser en pleine phase aiguë de covid-19, nous devons pouvoir nous les poser après. Nous avons suffisamment d'éléments du passé pour d'autres raisons, et d'éléments liés spécifiquement au covid, y compris des *benchmarks* que l'on peut réaliser avec les principaux pays de l'OCDE. Oui, nous sommes en capacité de le faire. Nous devrions intégrer ces recommandations, en tant que politiques, et les gouvernements devraient le faire aussi. Sinon, ce serait un défaut vis-à-vis des soignants comme des patients. Ce serait injuste de ne pas faire ce travail, pour les uns comme pour les autres.

De **voorzitter**: De vraag vanuit deze commissie is dat we meer informatie willen. Zoals ik altijd probeer te doen, heb ik vooraf contact gehad om kort te vernemen wat men zal presenteren. U had mij toen inderdaad gezegd dat u niet de details per ziekenhuis zou geven en wat de reden daarvoor is.

Dat leek mij toen ook aannemelijk, maar, net zoals de meeste leden, had ik toch iets meer informatie verwacht. Er is heel weinig informatie gekomen en ik sluit mij aan bij de vraag van mevrouw Fonck en mevrouw Jiroflée. We moeten toch een minimum aan informatie hebben.

Mevrouw Quoilin stelde dat, als de parlementsleden heel concrete vragen hebben rond analyses die zij willen doen, zij daarbij wil helpen. Dat is een idee dat ik heb onthouden en dat ik zeker wil meenemen. Ik luister naar uw voorstellen. Ik zie dat mevrouw Quoilin het woord vraagt.

**Sophie Quoilin**: Je voudrais vraiment redire que nous adhérons à 100 % au travail que fait le Parlement, notamment par rapport à cette volonté d'améliorer la qualité des soins. Cela me touche. Nous sommes venus vous dire aujourd'hui que cette démarche ne pouvait pas se réaliser en quelques analyses et certainement pas en fournissant des données brutes. C'est l'essence du message.

Ce que j'entends encore dans vos réactions par rapport à nos commentaires, c'est qu'on demande des chiffres, des analyses et des interprétations

pour des recommandations sur l'amélioration de la qualité des soins. Ce sont trois choses différentes. Il s'agit de trois étapes essentielles du processus scientifique et épidémiologique qui est le nôtre et que nous faisons tous les jours. Pour le moment, il est vrai qu'il se concentre sur la collecte des données et l'analyse de ces données avec une interprétation par rapport au suivi épidémiologique.

Soyez bien convaincus que nous sommes les premiers à souhaiter que ces données soient utilisées pour aboutir à un processus d'amélioration de la qualité des soins. Je suis très sensible à ce que le Dr Fonck a dit. Je pense que c'est une responsabilité que nous avons par rapport aux citoyens, à notre système de soins et à l'ensemble des soignants qui se sont investis plus qu'il est possible et humainement imaginable. Nous adhérons certainement à cette volonté d'apporter des améliorations à notre système si besoin en est.

Cependant, cette démarche ne se fait pas en libérant des données brutes. Elle doit se faire avec un ensemble de partenaires qui ont la connaissance du domaine, donc aussi bien avec le SPF qu'avec le Centre d'expertise et l'ensemble des hôpitaux ou de leurs représentants.

On ne peut pas faire une telle analyse sur un bout de table. Cela doit être scientifiquement décrit. Il doit y avoir une méthodologie et, pour cela, il nous faut des questions. Et, c'est sur la base de formulation de questions que nous établissons une méthodologie, une liste des informations qui sont indispensables pour répondre aux questions et, puis, que nous collectons, analysons et interprétons avec l'ensemble des partenaires qui ont la connaissance du système. C'est dans cette démarche scientifique qu'on pourra apporter des réponses à ces questions.

Je souscris donc volontiers à la proposition de Mme Fonck d'entrer dans cette démarche, de le faire ensemble car nous sommes venus ici pour ouvrir justement cette possibilité d'avancer ensemble pour atteindre cet objectif. Il nous semblait essentiel de commencer par avoir de bonnes bases en s'entendant bien sur ce que nous mettons en place ensemble pour atteindre cet objectif.

Il va de soi que cela va requérir plus que deux semaines. Cela va requérir un peu de temps et peut-être aussi des moyens. Nous verrons cela plus tard. Maintenant, je propose que la prochaine étape soit la formulation d'un certain nombre de questions que vous nous posez. Nous verrons avec l'ensemble des partenaires qui doivent être impliqués la méthodologie à mettre en place et



nous viendrons bien volontiers vous la présenter pour voir quelles seront ensuite les étapes ultérieures. Voici ma proposition. Je vous remercie.

**Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw Quoilin, u wil precieze vragen. Ik heb die precieze vragen al herhaalde malen gesteld. Ik heb er nooit een antwoord op mogen krijgen.

De aanleiding om die eerste vragen vorige zomer te stellen, was een studie van Sciensano zelf, waarin de gemiddelde mortaliteit in de ziekenhuizen voor België werd weergegeven. Het is logisch dat een parlements lid dan vraagt op welke cijfers dat gemiddelde is gebaseerd. Hoe kunnen wij immers controleren op welke manier de studie is uitgevoerd en welke data werden geanalyseerd?

Het is dus heel sterk dat een en ander niet kan worden gepresenteerd aan het Parlement, laat staan aan een bijzondere commissie.

Mijnheer de voorzitter, ik heb voor u ook een vraag.

Ik voel mij enigszins bedrogen door u of door Sciensano. U hebt ons laten verstaan dat wij zelf in de bijzondere commissie konden beslissen op welke manier de cijfers zouden worden gepresenteerd. U had aangegeven dat Sciensano graag duiding bij de cijfers zou geven, omdat ze anders moeilijk te interpreteren zijn. Er is echter nooit twijfel geweest over de vraag of die gegevens er zouden komen. Die twijfel was er denkkelijk bij u ook niet.

Ik vraag mij dus af wat er is veranderd tussen toen en nu. Hoe komt het dat het toen wel mogelijk was en nu niet meer? Een heel aantal zaken snap ik dus echt niet.

Mijnheer de voorzitter, ik herhaal mijn vraag. Ik zou heel graag de minister daarover nu horen, om te luisteren naar zijn advies en zijn mening daarover.

De **voorzitter**: We bekijken of we hem kunnen sommen. Als er niemand van de leden nog wil tussenbeide komen, stel ik voor dat we dan een korte pauze inlassen.

**Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw Quoilin zegt dat als Sciensano een exacte vraag krijgen, het wel een methodologie kan opstellen. Dit is een discussie die inderdaad al maanden aan de gang is. De vraag vanuit de commissie is ook al de hele tijd hangende. Wat is de tijdsperiode waarin mevrouw Quoilin denkt een antwoord te kunnen geven?

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, de vraag is

meermaals rechtstreeks gesteld, niet via deze commissie of de commissie voor Gezondheid. Het is dus niet helemaal juist om te zeggen dat wij dat in deze commissie reeds maanden proberen. Dat wilde ik even gezegd hebben, maar dat doet uiteraard niets af aan de rest van de discussie.

**Sophie Quoilin**: Mijnheer de voorzitter, het tijdspad is echt afhankelijk van de vraag. Als u ons vraagt om een evaluatie van ons zorgsysteem te maken, kan dat niet vlug vlug. We moeten dit met een correcte methodologie uitvoeren. Anders heeft dat geen zin. Het is een verantwoordelijkheid van de wetenschappers.

Ik benadruk nogmaals dat we nog altijd in een crisis verkeren. We zijn er ondertussen een jaar mee bezig, maar de crisis is nog niet voorbij. We krijgen nog dagelijks dringende vragen. We ondervinden nog constante druk.

We zijn bezorgd over de kwaliteit van de zorg en hebben inderdaad samen met specialisten in intensieve zorg al een publicatie geschreven. We waren immers ongerust over het feit dat er heel veel personen waren overleden. We hebben een eerste analyse gemaakt met de steun van specialisten in intensieve zorg. Dat klopt inderdaad en is wel het bewijs dat we de situatie helemaal niet willen minimaliseren. Het ging echter nog niet om een analyse van de oorzaak. Het betrof slechts een eerste analyse dat er iets aan het gebeuren was. Het was maar één stap en dan nog maar voor een deel van problematiek. Het zal veel meer tijd vragen om een ruimere analyse van het hele systeem te maken.

Dat willen wij vandaag benadrukken. Het is een proces waarmee wij moeten beginnen. Het gaat er niet om gewoon maar cijfers te geven. Als de bezorgdheid van het Parlement de kwaliteit van de zorg is, dan wil ik echt benadrukken dat wij een echt proces moeten opstarten en niet gewoon enkele analyses doen op de hoek van een tafel. Dat is onze bezorgdheid. Wij willen dat goed doen. Als u dat ook wenst, dan zullen wij dat samen doen, zeker en vast. Wij zullen u ondersteunen in uw opdracht. Dat zijn wij vandaag komen zeggen.

**Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil dit toch nog even duiden. Als het Parlement een analyse vraagt, dan wordt er inderdaad een vraag opgesteld. Dan wordt een analyse gevraagd. Het Parlement heeft in deze geen analyse gevraagd, maar de cijfers waarop men zich heeft gebaseerd. Als we het hebben over democratie en parlementaire controle, heeft het Parlement wel het recht om cijfers op te vragen. Dat is ook wat de commissie heeft geoordeeld.

Laat ons het democratisch gehalte niet omdraaien. De vraag vanuit het Parlement is duidelijk en welomlijnd. Het gaat niet om het uitvoeren van een doctoraatstudie in de schoot van Sciensano. Het gaat om de cijfers waarop Sciensano zich heeft gebaseerd. Zo ingewikkeld is die vraagstelling niet.

**De voorzitter:** Mevrouw Depoorter, ik heb het ondertussen even bekeken. We zijn inderdaad een bijzondere commissie. We kunnen de minister vragen, maar niet opvorderen: wij zijn geen gewone commissie waar vragen worden gesteld. Volgende week is er in de commissie voor Volksgezondheid een actuadebat over covid. Ik stel voor om daar de nodige vragen aan de minister te stellen. Deze hoorzitting is covidgerelateerd. Ik suggereer dus om dat daarheen te verwijzen. Dat lijkt mij het meest efficiënt, want het is op zich niet de rol van deze commissie om de minister te horen over actuele thema's en dergelijke.

Misschien kunnen we hier vrijdag met de commissie bij stilstaan, om na te gaan hoe om te springen met onze informatievraag aan Sciensano. Ik heb begrepen dat zij concrete vragen stellen. Anderzijds volg ik mevrouw Gijbels wel: er is een aantal vragen gesteld die mij redelijk concreet lijken. Daar moeten we een methodologie voor zoeken. Daar hebben we het vast en zeker nog over.

**Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, op welk artikel van het Reglement baseert u zich hiervoor?

**De voorzitter:** Het Reglement laat toe dat we beslissingen nemen, er staat niet in dat we de minister niet kunnen vragen. Het voorziet echter niet dat wij het recht hebben om de minister te sommeren. Ik vind het persoonlijk geen goed idee om dat nu te doen, aangezien we dinsdag al een actualiteitsdebat hebben. Hij weet trouwens niet wat hier gezegd is en is dus niet voorbereid. Ik vrees dus dat we weinig relevante antwoorden zullen krijgen.

**Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, we zijn hier nu twee uur lang rondjes aan het draaien rond cijfers, vragen, analyses en opdrachten. Misschien is de minister wel de persoon die de opdracht kan geven. Dat is toch wel zijn bevoegdheid? Als we dan wachten tot dinsdag, is het eind juni. Als dan het kabinet er nog eens over moet overleggen en Sciensano nog eens moet worden gecontacteerd, zitten we in het reces. Dan weet u ook wat er gebeurt. De minister kan via webinar deze commissie vervoegen. Dan kunnen we dit met hem bespreken. De Vooruitfractie is vandaag toch ook niet zo tevreden met de gang van zaken. Het is een mogelijkheid om hem of het

kabinet op te bellen en te vragen of we hierover kunnen overleggen en snel kunnen beslissen hoe we verder gaan met deze kwestie.

**De voorzitter:** Ik vraag mij af of wij niet gewoon kunnen beslissen om de minister deze opdracht te geven. Daarover zijn wij het immers allemaal eens.

**Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, anders moeten wij stemmen of wij de minister nu uitnodigen of niet.

**Karin Jiroflée (Vooruit):** Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat wij dit niet langer rekken dan nodig. Sciensano is bereid om iets te doen. Wij kunnen allemaal volgende week de minister vragen wat wij willen. Wij zullen zeker de minister informeren over het gesprek dat hier heeft plaatsgevonden. We moeten wel redelijk blijven. Het is niet omdat ik hierover daarmee boos was, dat ik nu vind dat wij hier stante pede de minister moeten vorderen. De commissie is groot en wijs genoeg om dit af te handelen met Sciensano. Uiteraard zal dit hem wel ter ore komen, ik denk zelfs niet dat ik daarvoor nodig ben, dat zal ondertussen wel reeds gebeurd zijn. Wij moeten de minister dus niet lastigvallen op dit moment, wij kunnen hem later ondervragen.

**Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, ik wil hierover toch graag een stemming vragen.

**De voorzitter:** U hebt dat recht. De concrete vraag waarover wij stemmen, is of we de minister vragen om nu naar deze commissie te komen. Is iedereen klaar om te stemmen? Het is belangrijk dat de camera aanstaat.

Enkel de mensen van wie de camera opstaat, kunnen stemmen.

Wie vraagt dat de minister onmiddellijk naar de commissie komt voor een gedachtewisseling?

*- Er wordt gestemd bij handopsteking.*

Er zijn vijf stemmen voor, vijf stemmen tegen. Er is staking van stemmen en dus is het voorstel verworpen.

De boodschap is echter duidelijk: iedereen is het erover eens om de minister te vragen tussenbeide te komen.

De vergadering is hiermee afgerond. Wij zien elkaar vrijdag terug om 10 uur. Ik heb begrepen dat de tekst die ik heb opgemaakt, vandaag nog wordt vertaald, dus wellicht zal die vandaag nog in uw mailbox zitten, zowel in het Nederlands als in het Frans. Die zal de basis vormen voor de discussie, maar uiteraard kunnen de fracties daarop al

amendementen voorstellen en doorsturen. Als u al bepaalde dingen wilt toevoegen, schrappen of wijzigen, dan mag dat zeker op voorhand gebeuren via het secretariaat.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.01 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 16 h 01.*