

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

du

LUNDI 21 SEPTEMBRE 2020

Après-midi

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

van

MAANDAG 21 SEPTEMBER 2020

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de la commission est ouverte à 14 h 17 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Hoorzitting met de heren Steven Van Gucht en Yves Van Laethem, communicatieverantwoordelijken Sciensano. Audition de MM. Steven Van Gucht et Yves Van Laethem, direction de communication Sciensano.

De **voorzitter**: Beste commissieleden, mijnheer Van Gucht, mijnheer Van Laethem, van harte welkom in deze commissievergadering. De tijd was kort. Iedereen heeft in het weekend heel veel werk gehad met de voorbereiding van de vergadering van vandaag. Ik stel voor om onmiddellijk van start te gaan, want om 16.30 uur komen nog mensen langs van Dokters van de Wereld, die ons ook interessante toelichtingen en inzichten zullen geven.

Yves Van Laethem: Steven ne nous a-t-il pas dit qu'il était le plus pressé? Pour ce qui me concerne, j'ai le temps jusqu'à 16 h 15 - 16 h 30. C'est comme vous voulez.

Steven Van Gucht: Ik kan eventueel een presentatie geven over de WHO en het ECDC, met een tijdlijn van wat er sinds begin januari tot nu gebeurd is, met wat meer aandacht voor de beginperiode.

Yves Van Laethem: Dat is een goed voorstel. Doet u maar.

Steven Van Gucht: Ik heb de presentatie niet getimed. Als die te lang zou duren, dan moet u mij zeker stoppen, zodat we naar de vragen kunnen overgaan.

Uit de uitnodiging had ik begrepen dat de uiteenzetting van vandaag onder andere zou gaan over de interactie met een aantal internationale organisaties, zoals de WHO en het ECDC, in het kader van de crisisaanpak rond COVID-19.

Ik heb een tijdslijn gemaakt waarop te zien is wat er allemaal gebeurd is en welke de rol van elke organisatie was.

Laten we beginnen bij de WHO. Ik vermoed dat de meesten onder jullie de WHO heel goed kennen. De organisatie werd opgericht in 1948 en is een orgaan van de Verenigde Naties. Ze werkt volgens regio's. Wij vallen onder de grote Europese regio. Zij hebben een wettelijk kader gecreëerd in 2005, the International Health Regulations (IHR), waar België als lidstaat ook aan gebonden is. Er zitten in totaal 196 landen in. De International Health Regulations bevatten een aantal afspraken over de minimumcapaciteit die elke lidstaat moet hebben om gevaren te kunnen detecteren en beoordelen. In dit geval spreken we over besmettelijke agentia. Ook verbinden al die landen zich ertoe om open en snel te communiceren met elkaar wanneer er ergens een uitbraak plaatsvindt van een besmettelijk agens, zeker wanneer dat een impact kan hebben op andere landen.

De IHR hebben als bedoeling om de lidstaten op de hoogte te houden en te verwittigen, zodat iedereen de nodige maatregelen kan nemen. In de beschrijving staat "to limit travel and trade restrictions". Beperkingen op reizen en handel kunnen dus worden ingeroepen, maar het is de bedoeling om die zoveel mogelijk te vermijden, dankzij de maatregelen die men neemt.

De WHO heeft natuurlijk een heel grote missie, niet alleen rond infectieziekten. Het gaat ook over niet-overdraagbare ziekten, maar daarover gaan we het

vandaag niet hebben. Ze hebben een grote rol te spelen bij noodgevallen op het vlak van gezondheid, zoals uitbraken en epidemieën. Enerzijds moeten ze ervoor zorgen dat elk land voorbereid is. Anderzijds ondersteunen ze ook landen bij de ontwikkeling van bijvoorbeeld laboratoriumtesten. Dat hebben ze hier ook gedaan. Daar hebben we in België ook van kunnen profiteren.

Zij helpen bij het detecteren van crisissen rond volksgezondheid, zoals uitbraken, en het zorgen voor transparante communicatie. Ze kunnen ook helpen in het voorzien van essentiële gezondheidsvoorzieningen zoals medicijnen, vaccins of opleiding. Ik denk daarbij zeker aan ontwikkelingslanden. Er lopen momenteel grote programma's rond antimicrobiële weerstand, maar ook rond de eliminatie van overdraagbare ziekten zoals mazelen, rubella en polio. Het influenzavaccinatieprogramma, ook voor België, wordt door hen gecoördineerd.

Wat doen zij in het kader van COVID-19? Er worden heel wat zaken gepubliceerd door de WHO, zoals richtlijnen en technische rapporten.

Welke testen kan men implementeren en hoe moet men ze valideren? Wie moet men testen en wanneer? Er zijn ook heel wat richtlijnen over de behandeling van patiënten. Het gaat dus heel breed, maar dat is toch zeer nuttig, ook voor een land als België.

De WHO publiceert situatierapporten, epidemiologische updates over de situatie in de wereld, in verschillende landen en de evolutie daarvan. Natuurlijk faciliteert de WHO ook de uitwisseling van kennis en informatie tussen landen, wat heel belangrijk is. Zij bepaalt ook prioriteiten rond onderzoek en ontwikkeling. De WHO maakt bijvoorbeeld een lijst waarop staat wat nu prioritair is inzake COVID-19: welke medicijnen zouden moeten worden ontwikkeld, hoe moet een toekomstig vaccin eruitzien, aan welke voorwaarden moet dat vaccin voldoen? De WHO zet daaromtrent een aantal richtlijnen uit, die dan kunnen worden gebruikt, onder andere door de vaccinproducenten en onderzoekers.

Zij organiseert ook klinische studies, bijvoorbeeld de Solidarity Trial. Ik denk dat België daar ook voor een deel aan heeft geparticipeerd, maar ik ben niet zeker. Dat is ook een wereldwijde klinische studie om de behandeling van verschillende medicijnen voor COVID-19 uit te testen op werkzaamheid en veiligheid.

Hoe is het allemaal begonnen? Het allereerste rapport over deze nieuwe ziekte heb ik zelf

binnengekregen – ik heb een screenshot genomen van de mail die wij, als epidemiologen en virologen, hebben binnengekregen – op 30 december: een uitbraak van een vermoedelijk virale longontsteking in Wuhan in China. Wij hadden nog nooit van Wuhan gehoord. Dat was op 30 december, het eerste signaal dat wij kregen.

Op dat moment vonden wij dat vooral heel interessant. Als virologen waren wij zeer geïnteresseerd om te weten welk virus aan de basis lag: was het iets nieuws, was het iets bekend? Was het iets dat zich kan verspreiden van mens tot mens, want dat was in die eerste dagen helemaal niet duidelijk? Het was pas een tiental dagen later, op 9 januari – heel snel, om eerlijk te zijn – dat de Chinezen hadden ontdekt dat het om een coronavirus ging, een nieuw coronavirus. Op dat moment waren de rapporten vanuit China nog altijd van dien aard dat er geen indicatie was dat het virus zich verspreidde van mens tot mens. Wij spreken nu over 10 januari. Men had vermoedens dat het zoönotisch was, een virus dat overgesprongen was van dier op mens. Mogelijk zat die dierlijke bron nog altijd in Wuhan. Men keek toen heel hard naar de dierenmarkt, maar er was op dat moment geen bevestiging dat het virus zich verspreidde van mens tot mens; opnieuw, binnen dat kader was het weinig verontrustend. Het is heel onwaarschijnlijk dat iets dat zich niet verspreidt van mens tot mens, zich echt buiten China kan gaan verspreiden.

Kort nadien, op 12 januari – en dat was een belangrijke mijlpaal, zeker voor de virologen – heeft China de eerste genetische sequentie van dat virus gedeeld met de wereld. Dat was opnieuw een heel snelle actie van China. Dat heeft ons toegelaten om snel te beginnen werken aan labotesten. Eigenlijk heeft men niet meer nodig dan die sequentie en dan kan men op enkele dagen tijd een eigen labotest creëren. Dat is wat wij in België ook hebben gedaan.

Het laboratorium van Marc Van Ranst had enkele dagen later reeds een test beschikbaar, waarvan we op zijn minst op papier konden vermoeden dat die zou werken. Wij hadden die natuurlijk nog niet kunnen uittesten op echte stalen, want die hadden we nog niet. We hadden nog geen virus of controlemateriaal.

Volgens de sequentie hadden we enkele dagen later een test beschikbaar. Het is pas op 19 januari dat de Wereldgezondheidsorganisatie bevestigde dat het virus van mens op mens werd verspreid. Ik heb de tweet er op de slide bijgezet.

Dat verandert heel de zaak, want toen beseften men dat dit virus het potentieel had om internationaal te

gaan of om zich verder te verspreiden in China zelf. Er waren daarvoor al vermoedens. Wij als virologen gingen er altijd wel van uit dat het virus zich aan het verspreiden was tussen mensen, maar we keken natuurlijk vanop duizenden kilometers afstand naar dat verhaal. De eerste officiële bevestiging door de WHO was op 19 januari, wat het alarmniveau verhoogde.

Kort nadien, op 23 januari, was er de lockdown in Hubei. Dat was een schok voor heel de wereld. Enkele dagen later, op 28 januari, werd het Wetenschappelijk Comité opgericht, waarvan Marc Van Ranst, Erika Vlieghe, Charlotte Martin en ikzelf deel uitmaken.

De website info-coronavirus.be werd toen gecreëerd en op 30 januari declareerde de WHO een *public health emergency of international concern*. Dat betekent dat zij erkent dat dit een noodsituatie is met een internationale impact.

Op dat moment waren er buiten China nog maar 98 gevallen vastgesteld. Het is ook in die periode, naar aanleiding van de lockdown in Hubei, dat wij Belgen uit China hebben gerepatrieerd en dat een persconferentie werd gehouden.

Toen hebben we onze eerste positieve patiënt kunnen diagnosticeren. Dat was een gerepatrieerde persoon. Die is tijdens zijn besmettelijke periode nooit in contact gekomen met het Belgische publiek. Het was dus een heel *confined* probleem, met niet meteen een impact op de volksgezondheid.

Op 9 februari heeft de WHO een missie naar China gestuurd om ter plekke de situatie te gaan beoordelen. Dat is ook belangrijk, want tot dan toe moest men afgaan op de informatie die men kreeg van de Chinese overheidsdiensten zelf. Op 9 februari heeft de WHO enkele experts gestuurd om de situatie ter plekke op te meten.

Op 22 februari is het eerste echte grote Europese probleem begonnen, toen het virus in Italië begon uit te breken. Naarmate de besmettingen en sterfgevallen toenamen in de loop van maart werd duidelijk dat dit wel eens heel ernstig zou kunnen worden. Wat men meestal ziet bij dat soort van uitbraken – dat was bijvoorbeeld ook het geval bij de uitbraak van de Mexicaanse griep in 2009 – is dat het in het begin meestal veel ernstiger lijkt dan het uiteindelijk wordt. In het begin detecteert men immers vooral de zeer ernstige gevallen, namelijk mensen die in het ziekenhuis worden opgenomen met een ernstige longontsteking en negatief testen voor de klassieke oorzaken. Dan gaat men op zoek naar de niet-gekende oorzaken. Dan vindt men een nieuw virus. Op basis daarvan detecteert men nog

meer ernstige gevallen. In het begin ziet men dus vooral de ernstige gevallen, maar vaak niet de ijsberg die eronder zit. Dat verklaart waarom in het begin van dergelijke uitbraken de *case fatality rate*, de sterftegraad, vaak vrij hoog lijkt.

In dit geval is dat wel anders uitgedraaid. In China, in Wuhan, was er een sterftegraad van 3 %. Ik denk dat die zelfs nog iets hoger is gestegen naar 3 tot 4 %, maar in plaats van een lager wordende sterftegraad naarmate de epidemie zich verder ontwikkelde en naarmate men een beter zicht kreeg op wat er gebeurde, zagen we het omgekeerde gebeuren in Italië, waar er rond 10 maart een sterftegraad van 10 % was.

Men zag bijvoorbeeld dat in het noorden van Italië het dodental elke dag opliep en dat de percentages hoger waren dan in China. Het was dus duidelijk dat het ernstig was, ernstiger dan we hadden kunnen vermoeden op basis van de Chinese gegevens. Toen is er in Europa wel een versnelling hoger geschakeld.

Ik wijs erop dat op dat moment de WHO en ook het ECDC nog steeds negatief adviseerden of niet adviseerden om restricties op te leggen voor reizen en handel. Zij vonden dat op dat moment niet nodig. België bevond zich als kleine lidstaat in Europa niet in de positie om zelf grenzen te sluiten of restricties op te leggen. Dat kan men beter doen in een groter internationaal kader, zeker wanneer er ook nog eens een grote onzekerheid is.

Niemand wist echter waar de virusuitbraak naartoe zou gaan. De internationale instanties adviseerden op dat ogenblik geen reisbeperking of adviseerden tegen enige reisbeperking, hoewel sommige landen, zoals Italië, die beperking wel al individueel hadden opgelegd. Italië had vluchten voor niet-Italianen uit China verboden of weigerde Chinezen binnen te laten, reeds vanaf 31 januari 2020. Zoals wij weten, heeft dat niet veel uitgehaald. Italië was immers het eerste land in Europa dat zwaar getroffen werd.

In de Verenigde Staten heeft Trump iets later ook afgekondigd dat hij voor niet-Amerikanen die uit China kwamen, de grenzen zou sluiten. Opnieuw heeft dat niet veel uitgehaald. De maatregel kwam op dat moment waarschijnlijk al te laat. De maatregel nam ook niet weg dat landgenoten die het land wel binnen mochten, het virus konden binnenbrengen.

In België hebben wij een tijdje later ons tweede geval gedetecteerd, dat ons eerste echte lokale geval was. Het was geen persoon die uit Italië of China kwam, maar iemand die uit het noorden van Frankrijk kwam. Dat was na het einde van de

krokusvakantie, toen het virus echt in Europa is beginnen uitbreken.

Op dat moment was het officieel advies dat mensen die ziek waren en symptomen ontwikkelden na hun terugkeer uit Noord-Italië, moesten thuisblijven en niet mochten gaan werken. Het advies was toen nog heel hard gericht op symptomen. Dat was ook het geval voor onze teststrategie. Wij wilden typische symptomen zien. Het advies om thuis te blijven was voor mensen met symptomen.

Op dat moment was het ook nog niet erg duidelijk hoe belangrijk de verspreiding van het virus was bij mensen die geen symptomen of nog geen symptomen hadden. Het is pas later duidelijk geworden dat de impact daarvan heel groot was, wat natuurlijk de strijd tegen een dergelijk virus heel hard bemoeilijkt. Het is dan heel moeilijk om het virus buiten het grondgebied te houden.

Niettemin waren er, nadat wij begin maart 2020 ons tweede geval en ons eerste echt lokale geval hadden, negen dagen later al aanbevelingen om te telewerken. Dat was op 10 maart. Evenementen met meer dan duizend deelnemers werden geannuleerd. Op dat moment had België al 267 gevallen gediagnosticeerd.

Op 11 maart was er het eerste bevestigde overlijden in België. Dat is ook het moment waarop de WHO de pandemie heeft uitgeroepen. Dat was naar mijn mening vrij laat. Op dat moment spraken wij in België – niet alleen collega Marc Van Ranst, maar ook ik, misschien enigszins minder zichtbaar – al over een pandemie. Voor ons was de uitbraak al pandemisch. De WHO heeft ze pas op 11 maart 2020 officieel uitgeroepen.

De declaratie van een pandemie heeft niet meteen praktische consequenties. De impact op het publiek is wel groot alsook op de leiders en de politici, met name als signaal om het virus nog ernstiger te nemen. Concreet betekende dat echter niet echt iets op het vlak van richtlijnen of maatregelen.

U ziet op de slide de tweet van 11 maart die de pandemie uitriep.

Op 12 maart werd het bezoek aan rusthuizen geannuleerd en op 13 maart hadden we de eerste versie van een lockdown. Ik laat in het midden of men dat wel een lockdown kan noemen maar op 13 maart hebben we de eerste strenge maatregelen genomen, zoals het sluiten van scholen, bars en restaurants en het afschaffen van evenementen. Verder werden de winkels in het weekend gesloten. Op dat moment hadden we nog

maar 3 overlijdens en waren er 559 gevallen gedetecteerd. Dat was dus al bij al slechts een twaalfstal dagen na het geval uit Frankrijk.

Men kan vragen of we sneller hadden kunnen reageren, maar ik weet het niet. Als men de tijdlijn bekijkt, dan zit daar niet zoveel tijd tussen. Het waren toen ook zeer drastische maatregelen en hoe sneller men reageert, hoe meer impact dat uiteraard heeft.

Er bestaat wel een verschil tussen de landen. In België werden we vrij zwaar getroffen na de terugkeer uit het krokusverlof. We hebben toen een sterke introductie van het virus gehad en het is mogelijk dat dit niet in alle landen even intens was in die periode. Op 18 maart is er een tweede fase van de lockdown gekomen, met een verdere verstrenging.

Pas op 2 april meldde de WHO dat pre- en asymptomatische verspreiding belangrijk zijn bij de verspreiding van het virus. Daarmee wil ik aangeven dat al die zaken bij het begin niet zo evident waren. Bij de verspreiding van het virus in de woon-zorgcentra werd er zeer sterk gefocust op mensen die ziek waren en thuis moesten blijven omdat zieke mensen het virus zouden verspreiden. De pre- en asymptomatische verspreiding waren waarschijnlijk zeer belangrijk bij het ongemerkt introduceren van het virus, zowel in het land als in de woon-zorgcentra. Dat is geleidelijk aan duidelijk geworden. Vandaar dat het belangrijk is dat iedereen meewerkt aan het opwerpen van barrières, ook mensen die géén symptomen vertonen. Iedereen moet maskers dragen en letten op de handhygiëne. Alles is cruciaal omdat men nooit weet of men besmet is. Nu is dat al veel duidelijker dat in de beginperiode.

Ik zal niet te veel in detail treden om niet te veel tijd in beslag te nemen. Ik ga wel nog even in op de standpunten van de WHO. De WHO was bij het begin helemaal geen voorstander van het dragen van mondkapjes op straat door de algemene bevolking. Buiten de medische context werd dat eigenlijk afgeraden. Zij zijn pas vrij laat van mening veranderd, in het advies van 5 juni. Toen werd gesteld dat het in sommige omstandigheden wel nuttig kon zijn om in het publiek maskers te dragen.

Op dat moment hadden wij in België die beslissing al lang genomen. Al een tijd ervoor hadden wij beslist dat maskers gedragen moeten worden op het openbaar vervoer en ook werd het dragen van maskers in de winkels op dat moment sterk aangeraden.

De WHO heeft zich gebaseerd op voortschrijdend inzicht, nieuwe publicaties en meta-analyses die

steeds meer duidelijk maakten dat maskers ook voor de algemene bevolking in bepaalde omstandigheden nuttig kunnen zijn. De WHO heeft daarover altijd duidelijk stelling ingenomen, wat ik wel apprecieer. In het begin vond de WHO het dragen van mondklappers niet nuttig, later wel. Er kan gediscussieerd worden over de vraag of de WHO het al dan niet bij het rechte eind had, maar de WHO neemt wel stelling in. Dat mis ik vaak bij ECDC, het Europees agentschap, dat daarin veel meer omfloerst is. Ook recent nog heeft ECDC een document gepubliceerd waarin een aantal voordelen en een aantal nadelen van het dragen van een mondklapper worden opgesomd. Het komt vervolgens de lidstaat toe te beslissen wat het daarmee doet. Daar hebben wij niet zoveel aan, want de voor- en nadelen waren ons al bekend en die konden wij in de literatuur raadplegen. Als we ons midden in een crisis bevinden, is het voor ons veel nuttiger als een internationale organisatie die als referentiepunt geldt ook een duidelijke stelling durft in te nemen, want daarmee kunnen we voortwerken. Dat konden wij wel appreciëren aan de WHO op enkele punten. Zo sprak de WHO zich ook uit over de tests in antwoord op de vraag welke de beste manier is om het virus aan te pakken. De zaken werden daardoor misschien wel enorm vereenvoudigd, maar "test, test, test" is een duidelijke boodschap, een duidelijk signaal waarmee we iets kunnen doen. In dat opzicht vind ik dat de WHO zich goed opgesteld heeft.

Naast het innemen van duidelijke posities kan de WHO ook duidelijke waarschuwingen formuleren ten aanzien van een regio of een land. Recent heeft Hans Kluge, de directeur voor de Europese regio, dat nog gedaan voor Europa, België inclusief, door ervoor te waarschuwen dat we wel degelijk met een heropflakking zitten, waardoor oktober en november een stuk zwaarder kunnen worden, met meer overlijdens. Een dergelijke vorm van communicatie krijgen we van ECDC meestal niet, want ECDC is veel voorzichtiger en veel neutraler in zijn communicatie, wat ik vooral in tijden van crisis soms wel betreurt.

Het Europees Centrum voor ziektepreventie en –bestrijding (ECDC) is opgericht in 2005. Het is een instrument van de Europese Commissie. In de werking is er een zekere overlapping met de WHO, maar zij proberen zeer nauw samen te werken met de WHO om ervoor te zorgen dat er zo weinig mogelijk dubbel werk gedaan wordt.

In België rapporteren wij bijvoorbeeld al onze nationale gegevens over de bevestigde gevallen aan het ECDC. Het ECDC rapporteert dan verder aan de WHO. Of beter, die zitten in een gemeenschappelijke database. Wij worden geacht te rapporteren aan zowel het ECDC als de WHO.

Het is niet de bedoeling dat werk dubbel te doen. Die data passeren dus eerst via het ECDC en worden gedeeld met de WHO. Er is dus een overlapping, maar zij werken zoveel mogelijk samen.

Het ECDC heeft als mandaat de lidstaten bij te staan bij de preventie en de controle van infectieziekten en bij de *preparedness*, de voorbereiding voor gezondheidsdreigingen die over de grenzen heen kunnen gaan. COVID-19 is natuurlijk een zeer mooi voorbeeld daarvan.

Het ECDC organiseert een Europees surveillancesysteem en zorgt ervoor dat de lidstaten al hun data rapporteren aan het ECDC. Het ECDC legt ook de criteria op: wie moet worden getest, wat zijn de voorwaarden, welke data moet men verzamelen en doorsturen? Op die manier wordt de werking tussen de lidstaten geharmoniseerd. Zo kan België zijn cijfers beter vergelijken met die uit Frankrijk of Spanje of Oostenrijk. Dat wordt door het ECDC gecoördineerd.

Daarnaast geeft het ECDC, net als de WHO, adviezen, richtlijnen: welke testen worden er gebruikt, hoe moet men die testen valideren, wat zijn de maatregelen die een land kan nemen om de epidemie te bestrijden? Daar is er een zekere overlapping met de WHO.

Wat ik heel hard apprecieer aan het ECDC is de ondersteuning die het geeft aan onze laboratoria. Het ECDC speelt een heel nuttige rol, vind ik, in de zorg voor het ter beschikking zijn van materiaal om onze testen mee te valideren. Er zijn Europese laboratoriumnetwerken die gecoördineerd worden door het ECDC. Die laboratoria helpen elkaar dan door het delen van protocollen: wat is het beste protocol dat men kan gebruiken, welk controle materiaal kan men gebruiken? Dat wordt gratis ter beschikking gesteld. Dat laat toe de testen met een zeer snel tempo te perfectioneren. Daar speelt het ECDC een heel nuttige rol in.

Voor de rest hebben ze natuurlijk heel wat andere functies rond antibioticumresistentie en de strijd daartegen en vaccinatiestrategieën in Europa, maar ik zal daar niet in detail op ingaan.

Wat doet het ECDC nog? Het zorgt voor de surveillance, de epidemiologische rapporten, die we kunnen raadplegen, en risk assessments. Voor mij zijn die risk assessments vaak nogal vaag en voorzichtig. Ze spreken over *low*, *moderate* en *high risks*. Dat is vaak nogal vaag. Ze brengen ook technische rapporten uit en geven richtlijnen rond het gebruik van beschermingsmateriaal. Ik haalde het voorbeeld van de maskers aan. Daar blijven ze

ook vaag over. Ze nemen daarover vaak geen duidelijke stelling in.

Ook op het vlak van reizen zijn ze wat tekortgeschoten. In het kader van de versoepelingen in heel Europa na de lockdownperiode van maart-april zijn de grenzen binnen de Europese Unie weer opengezet. Dat was rond 15 juni. Daar waren economische redenen toe. Ik heb echter altijd gevonden dat er niet goed nagedacht was over een systeem om de mogelijke risico's daarvan aan te pakken. Het ECDC heeft gewoon gesteld dat het openen van de grenzen niet zo veel risico's inhield, aangezien de cijfers relatief gelijkaardig waren in verschillende landen. Het risico in België zou dus niet veel groter zijn dan dat in Frankrijk of Spanje. Dat was het min of meer.

Als gevolg daarvan zijn de lidstaten zelf hun eigen procedures beginnen te ontwikkelen. Ze hebben zelf bekeken hoe ze het zouden organiseren. Er moest worden gekeken of er gebieden waren waarvan de landen liever niet hadden dat ernaartoe zou worden gereisd, de zogenaamde rode zones. Daarnaast moest worden bekeken wat er moest gebeuren als iemand zou terugkomen uit een rode zone. Zouden die mensen in quarantaine moeten gaan, zouden ze getest moeten worden? Elke lidstaat heeft die procedures voor zichzelf ontwikkeld. Dat heeft geleid tot de situatie waarin we nu zitten. Europa heeft een belangrijke kans gemist om in het begin die procedures uit te denken en aan te bieden. Het was niet voldoende zomaar de grenzen open te zetten. Ze hadden daaraan moeten denken.

Ondertussen wordt er wel aan gedacht. Er wordt nu hard gewerkt aan een Europese harmonisering van het reisbeleid, onder impuls van het Duitse voorzitterschap, en van België. We hebben daar ook zwaar voor gelobbyd. We vinden namelijk dat al die verschillende regels in verschillende landen verre van ideaal zijn. Daarin had het ECDC ook een proactievere rol kunnen spelen, vooral in de beginperiode, bij het openen van de grenzen.

Heel kort wil ik het volgende aanhalen, ik zal niet in detail gaan. Toen wij in het begin in België criteria opstelden met betrekking tot wie wij gingen testen, hebben wij ons gebaseerd op de internationale richtlijnen van de WHO en vooral van ECDC. Uiteindelijk moeten wij onze gegevens ook rapporteren aan ECDC en dus is het belangrijk om die *case definition* van wat een mogelijk geval van COVID-19 is en wanneer over moet gegaan worden naar een test, af te stemmen op ECDC, zodat wij die gegevens aan hen kunnen rapporteren op een geharmoniseerde manier. Wij hebben ons daar vooral gebaseerd op die

internationale richtlijnen, die wij grotendeels gevolgd hebben. Ik zal dit niet verder in detail overlopen.

Die *case definition* in de beginperiode, februari en begin maart, was gericht op de typische symptomen. Dat ging dan meestal niet over de milde gevallen maar echt over de gevallen met koorts, hoesten en moeilijke ademhaling. Tevens moest er een link zijn met een besmet gebied, dat kon Wuhan zijn en vanaf eind februari kon dat ook een aantal provincies in Noord-Italië zijn waar er circulatie van het virus was vastgesteld, of een contact met een bevestigd geval. Dat was de definitie.

Achteraf gezien was die definitie te beperkt, want waarschijnlijk hebben wij heel wat andere gevallen niet opgemerkt, omdat ze zeer mild waren, op een verkoudheid geleken, en dus niet vielen onder die klassieke triade van symptomen, zijnd hoesten, koorts en moeilijke ademhaling, en omdat het ging om gevallen die niet noodzakelijk gelinkt waren aan de op dat moment zwaar besmette gebieden, zoals Hubei of het noorden van Italië. Ik herhaal het echter, wij hebben daar vooral ook de internationale richtlijnen, de internationale definitie van ECDC gevolgd. Achteraf gezien was het beter geweest om breder te testen.

Dat is natuurlijk opnieuw gemakkelijk gezegd, want ik moet er bij zeggen dat wij op dat moment verre van een grote testcapaciteit hadden, die wij nu wel hebben. Dat was in februari en maart, in de griepperiode, wij wisten dat wij enorm veel mensen gingen moeten testen als wij ook de mensen met milde symptomen moesten testen en dat onze testcapaciteit sowieso waarschijnlijk dan niet kon volgen. Al die zaken zijn natuurlijk geëvolueerd in de tijd.

Ik geef u een voorbeeld van 2 maart, met een overzicht uit welke gebieden mensen moesten getest worden. Natuurlijk ging dat over China.

Ik toon u de gegevens van de website van ECDC van 2 maart middels een snapshot. Volgens ECDC moesten toen mensen uit China getest worden en in Europa ging het op dat moment over Italië. In de opsomming staan Emilia-Romagna, Lombardije, Piëmont en Veneto en nog een aantal andere Aziatische gebieden. Die datum, 2 maart, is al na het einde van de krokusvakantie.

Wat heeft België in die vroege periode gedaan? Welnu, ik denk dat wij echt wel snel gereageerd hebben, reeds in januari.

Op 9 januari, toen het virus pas ontdekt was, wisten wij dat het om een coronavirus ging. Op 12 januari

was de sequentie bekend. Op dat moment konden we beginnen te denken aan de ontwikkeling van een test.

Op 16 januari – ik zou dit nog eens moeten verifiëren bij Marc Van Ranst, maar ik denk dat het correct is – hadden wij al een diagnostische capaciteit in het referentielabo. Het labo van Marc Van Ranst aan de KUL was reeds als referentielabo aangeduid. De testcapaciteit op 16 januari was natuurlijk beperkt, aangezien het om één laboratorium ging. Er konden geen kits gekocht worden, dus firma's konden niets leveren, alles moest in huis ontwikkeld worden, maar toch was er al capaciteit om enkele honderden tests uit te voeren.

In die periode in januari werd er ook een referentiehospitaal aangeduid. Eventuele patiënten werden onmiddellijk doorgestuurd naar het Sint-Pietersziekenhuis in Brussel, het hospitaal waar collega Yves Van Laethem gewerkt heeft. Er was al een transportsysteem met ambulances beschikbaar om de patiënten op een veilige manier te transporteren.

Er werden in januari al waarschuwingen gepubliceerd voor reizigers.

We brachten ook communicatie uit voor de artsen, zodat artsen aan de hand van criteria verdachte gevallen konden onderscheiden en wisten wat zij moesten doen om die patiënten te laten testen. Indien wij een geval hadden, zouden wij dat ook onmiddellijk gemeld hebben, ook al in januari, aan ECDC en de WHO, zodat andere landen officieel op de hoogte gebracht werden van een bevestiging.

Op dat moment werd ook al de Risk Assessment Group samengeroepen. De datum van de eerste vergadering heb ik niet meer bijgehouden, maar ik meen dat het 20 januari was. Ook de Risk Management Group heeft in januari reeds voor het eerst vergaderd om de risico's te analyseren en na te gaan wat België kon doen.

Dat is, in een notendop, de tijdslijn met de interacties met de WHO en ECDC.

Ik sta graag ter beschikking voor al uw vragen.

Yves Van Laethem: Monsieur le président, je serai bref. Je m'appelle Yves Van Laethem. Outre le personnage que vous voyez à la télévision, je suis clinicien, tout comme Leila Belkhir, au contraire de Steven Van Gucht, qui occupe la place de la direction du service de virologie chez Sciensano. Personnellement, je ne travaille pas pour Sciensano, mes liens avec la Santé publique,

même si j'en suis le porte-parole, sont le fait que je suis un clinicien retraité de l'hôpital Saint-Pierre et que je préside la section vaccination du Conseil supérieur de la Santé et que je siège en leur bureau depuis des années. Mon point de vue est donc davantage celui d'un clinicien que celui d'un épidémiologiste ou d'un virologue.

Je ne reprendrai pas les propos de Steven Van Gucht, qui a très bien résumé la situation internationale, point qui nous préoccupe aujourd'hui. Il ressort de son intervention que des reproches ont été formulés à l'encontre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui a assez rapidement détecté un problème de santé publique potentiellement majeur au niveau international. Ainsi que Steven Van Gucht l'a souligné, nous avons mis un certain temps à nous rendre compte qu'il y avait une transmission interhumaine et à identifier correctement le virus. Ce n'est qu'une dizaine de jours plus tard que l'OMS nous a fait part de la présence d'un problème de santé publique potentiellement mondial.

L'OMS a souvent fait l'objet de critiques, notamment à l'époque de la grippe H1N1, lorsqu'il lui a été reproché d'avoir crié trop vite que le danger était là et que le monde allait être ravagé. En l'espèce, on pourrait éventuellement lui reprocher d'avoir attendu quelques jours de plus pour révéler au monde qu'un problème majeur se profilait à l'horizon.

Comme Steven Van Gucht l'a également signalé, l'OMS a joué un rôle clair quant au port du masque généralisé. Au départ, elle y était radicalement opposée. Cependant, elle a progressivement reconnu l'ampleur du danger et a d'ailleurs soutenu, début juin, une étude démontrant que le masque avait son intérêt. L'OMS a alors recommandé le port du masque dans des situations extérieures au monde hospitalier.

Tout comme Steven Van Gucht, j'ai la sensation que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a joué le même rôle que l'Europe, c'est-à-dire un rôle hésitant. Si l'ECDC a, d'emblée, notifié cette pathologie dans ses bulletins hebdomadaires, - dès janvier, je n'ai pas vérifié, pour que le premier bulletin hebdomadaire reprenne la pathologie en question - ses recommandations se sont toujours situées entre deux chaises.

C'est une situation globale que vous savez être présente pour l'Europe, puisque l'Europe n'est pas une Europe de la santé. On peut le regretter, mais c'est comme ça. Donc, tout ce qui touche à la santé est une recommandation avec beaucoup de

précautions oratoires autour, pour dire: "On vous dit ça, mais surtout ne soyez pas vexés, et vous en prenez ce que vous voulez!"

Et c'est un petit peu ce qui s'est ressenti, tant dans les recommandations de ECDC que d'ailleurs, - mais ça c'est pour d'autres discussions éventuelles - dans d'autres manières dont l'Europe a réagi, sauf peut-être au niveau des vaccins, où on a l'impression effectivement que là, la situation a été prise en main de manière un peu plus dynamique.

Donc, là, je n'ai rien à rajouter par rapport à ce que Steven vous a raconté. Son résumé de l'impact des recommandations internationales, tant au niveau international qu'au niveau de la manière dont la Belgique les a entendues et analysées, je le partage tout à fait.

Voilà, monsieur le président! Je voulais juste rajouter ces quelques mots, entre autres pour resituer un peu mon positionnement. Pour vous dire aussi que je suis revenu, moi, le 1^{er} mars, en même temps que le premier cas. Je n'avais rien à voir avec lui. Mais c'est le 1^{er} mars que j'ai débarqué en Belgique après quatre mois d'absence aux antipodes. Et c'est depuis les antipodes que j'ai suivi, par internet interposé, ce qui se passait chez nous, et j'ai retrouvé la situation belge, mais pas au moment où les prémices des choses se présentaient.

De voorzitter: Merci, monsieur Van Laethem, dank u wel, mijnheer Van Gucht, voor de interessante uiteenzettingen, die een stuk langer geduurd hebben dan voorzien. Ik vond ze interessant en ik hoop dat een aantal vragen door die extra spreektijd beantwoord is.

Het woord is nu aan de leden. Ik wil eerst een vraag voorleggen van de heer Mahdi, die ons iets vroeger moet verlaten. Als niemand bezwaar heeft, wil ik hem graag als eerste het woord geven en dan de gewone volgorde afwerken.

Karin Jiroflée (sp.a): Met die vraag heb ik geen enkel probleem, voorzitter. Waarvoor ik mijn hand voor opstak, is de vraag of het mogelijk is dat de diensten de vragen verzamelen. Ik had de vorige keer de indruk dat een aantal vragen niet beantwoord is door de heer De Raedt. Van sommige vragen had hij gezegd dat hij die niet zou beantwoorden, maar er zijn ook andere vragen blijven liggen.

Mochten de secretarissen de vragen vooraf kunnen verzamelen en doorsturen aan de experts, dan kunnen wij er misschien alsnog een antwoord op krijgen. Is dat een mogelijkheid?

De voorzitter: Dat zal inderdaad gebeuren, mevrouw Jiroflée.

Ik begrijp dat er niemand bezwaar tegen heeft dat de heer Mahdi met zijn vragen start en dat wij daarna de gewone volgorde van de fracties volgen.

Sammy Mahdi (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst en vooral de andere fracties bedanken. De studenten van de Universiteit Antwerpen zullen u hopelijk ook dankbaar zijn dat ik hen mag inspireren.

Ik wens de beide sprekers te bedanken. De virologen zullen het wel beter weten dan ikzelf, maar men moet toch proberen zoveel mogelijk zaken te voorkomen en men moet dus zo voorzichtig mogelijk omgaan met een mogelijke pandemie, die altijd kan ontstaan, vanaf het moment dat men de eerste indicaties daarvoor heeft.

Op basis van de tijdlijn heb ik nog een aantal bijvragen.

Ik hoor dat er ergens tussen 12 en 19 januari in België een eigen labotest ontwikkeld werd, wat vrij snel was, want pas op 19 januari heeft de WHO bevestigd dat het virus van mens op mens overgaat. Wanneer precies is die eigen labotest in België ontwikkeld? Hoe verhoudt dat tijdstip zich tot dat in onze buurlanden? Is België op dat vlak effectief veel sneller geweest dan de buurlanden?

Toen op 2 februari België 9 Belgen terughaalde uit Wuhan, konden die hier vrij rondlopen. Was het niet verstandiger geweest, met het voorzichtigheidsprincipe in gedachten, dat men die mensen niet enkel adviseerde, maar verplichtte in quarantaine te gaan?

Op 29 februari had men het over een reisbeperking en de WHO sprak dat tegen. Het is heel duidelijk, op basis van de informatie die wij nu hebben, dat de WHO ongelijk had.

Zouden jullie zeggen dat zij, op basis van de informatie die ze toen hadden, op 29 februari dus, op basis van datzelfde voorzichtigheidsprincipe, ook al anders hadden moeten evalueren dan wat ze hebben gedaan, namelijk misschien niet pleiten voor een reisbeperking maar in elk geval niet pleiten tegen een reisbeperking, zoals ze hebben gedaan?

Op 30 januari gingen de alarmbellen bij het WHO af. Wat is er met die informatie gebeurd in België, op het moment dat wij hoorden dat er een probleem was? Wat gebeurde er toen? Wat werd

er geactiveerd? Hoe werd de informatie gestroomlijnd van de ene naar de andere actor in het verhaal?

Op 1 maart kwam het advies om thuis te blijven als men uit Noord-Italië terugkeerde. Er werd opnieuw gesproken over een advies. Was een advies voldoende? We hebben heel lang geadviseerd aan mensen die terugkomen uit bepaalde zones. Hadden wij niet meer moeten doen dan alleen adviseren, zeker voor een regio als Noord-Italië?

De WHO had het op 2 april over de asymptomatische verspreidingen. Was dat officieel? Ik dacht dat het daarvoor ook al duidelijk was, of dat er toch signalen waren, dat er mogelijk sprake was van een asymptomatische verspreiding, nog voor 2 april? Vanaf wanneer was dat precies?

Ik heb nog een laatste vraag voor professor Van Laethem over de rol van de maskers. Er wordt gezegd dat de WHO eerst tegen was en dan voor. U zegt zelf dat het misschien wat laat was.

Hoe komt het dat de WHO van mening veranderde? Was dat op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie of op basis van wetenschappelijk materiaal dat al lang bestond? Hoe komt het dat men plots en radicaal van mening veranderde, namelijk van helemaal geen mondklappers naar bijna een verplichting of het heel sterk adviseren om een mondklapper te dragen.

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan de N-VA-fractie. Ik geef eerst het woord aan mevrouw Ingels.

Yngvild Ingels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik dank op mijn beurt ook de sprekers. Wat ik in jullie uiteenzetting heb gemist, zijn de triggers. Wat hebben die in België teweeggebracht? Welke automatismen werden in België in gang gestoken? Welke cellen werden gecreëerd? Ik weet van de RAG, de RMG en het wetenschappelijk comité. Op basis van welke informatie en op welk moment zijn er in België bepaalde organismen in gang gestoken?

In het begin was dat natuurlijk op het niveau van de FOD Volksgezondheid, want we hadden met een volksgezondheids crisis te maken. Op een bepaald moment moet men echter ook een scharniermoment afspreken. Vanaf wanneer wordt het een nationaal beheerde crisis en gaat het van Volksgezondheid naar Binnenlandse Zaken, uiteraard in covoorzitterschap?

Dat brengt mij onrechtstreeks bij het noodplan van

2009. Wat dat er wel of niet? Waarom is het niet gebruikt? Zijn er bepaalde elementen gebruikt? Ik zie ook dat het ECDC aanbevelingen doet over het voorbereidende deel. Zijn er richtlijnen gekomen? Was het plan van 2009 daarop gestroomlijnd? In hoeverre waren wij voorbereid op een dergelijke pandemie?

Ik heb ook ooit de Mexicaanse griep meegemaakt, toen ik nog op het crisiscentrum werkte. Die voorbereidingen heb ik dus voor een stuk meegemaakt. Waarom is dat plan niet voortgezet? Waarom is het niet mee geëvolueerd?

Mijn vragen gaan vooral over de rol van eenieder. Ik heb ook vragen over de fases 1, 2 en 3 van Volksgezondheid in het begin. Zijn die fases iets Belgisch of werden die vanuit Europa aangeraden? Waar komen die fases vandaan? In welke fase werd beslist om naar een nationaal beheer over te schakelen?

Ik heb ooit gelezen dat dat in fase 3 was. Dat wilt dus eigenlijk zeggen dat men niet meer weet vanwaar het komt en dat het wijdverspreid is. Misschien is het wel laat om dan maatregelen te nemen. Misschien moeten er in fase 2 al bepaalde maatregelen worden genomen om ervoor te zorgen dat het virus beperkt blijft.

Wat was de rol van iedereen binnen Sciensano, van alle verschillende groepen die in België zijn gestart op het moment dat er informatie kwam van de WHO en ECDC? Wat is de aanzet geweest? Hoe is men georganiseerd om het verder te beheren?

Frieda Gijbels (N-VA): Is het Wetenschappelijk Comité een slapende instantie die ontwaakt bij problemen? Zetelt het comité binnen Sciensano? Blijkbaar worden er van dit comité geen verslagen gemaakt. Is dat zo? Hoe worden de bevindingen dan overgemaakt aan eventuele andere organen? Acht u het wenselijk dat het comité in de toekomst wel verslagen zal opstellen? Overlegt het Wetenschappelijk Comité regelmatig met gelijkaardige comités in het buitenland of doet Sciensano dat?

Zijn er tijdens de pieken in China en later in Italië contacten geweest met de mensen in die landen zelf? Neemt Sciensano dan het initiatief om de evenknie in China en Italië te contacteren? In het ideale geval nemen klinici, bijvoorbeeld intensivisten, contact op met de intensivisten van het buitenland om een correcte inschatting te kunnen maken van de ernst van de zaak. Is dat gebeurd?

Eind januari was er in Duitsland een overdracht bij

een persoon met geen of toch weinig symptomen. Zijn daar conclusies uit getrokken? Is dat verder onderzocht? Waarom is er zo laat van uitgegaan dat er inderdaad paucisymptomatische, asymptomatische of presymptomatische overdracht mogelijk was? Eind januari was er in de Verenigde Staten al een echte rush op mondkmaskers. Ik heb dat toen ook aangekaart in de commissie en gevraagd of wij ook initiatieven zouden nemen. Blijkbaar was er helemaal geen urgentiegevoel in België. Is dat signaal opgepikt in de Verenigde Staten?

Was het basisprincipe voor dataverzameling er al, namelijk de manier waarop men te werk zou gaan? Werd het protocol op voorhand, tussen epidemieën, afgetoetst met labs of is enkel het referentielab op de hoogte van de manier waarop de data moeten worden verzameld en ingeleverd? Was er in het begin inderdaad een dubbele informatiestroom, waarbij de data bij Sciensano terecht moesten komen, maar ze deels werden verzameld door het nationale referentielab? Heeft dat problemen veroorzaakt?

Er waren in het begin problemen met de testcapaciteit. Het nationaal referentielaboratorium zat al heel snel door zijn voorraad. Dat was een cruciaal kantelpunt omdat vanaf dan de contacttracing niet meer naar behoren kon worden uitgevoerd.

Hoe groot schat u de impact daarvan in? Hoe komt het dat bepaalde landen daarop anders hebben geanticipeerd? Als we bijvoorbeeld kijken naar Duitsland, dan blijkt dat het protocol om de testen te ontwikkelen al veel sneller werd gedecentraliseerd, waardoor er ook een gemakkelijkere overloop naar andere labo's was bij overbelasting van een bepaald labo.

Bij Sciensano bestaat er een dienst Kwaliteit van laboratoria. Ik veronderstel dat dit een dienst is die een heel goede kennis heeft van de verschillende klinische labo's. Vindt u het een taak van Sciensano om een overzicht uit te werken, waarbij de beschikbare testcapaciteit van de verschillende labo's op voorhand is gekend? Heeft Sciensano dat kunnen doen? Werd die testcapaciteit op een adequate manier aangesproken?

Verder vraag ik mij af wie er precies instaat voor de communicatie van de data. Wordt die afgetoetst met een communicatiespecialist en een gedragspsycholoog? Wie bepaalt welke data wordt meegedeeld aan het grote publiek en welke niet? Wordt daarbij een bepaalde leidraad gevolgd?

Iets waarover veel te doen is geweest, zijn de sterftecijfers. In België bleken er veel overlijdens te

zijn ten gevolge van COVID-19. Er waren daarbij echter ook een aantal onbevestigde, maar wel verdachte overlijdens. Is er ooit nagedacht over de mogelijkheid om bij deze verdachte overlijdens stalen af te nemen en deze te onderzoeken zodra de testcapaciteit op punt stond? Indien ja, waarom heeft men dat dan niet gedaan?

Dan zijn er ook meldingen van verdachte gevallen vóór het eerste officiële COVID-19-geval in ons land begin februari. Zo zouden er militairen zijn teruggekeerd van de Military World Games in Hubei met COVID-achtige symptomen. Werd ooit nagekeken of dat toen al effectief gevallen van COVID-19 zijn geweest?

In andere landen heeft men het afvalwater retrospectief bekeken om na te gaan of er al eerder sprake was van de verspreiding van het coronavirus in het land. Kunnen wij het afvalwater retrospectief bekijken? Indien ja, is dat dan gebeurd?

Wat de mondkmaskers betreft, in hoeverre vindt u dat ons beleid in het begin is bepaald door het tekort aan maskers? Hebben volgens u bepaalde beroepsgroepen, zoals zorgkundigen in de woonzorgcentra of tandartsen, in die tijd suboptimale adviezen gekregen met betrekking tot het dragen van mondkmaskers?

Er is een surveillancestudie van de Belgische ziekenhuizen geweest in het kader van de aanpak van COVID-19. Sciensano publiceerde ook een gemiddeld opname- en sterftecijfer voor de ziekenhuizen. Ik heb gevraagd of ik de onderliggende data kan krijgen, omdat ik denk dat daar belangrijke lessen uit kunnen worden getrokken, als zou blijken dat er bepaalde verschillen zijn tussen ziekenhuizen. Het kan natuurlijk zijn dat bepaalde ziekenhuizen oudere mensen hebben opgenomen dan andere en een hoger sterftecijfer hadden, maar ik denk dat daaruit belangrijke lessen kunnen worden getrokken. Weet u waarom het niet mogelijk is om die data te verkrijgen, want dat blijkt niet mogelijk te zijn?

Waren er volgens u in de loop van de crisis moeilijkheden om de data te verzamelen? Welke moeilijkheden waren dat? Worden er ook oplossingen voorzien om die in de toekomst te voorkomen?

Zowel de WHO, als het ECDC legt al verschillende jaren veel nadruk op de aanwezigheid en de actualisering van een pandemieplan. Mijn collega verwees er al even naar. Hoe komt het volgens u dat er geen geactualiseerd pandemieplan was?

Denkt u dat het, achteraf bekeken, een goed idee

was om in bepaalde zaken, zoals ik nu hoor, het ECDC vrij klakkeloos te volgen? Hadden wij niet meer een eigen beleid moeten uitzetten? Duitsland, waar ik daarnet al naar verwees, heeft bijvoorbeeld sneller ingezet op een hogere testcapaciteit.

Tot slot, in hoeverre kunnen de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano volgens u onafhankelijk van het beleid of de politiek handelen? Zijn er volgens u momenten geweest waarop bepaalde adviezen werden aangepast aan bijvoorbeeld het gebrek aan beschermingsmateriaal? Zo was er bijvoorbeeld een advies van de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot beschermingsmateriaal dat moest worden ingetrokken. Wat is uw appreciatie daarvan?

Kathleen Depoorter (N-VA): Ik heb ook nog een aantal vragen.

Gaf de WHO u advies over het stopzetten van de reguliere zorg? Op een bepaald moment zijn de ziekenhuizen gestopt met de continuïteit van de zorg. Hebt u daar een advies over gehad?

De curves waren gebaseerd op influenza en op het verloop van het influenzavirus. Wanneer had u in Sciensano door dat het niet om een gewoon griepje ging, dat het geen influenzavirus was? U wist dat het een coronavirus was, maar wanneer had u door dat het verloop en het gedrag van het virus anders waren en dat het virus ook dodelijker was? Wanneer was dat voor Sciensano duidelijk?

Michel De Maegd (MR): Désolé d'interrompre ma collègue Depoorter, mais l'interprète nous dit qu'il n'est pas en mesure de traduire ce qu'elle nous dit, tout simplement parce qu'elle n'utilise pas de micro. Nous n'avons donc pas de traduction.

De **voorzitter:** Mevrouw Depoorter, blijkbaar is er een probleem met de vertaling en zou u slecht verstaanbaar zijn.

Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb een headset op. Ik zal het geluidsvolume verhogen.

De *joint commission* in Wuhan ging ervan uit dat er voor 100 % spreiding van het virus zou zijn en dat dus 100 % van de bevolking geïnfecteerd zou worden. Is Sciensano daarin meegegaan? Uit een rapport van de *joint commission* in Wuhan blijkt dat men ervan uitging dat het virus 100 % van de bevolking kan besmetten. U weet dat dat wetenschappelijk niet gangbaar is. Zijn die gegevens ook doorgegeven aan Sciensano? Hebt u die gevolgd of niet?

De WHO wees er begin maart in een aantal rapporten op dat er vrij duidelijk afgebakende risicogroepen zijn. U hebt ons dat ook meegegeven in de commissievergadering van 3 maart. U zei toen dat die risicogroepen bekend waren. Hoe komt het dan dat wij, toen wij op 12 maart overgingen tot maatregelen, ons niet eerst op die risicogroepen gefocust hebben, maar meteen tot een grotere lockdown zijn overgegaan?

Wat de testen betreft, heeft de WHO er ergens voor gewaarschuwd dat er wereldwijd een tekort aan reagentia zou kunnen ontstaan? U verwijst naar de testcriteria die werden meegegeven. Er werd van in het begin ook duidelijk gemaakt dat er veel getest moest worden. Bent u verwittigd van een mogelijk tekort aan reagentia?

Ik heb het met u op 3 maart gehad over chloroquine. U gaf toen aan dat er een aantal studies aan de gang was. Er was een publicatie in *The Lancet* waarin de WHO meegegaan is. Achteraf is de WHO daarop moeten terugkomen, omdat de wetenschappelijke onderbouw niet optimaal was. Sciensano is daarin meegegaan. Hoe komt het eigenlijk dat zoiets kan gebeuren, dat men wereldwijd meegaat in een wetenschappelijke studie die niet echt wetenschappelijk blijkt te zijn?

Hebt u het gevoel dat de uitwisseling van informatie tussen de WHO en Sciensano een succes was? Bent u daar volledig tevreden over?

U zegt dat u op 22 februari doorhad dat het ernstig was en dat er bij u alarmbellen afgingen. Hoe komt het dan dat u in de commissievergadering van 3 maart nog steeds vrij gerust was? Ik herinner mij die vergadering heel goed. U hebt toen een prospectie gemaakt van het aantal gevallen of zieken in het ziekenhuis. U hebt uiteraard geen glazen bol, maar het verschil tussen de voorspellingen op dat moment en wat het uiteindelijk geworden is, is vrij groot. Hebt u er enig idee van hoe dat komt?

U hebt het ook gehad over het advies tegen enige reisbeperking. U stelt dat we een klein land zijn en dat we daar moeilijk tegen in konden gaan. Ik vind dat een flauw argument. Het is immers ook aan ons om wetenschappelijk na te denken. Als lokaal bestuurder herinner ik mij heel goed dat een schoolje op skivakantie zou vertrekken en dat we advies gevraagd hebben aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Zij waren door u geadviseerd. De school mocht dus vertrekken. We hebben echter ook andere experts die in de panels zitten individueel advies gevraagd en zij hebben een negatief advies gegeven. Op basis van die adviezen hebben wij de kinderen niet laten

vertrekken. Hoe komt het dat er dergelijke grote verschillen waren? Het was immers een grote verantwoordelijkheid voor een lokaal bestuur om kinderen niet op vakantie te laten vertrekken.

U had het ook over asymptomatische patiënten en superverspreiders en stelde dat die informatie er in maart nog niet was. Bent u ervan overtuigd dat er slachtoffers vermeden hadden kunnen worden als we daar vroeger op ingezet hadden? Inzake die asymptomatische verspreiding verwees u ook naar 2 april. Hadden wij voor 2 april dan geen experts die aangaven dat de mogelijkheid bestond dat er besmetting kon zijn door asymptomatische patiënten?

De volgende vraag heeft betrekking op de communicatie over de mondkmaskers. Wat vindt Sciensano van de communicatie over die mondkmaskers? Het was als burger heel moeilijk om te begrijpen wat er wetenschappelijk onderbouwd was en wat niet. Was een sjaal voldoende of had men zich van bij het begin toch meer op mondkmaskers moeten richten?

Was Sciensano op de hoogte van het gebrek aan een strategische stock? Heeft men daar bij u over gesproken?

Wat de testen betreft, vind ik ook de communicatie met de artsen heel bijzonder. Die is namelijk een aantal keer veranderd. Eerst moest er 2 keer in de neus getest worden, daarna 1 keer in de keel en 1 keer in de neus, met 2 verschillende wissers en uiteindelijk moest dezelfde wissers zowel in de keel als in de neus gebruikt worden. Was dat optimaal? Waarop was dat advies gebaseerd?

Ik wil ook graag van u weten waar België precies het verschil heeft gemaakt. Ik hoor heel veel verwijzen naar internationale adviezen die u gevolgd hebt, maar de interne lijnen hoor ik niet. Waar heeft Sciensano echt voor een wetenschappelijke meerwaarde gezorgd voor onze maatschappij en onze burgers ten aanzien van die internationale adviezen?

Ook over het referentieziekenhuis herinner ik mij dat er in het begin drie of vijf bedden waren voorzien. Was dat cijfer gebaseerd op adviezen van de WHO of was dat een eigen inschatting?

Hadden wij niet net iets assertiever te werk kunnen gaan?

Qua communicatie had u de website waarop zorgverstrekkers zich konden informeren. Wij hebben echter vernomen dat de artsen zich hebben verenigd. Dat heeft trouwens dokter Belkhir verklaard in de commissie, namelijk dat de

artsen zich hadden verenigd in een WhatsAppgroep, om correcte informatie te hebben en te kunnen volgen en weten wat zij op welke dag moesten doen en wat de richtlijnen waren.

Hebt u er ooit aan gedacht een hotlijn en een heel directe communicatie op te richten met de artsen en zelfs met de burgers? Ook voor de burgers was die communicatie immers heel moeilijk.

Ten slotte, u stelt dat op 9 februari 2020 een team van de WHO naar China is gereisd. Indien ik het goed voorheb, heeft de heer De Raedt vorige week vrijdag in de commissie gesteld dat er nood is aan een dergelijk team.

Is dat omdat er geen goede communicatie is? Was hij daarvan dan niet op de hoogte? Hoe kan u dat verklaren?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik dank ook de experts van vandaag, om de heldere tijdlijn nog eens onder onze ogen te brengen. Dat is altijd handig.

Ik zal mij beperken tot de opdracht van vandaag, zijnde net de internationale context. Welke internationale signalen zijn er tot bij ons gekomen? Wat hebben wij daarmee gedaan?

Mijnheer Van Gucht, bij het zien van uw tijdlijn merk ik dat heel veel op heel korte tijd is gebeurd. Niettemin ben ik van oordeel dat wij in de loop van februari 2020 mogelijks misschien te goed naar de WHO hebben geluisterd.

U had het daarnet over de mortaliteitsratio van 3 %. Wij zagen echter beelden uit China van overbelaste ziekenhuizen, van de gezondheidszorg die een en ander nog maar net kon dragen alsook van lockdowns en het feit dat iedereen er mondkmaskers droeg.

Ik heb het gevoel dat wij op dat moment, dus begin februari 2020, wel beelden hebben gezien, maar niet voldoende kritisch zijn geweest voor wat de WHO en ECDC ons daarover vertelden.

Indien u nu daarop terugkijkt, deelt u dan mijn gevoel of blijft u erbij dat wij een en ander goed hebben ingeschat?

Over het dragen van de mondkmaskers zegt u dat we sneller geweest zijn dan wat de WHO zei. Ik deel daar voor een stuk uw mening. Begin mei hebben we hier ook iedereen die het openbaar vervoer neemt verplicht een mondkmasker te dragen. Maar tot half juli 2020 was het een advies om het ook op openbare plaatsen te dragen en in winkels. Ik herinner me dat we daarover nog

actuele vragen gesteld hebben tijdens één van de laatste plenaire vergaderingen. Toen is die verplichting er pas gekomen. Het was dan 10 of 11 juli.

Hebben we daar voldoende rekening gehouden met de WHO, die al op 5 juni haar advies gaf? Het is namelijk een dikke maand later pas hier verplicht.

Als we het hebben over de *case definition*, zegt u dat we de internationale richtlijnen grotendeels gevolgd hebben. Ik herinner me dat ik, toen ikzelf ziek was in maart 2020, ben gaan opzoeken wat het verschil op dat moment was tussen wat Italië deed en wat wij deden. Italië heeft toen al de link gelegd met mensen die terugkwamen uit besmet gebied. Daar hebben we heel lang aan vastgehouden.

Al snel maakten wij de link met mensen die uit Italië kwamen en zeiden we dat we hen ook zouden laten testen. Ik heb u toen ook horen zeggen dat u weet had van besmettingen die door het carnaval in Duitsland zijn binnengekomen. Dat heb ik als Limburgse goed onthouden.

Toch werd op geen enkel moment de *case definition* aangepast aan bijvoorbeeld een carnavalsviering in Duitsland. Waren er daar internationaal geen signalen dat we dit hadden moeten verstrengen? Als Italië het deed, konden we dan de richtlijnen van de WHO blijven volgen terwijl we zagen dat het in andere landen beter gebeurde?

Ook wat de testen betreft, had ik een aspect niet zo onthouden, namelijk dat we op 16 januari 2020 de testen al hadden in het referentielaboratorium van het UZ in Leuven, op basis van het genetisch profiel. Hoe komt het dan dat we zo lang met een capaciteit van 2000 testen per dag toch eigenlijk zo weinig getest hebben? Hadden we daar niet beter kunnen doen, met de signalen die we hadden? Hadden we niet al sneller op zoek kunnen gaan naar reagentia, gezien de internationale context en het feit dat er een tekort zou zijn aan reagentia? Ook als alles opnieuw getest moest worden in dat referentielabo, hebben we dan ook niet wat reagentia verspild op die manier?

Ik geef nog even het woord aan collega Hennuy, die nog enkele bijkomende vragen wil stellen.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je vais me concentrer sur le mois de février, période durant laquelle le comité scientifique a été institué. L'OMS venait d'annoncer que ce nouveau virus inconnu se transmettait d'homme à homme. La Chine avait mis une de ses

provinces en *lockdown* (confinement). Depuis quand ce mot n'avait-il pas été utilisé? La mise à l'arrêt d'une province par une telle puissance économique est vraiment loin d'être anodine.

À ce moment-là, la communication du comité scientifique est ultra rassurante. Je me souviens ainsi de vos propos: "Ce n'est pas plus grave qu'une simple grippe."

Steven Van Gucht: Je suis désolé, mais je ne l'ai jamais dit! Il faut arrêter de le répéter; je ne l'accepte pas! Tout d'abord, un virologue ne dira jamais: "C'est une simple grippe." Nous considérons celle-ci comme quelque chose d'assez grave. Ce virus tue chaque année des milliers de Belges. Je surveille la grippe annuellement. Donc, il faut arrêter. Excusez-moi.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Michel Gérard, qui siégeait dans le même comité scientifique que vous, dit le 27 février: "Chaque pays devait avoir en 2009 son plan pandémie de grippe. On doit le ressortir et le dépoussiérer pour voir ce qui y est encore valide." C'est pourquoi je me demande pourquoi, à ce moment-là, les autorités politiques et sanitaires n'ont pas anticipé des mesures plus fortes. Est-ce un excès de confiance dans notre système de soins de santé?

Par ailleurs, je rejoins la question de ma collègue. Le 16 janvier, la KUL a développé son test. Pourquoi n'a-t-elle alors pas préparé d'autres labos pour pouvoir tester? Pourquoi n'a-t-elle pas non plus prévu d'autres hôpitaux de référence en vue de pouvoir accueillir des patients?

Enfin, pouvez-vous expliciter le mandat et la composition du comité scientifique à ce moment? Qui en décide?

Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, je vais essayer d'être le plus rapide possible mais je pense qu'il faudra - et cela n'incombe évidemment pas aux orateurs du jour - qu'on revoie la manière de fonctionner. Il est maintenant 15 h 31 et j'ai l'impression qu'il va y avoir encore énormément de frustration parce que la séance des questions est très longue et que les réponses, malheureusement, risquent de manquer. Il faudra prévoir des temps beaucoup plus longs pour permettre à tout un chacun d'avoir des réponses et surtout, comme je l'ai déjà dit vendredi, une réplique parlementaire parce qu'il y a les réponses et les non-réponses mais il y a parfois aussi des réponses qui justifient d'autres questions. C'est vraiment cela qui pourra nous permettre de faire un travail sérieux.

Je vous remercie, messieurs Van Gucht et

Van Laethem. Je pense qu'on commence maintenant, grâce à vous et aux orateurs précédents, à avoir une vue d'ensemble de la situation. Vous l'aurez compris, ce qui nous intéresse, ce sont davantage les prises de décision, les réceptions des informations, les interactions qui ont pu avoir lieu et la communication et la transmission des informations à tous les niveaux et là, il est vrai qu'on reste encore un petit peu sur notre faim.

En style télégraphique, je serai le seul à intervenir pour mon groupe en tout cas pour ces auditions. Vous avez parlé de la grippe H1N1 et vous avez dit qu'à l'époque, l'OMS avait été trop alarmiste. Si je reviens sur cette grippe H1N1, nous disposons en Belgique de ce fameux plan pandémie rédigé en 2006 par une série d'experts. Il a été mis à jour en 2009 dans le cadre de la grippe H1N1. Avec ce stock stratégique de masques jugé indispensable par ces experts mais qui, comme nous le savons, a été détruit sans solution alternative, pourquoi ce plan n'a-t-il tout simplement pas été mis à jour? Pourquoi ne s'est-on pas basé sur celui-ci à l'entame de la crise puisque ce plan existait? Pourquoi n'a-t-on pas tenu compte des expériences antérieures? Pourquoi ne pas avoir suivi l'avis des experts en maintenant un stock stratégique d'équipements de protection individuelle via un système de roulement, comme cela a parfois été évoqué?

Je voudrais également revenir sur certaines choses. M. Van Gucht disait que lui et M. Van Ranst estimaient bien avant le 11 mars, date de la déclaration de la pandémie, que nous faisons face à une pandémie. La communication de pré-crise a parfois connu des atermoiements et des difficultés. C'est un euphémisme. On a vu une certaine minimisation de la situation. La ministre a, quant à elle, parlé de "grippette". Lors de nos échanges en commission, le 3 mars, M. Van Gucht se voulait à l'époque rassurant puisque, monsieur Van Gucht, vous déclariez: "Dans le pire des scénarios et toute proportion gardée, nous pourrions nous attendre à 13 000 diagnostics positifs dans neuf semaines dont 2 000 à 3 000 personnes devraient être hospitalisées; 5 % de cas critiques signifient qu'environ 700 personnes seraient prises en charge par une unité de soins intensifs. Nous nous situons dans le même ordre de grandeur qu'une grosse épidémie de grippe."

Le 4 mai 2020, soit neuf semaines plus tard, nous comptons un peu plus de 50 000 cas positifs, dont 15 655 hospitalisations et près de 8 000 décès. N'estimez-vous pas, après coup, qu'il y a eu une minimisation? En tout cas, on ne comprend pas bien vos propos du jour et les propos du moment

qui avaient été les vôtres. Vous nous dites: "Avant le 11 mars 2020, M. Van Ranst et moi-même estimions que nous étions face à une pandémie".

Le retour des vacances de Carnaval a constitué un véritable accélérateur de la propagation du virus à la fin du mois de février, puisqu'en une semaine quasiment l'ensemble du pays était touché.

Y a-t-il eu des contacts avec l'OMS et l'Union européenne pour savoir comment gérer le retour des vacanciers? La mise en place d'un système de quarantaine, tel que nous le connaissons aujourd'hui aurait-elle pu, selon vous, freiner l'épidémie? Le 15 juin 2020, les frontières de l'Union européenne étaient rouvertes et, là aussi, pourquoi ne pas avoir réfléchi à un système efficace pour gérer les flux? On a vu les difficultés que les retours de vacances ont causées, notamment en juillet et en août.

Un autre élément sur lequel Sciensano a rapidement communiqué est l'utilité du port du masque. Mes collègues ont évidemment déjà abordé ce point. Ces communications de début de crise des autorités belges et de la ministre allaient effectivement dans le même sens. Leur inutilité a été mise en avant, hormis, *grosso modo*, pour le personnel soignant et les personnes symptomatiques. Le 26 février 2020, M. Van Gucht, virologue chez Sciensano et futur porte-parole interfédéral expliquait ceci et je vous cite toujours, monsieur Van Gucht: "Porter des masques afin de se protéger du coronavirus a peu de sens. Le port du masque n'est utile que pour les patients infectés par le coronavirus ainsi que pour le personnel soignant. Il est important d'assurer la disponibilité de ces masques pour ces personnes." Et vous précisez d'ailleurs que la meilleure façon de se protéger du coronavirus est de se protéger de la même manière que vous le feriez pour la grippe saisonnière. La ministre de la Santé estimait, quant à elle, que ces masques donnaient un faux sentiment de sécurité.

On aura évidemment l'occasion d'en reparler mais, si on lit l'avis du RAG de Sciensano émis le 21 février 2020, il est clairement indiqué que les masques diminuent à la fois le nombre de gouttelettes chargées de virus inhalées ou déposées sur les muqueuses, notre capacité à toucher notre nez et notre bouche et à auto-inoculer le virus.

C'est dans ce même avis qu'il est mentionné que le masque peut donner un faux sentiment de sécurité. Vous comprenez évidemment qu'avec ces expressions contradictoires, nous ayons à tout le moins perdu la population. Le RAG précise quand même, dans ce même rapport que, "compte

tenu du manque de données suffisantes pour étayer ou réfuter l'efficacité des masques en tissu et des revêtements improvisés pour bloquer la transmission de la grippe, le comité hésite à décourager leur utilisation, mais met en garde, car ils ne seront probablement pas aussi protecteurs que des masques médicaux". Il conclut: "Offrir un masque lavable à la population peut réduire la panique du public, peut être une solution efficace à l'augmentation de la contamination et pourrait limiter la pénurie des masques à usage unique pour les travailleurs de la santé".

Pourquoi s'est-on avancé si vite sur l'inutilité des masques alors que son port a finalement été rendu obligatoire quelques semaines plus tard? Quels avis scientifiques ont-ils été pris en compte au moment des premières déclarations? Des demandes d'information ont-elles été faites, à l'OMS par exemple, ou aux pays qui étaient déjà sévèrement touchés comme la Chine ou la Corée, qui ont d'ailleurs montré d'emblée l'importance de l'isolement des malades et du port du masque pour tous et le plus possible? Pourquoi n'a-t-on pas été plus prudents dans la manière de communiquer à ce sujet, d'autant plus que vous avouez dans votre exposé que les recommandations de l'OMS et de l'ECDC ont toujours été entre deux chaises? N'y a-t-il pas eu un défaut de prudence ou de prévoyance dans ces mesures?

Dernier élément, monsieur le président, avant d'en terminer pour mon groupe. Nous pourrions évidemment revenir sur la manière dont la Belgique a rapporté les données sanitaires au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, notamment au regard des autres pays européens, et a mis ces données à la disposition de la population et des acteurs sociaux concernés. On pense notamment au mode de calcul des décès, qui a souvent amené à des comparaisons difficiles et peu flatteuses avec les autres pays européens. Toutes les données ne sont-elles pas standardisées lorsqu'elles sont communiquées à l'ECDC? Pourquoi ces différences de notifications? Cela a contribué à une incompréhension de la population, qui se voit encore maintenant avec les données qui nous parviennent de jour en jour, et avec le changement de système de comptabilisation de ces données. Cette incompréhension entraîne un manque d'adhésion de plus en plus flagrant d'une partie de la population.

J'en ai terminé pour ce premier tour, monsieur le président, même si je pense qu'il n'y en aura qu'un, et pas de réplique.

Le président: J'ai compris que Mme Tillieux n'avait rien à ajouter.

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik wil mij in eerste instantie tot u richten en mijn PS-collega erin bijtreden dat wij de manier waarop wij vragen stellen, moeten wijzigen. Door de huidige werkwijze komen we in tijdsnood, wat zeer jammer is.

De voorzitter: Sta me toe om daarop kort te reageren. In de toekomst zal ik erop toezien dat de spreektijd voor de inleiding tot 20 minuten beperkt wordt. De commissieleden wil ik verzoeken om de vragen te beperken tot de cluster die op dat moment besproken wordt. Sciensano is ongetwijfeld ook een interessante partij om te horen in volgende hoorzittingen. De beperking tot de huidige cluster vergt enige discipline. Wij kunnen hen later zeker nog uitnodigen voor een ander thema.

Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, ik stel voor dat we na de hoorzittingen verder over de werkwijze debatteren.

De voorzitter: Goed.

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, j'avais suggéré à la fin de la commission précédente que les députés et les experts puissent rendre leurs questions préalablement à l'audition. Cela permettrait aux interlocuteurs aujourd'hui parmi nous (M. Van Laethem et M. Van Gucht) d'avoir déjà eu connaissance de ces questions et d'englober leurs premières réponses dans leur exposé. Cela me paraît être une question de bon sens dans l'efficacité de notre commission. J'avais cru comprendre que vous appréciez cette idée. Mais je ne vois rien venir. Je réitère donc publiquement cette proposition, à savoir soumettre nos questions à l'avance afin de rendre nos travaux plus efficaces.

Dominiek Sneppe (VB): Ik wil op mijn beurt de beide sprekers bedanken voor hun uitleg.

Op 19 januari werd het duidelijk dat er een besmetting van mens op mens was. De WHO meldde dat toen, en toen gingen alle alarmbellen aan.

Er kwam echter blijkbaar al op 31 december een waarschuwing uit Taiwan dat er een besmetting van mens op mens was. Die waarschuwing werd niet au sérieux genomen. Uiteraard kon België daar niets aan doen. Maar de beste leerling van de coronaklas werd toen buitenspel gezet.

Er was al de ervaring met het SARS-virus, waarmee China ook heel negationistisch omging. Daarom hadden hier en ook binnen de

internationale organisaties toen enkele alarmbellen moeten afgaan. Dat is niet gebeurd. Ik wil daarover graag uw visie horen. Uiteindelijk hebben wij daarmee toen twintig zeer cruciale dagen verloren.

Ook professor-dokter Jan De Maeseneer zei in een artikel in *De Morgen* dat de wereld wist dat er een nieuw coronavirus zou komen. Hij zegt dat wij ons niet goed hebben voorbereid. Hij verwees ook naar SARS en naar MERS, beide coronavirussen, en hij zei dat de zoektocht naar een vaccin voor die bepaalde coronavirussen was stilgevallen. Ik wil ook daarover graag uw mening horen.

Op de website van Sciensano staat te lezen dat er een crisisplan werd opgesteld. Mijn vraag is dan ook: wanneer werd dit opgesteld?

Er staat ook dat dit plan jaarlijks geoefend en geëvalueerd zou worden. Hoeveel keer is het intussen geoefend en geëvalueerd? Kunnen wij dat crisisplan krijgen? Werd dat crisisplan ook ingezet voor de huidige crisis?

In het begin van de pandemie was er een schrijnend tekort aan persoonlijk beschermingsmateriaal, waardoor er tegenstrijdige berichten kwamen. Eerst: mondkmaskers zijn niet nodig. Een beetje later: mondkmaskers zijn verplicht. Waarom werd daarover niet onmiddellijk eerlijk gecommuniceerd? Van wie kwam de beslissing om daarover niet eerlijk te communiceren?

Een bijkomende vraag: was Sciensano op de hoogte van de vernietiging van de strategische stock?

Er waren opmerkelijke verschillen tussen de aanpak van de coronacrisis door de WHO en door de Belgische overheid, bijvoorbeeld inzake de enge gevaldefinitie. De WHO zei: testen, testen, testen. Hier in België was de definitie nog zeer eng, zeker in het begin. Hoe verklaart u dat verschil?

Er werd zeer snel beslist de sneltesten te verbieden. Waarom? Door wie werd deze beslissing genomen? Wat was de rol van Sciensano daarin?

Wij zien nu dat er in Nederland een onderzoek loopt van de TNO, die eerstdaags zo'n sneltest zal testen en waarschijnlijk in gebruik zal nemen.

Hoe zit het op dat vlak hier in België? Loopt dat verbod ten einde? Kunnen wij dat herzien? Is er op dat punt een verandering?

Ook in 2017 oordeelde de WHO reeds in een rapport dat onze testcapaciteit in geval van een

pandemie niet gegarandeerd zou zijn. Wij hebben ongeveer 160 labo's in België, die heel goed functioneren voor routinetests. Indien wij echter een pandemie zouden hebben, stelde de WHO vast dat wij te kort zouden komen.

Waarom is daaraan niets gedaan? Wat is er met de berichtgeving van de WHO gebeurd?

Wij hebben bij het begin van de pandemie immers gezien dat er een gebrek aan testcapaciteit was. Op ongeveer twee jaar tijd moet daaraan toch iets kunnen worden gedaan?

Toen de ECDC stelde dat de grenzen terug open mochten, was er geen echt plan, waardoor er ook bij de lidstaten geen echt plan was over de vraag of terugkerende vakantiegangers al dan niet moesten worden getest en naar welke landen er al dan niet mocht worden gereisd. Er was niet echt een plan.

Kijken de lidstaten niet te veel naar de internationale instanties? Het kan immers dat het ter plaatse echt in de soep loopt, maar dat zodanig naar een hogere instantie wordt gekeken, die maar niet ageert of te laat ageert, dat de lidstaat in de problemen komt.

Welke invloed of zeggenschap hebben individuele lidstaten op de internationale organisaties?

In januari 2020 was er reeds een RAG en een RMG, waarin, naar ik aanneem, de situatie werd besproken. Niettemin hoorden wij tot eind februari of begin maart onder andere mevrouw De Block zaken verklaren als "drama queen", "het is maar een griepje" en dies meer. Hoe komt het dat de ernst van het virus nog bijna een maand werd ontkend? Welke rol heeft Sciensano daarin gespeeld? Kon Sciensano meer druk uitoefenen op de politiek? Hoe werkt een en ander precies?

Bij het al dan niet openen van de grenzen legden bepaalde landen heel snel reisrestricties op. Hadden zij dan meer of andere informatie dan België, de ECDC of de WHO op dat moment? Op basis van welke info sloten die bepaalde landen toch hun grenzen en andere landen dan weer niet?

Tot slot een vraag die misschien wel nuttig kan zijn voor de toekomst: wat hebt u voorlopig geleerd uit deze crisis? Wat zou u anders willen doen voor de komende golven – die er hopelijk niet komen – of voor de komende pandemieën?

Michel De Maegd (MR): Monsieur le président, je voudrais bien sûr d'abord remercier M. Van Laethem et M. Van Gucht d'être là pour leur travail d'aujourd'hui, mais aussi le travail fourni

ces derniers mois, parce que cette expertise scientifique est évidemment éminemment importante – expertise pédagogique, aussi; précieuse, je pense, pour la gestion de la crise. Et merci bien sûr à nos experts de nous assister de semaine en semaine.

Tout d'abord, je voudrais poser la question à M. Van Gucht et à M. Van Laethem, parce qu'on a le sentiment – en tout cas, j'ai le sentiment quand je vous écoute, messieurs, que finalement, vous estimez que l'Organisation mondiale de la santé a bien fait son travail, avec certes un petit retard à l'allumage, si je puis paraphraser ce que M. Van Gucht nous a dit.

Je voudrais savoir, finalement... Parce qu'on se rend compte, et on s'est rendu compte, lors de la séance précédente, que tout de même, il avait fallu attendre le 30 janvier pour que l'Organisation mondiale de la santé déclare l'état d'urgence internationale concernant cette crise. C'est quand même relativement tard par rapport au fait qu'on ait découvert les premiers cas en Chine.

J'ai quand même le sentiment qu'il y a eu des lenteurs assez importantes dans le chef de l'Organisation mondiale de la santé. Par rapport à cela, je voudrais savoir quelle est l'influence des informations, des recommandations de l'OMS sur l'information et les recommandations qui sont faites ensuite par Sciensano. Une de mes collègues, tout à l'heure, a demandé s'il ne fallait pas se départir, en réalité, de la politique délivrée par l'OMS pour faire notre propre politique, comme l'Allemagne l'a fait.

Je pense que c'est une question importante, qu'il faudra évidemment analyser de près pour savoir ce qu'il faut faire à l'avenir. En parlant d'OMS, d'ECDC, vous avez dit, messieurs: "On peut faire mieux!" Mais alors, j'ai envie de vous demander: "Quelle serait, en fait, votre recommandation pour faire mieux que ce qu'on a fait, que ce que l'OMS et l'ECDC ont fait?"

Et surtout, je voudrais savoir de quelle façon Sciensano est représentée dans ces cénacles de l'ECDC et de l'OMS, pour mieux comprendre finalement les interactions entre ces organisations internationales et Sciensano. J'ai quand même le sentiment qu'il y a un rapport de cause à effet, à un moment donné, entre ce que l'OMS dit à Sciensano, et puis ce que Sciensano dit chez nous au grand public.

Dans le cadre de cette commission, monsieur le président, les experts ont transmis une série de questions très intéressantes. Il me semble que nos interlocuteurs, nos invités du jour, pourraient y

répondre. Je ne sais pas si le secrétariat a pu vous faire parvenir ces questions, monsieur Van Gucht et monsieur Van Laethem. Certaines de ces questions concernent la communication. Elles émanent de Mme Lams.

Bien sûr, ce n'est pas stricto sensu de la communication internationale qu'il s'agit, mais je me permets quand même de vous en livrer quelques-unes: le plan de communication de crise de Sciensano a-t-il été suivi? La méthode utilisée pour communiquer vers le citoyen, méthode statique, informative, a-t-elle été inspirée par le plan de communication de Sciensano? Êtes-vous d'accord avec cette méthode?

Monsieur Van Laethem, vous avez également indiqué à la commission spéciale du Parlement wallon que "nos hôpitaux n'ont jamais été submergés comme cela aurait pu être le cas dans l'Est de la France ou dans le Nord de l'Italie. Notre structure de santé a pu accueillir tous les gens qui nécessitaient un accueil hospitalier."

Pourriez-vous développer ce point? J'aimerais vous entendre davantage à ce sujet ainsi que sur un autre point où vous déclariez que "dans les maisons de repos, nous avons été confrontés à une épidémie dans l'épidémie avec un manque de moyens humains et techniques." Là aussi, si pouviez donner davantage de précisions, cela me ferait plaisir.

Monsieur Van Gucht, le rapport préparatoire rendu par Mme Belkhir, parmi nous dans cette commission, fait apparaître un certain nombre de difficultés rencontrées par les médecins de terrain en réalité, s'agissant de la communication de Sciensano. Les médecins ont perdu énormément de temps à récolter les informations pratiques auprès de Sciensano n'ayant pas toujours les réponses rapides aux questions et la situation évoluant rapidement entre février et mars. Car, il vrai que la situation évoluait rapidement. Elle dit: "Nous, infectiologues, avons beaucoup fonctionné par échanges d'informations pertinentes via un groupe Whatsapp. Le premier qui recevait une information utile la partageait avec les autres cliniciens. Parfois", ajoute-t-elle, "nous recevions des informations différentes en fonction de l'inspecteur d'hygiène que nous avions au téléphone. Mme Belkhir termine en insistant sur le caractère anxiogène de ce qu'elle appelait une "cacophonie" pour reprendre son expression.

Je précise ici que l'idée n'est pas du tout de jeter la pierre à Sciensano, bien au contraire, mais certains retours de terrain nous interpellent légitimement et c'est le cas de celui de Mme Belkhir. Nous devons aussi penser au personnel soignant de première

ligne et à faciliter leur tâche dans leur travail difficile.

Ma question est la suivante: pourriez-vous m'indiquer si ces observations ont été prises en compte et si des améliorations dans la communication vers les médecins sur le terrain ont été améliorées après les premières semaines de crise.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik sluit mij aan bij de kritiek over de methode. Het zou heel spijtig zijn als we de antwoorden van de experten op de gestelde vragen niet meer kunnen krijgen. Wat stelt u voor? Kunnen we de personen die hierna komen, uitstellen of kunnen we nog even doorgaan op een aantal vragen? Ik weet dat het een beetje onbeleefd is ten opzichte van de personen die om kwart na vier moeten komen, maar het is ook vrij onbeleefd ten opzichte van alle vragen die gesteld zijn om dit op tien minuten af te handelen. Ik zou ook graag mijn eigen vragen willen stellen.

De **voorzitter**: Er is al iemand aanwezig van de volgende groep sprekers. Het is moeilijk om dat uit te stellen, maar we zullen zien of we daar iets later mee kunnen starten. Ik stel voor dat u gewoon uw vragen stelt.

Sofie Merckx (PVDA-PTB): Vorige week vroegen we aan de heer De Raedt welke weg een richtlijn van de WHO of ECDC precies aflegt als die toekomt in België. De heer De Raedt antwoordde dat hij niet verantwoordelijk is voor de toepassing van die richtlijnen. Dat gaat naar elke minister in het kader van zijn bevoegdheden. Krijgt dan elke minister al die richtlijnen? Hoe gaat dat dan precies?

U stond in de eerste lijn en kunt iets beter uitleggen wat er gebeurt als zo'n richtlijn binnenkomt. Op 2 maart stuurde ECDC al een richtlijn naar Europa en naar de landen waarin wordt opgeroepen tot de driedubbele aanpak testen-opsporen-isoleren. In België is dat toch met veel vertraging gebeurd. Het idee van iemand in quarantaine zetten en het quarantainecertificaat komt bijvoorbeeld pas in mei effectief op de website van het RIZIV, opdat artsen quarantaine beginnen voor te schrijven. Wat gebeurt er tijdens die twee maanden? Welke weg legt zo'n richtlijn af? Kunnen we daar niet sneller zijn?

Dezelfde vraag geldt voor het pandemieplan. Van de WHO hebben we in 2017 een *preparedness*-evaluatie gekregen. We hebben dat effectief nagelezen. Dat gaat niet enkel over pandemieën, maar ook over allerlei catastrofes die kunnen gebeuren, zoals nucleaire catastrofes. In die evaluatie van de WHO, die misschien globaal wel

goed is, wordt het probleem aangekaart dat de strategische stock voor bijvoorbeeld persoonlijk beschermingsmateriaal en mondklappers niet in orde is.

Wij hebben in de commissie voor Gezondheid reeds op 28 januari, wetende dat er een mens-tot-mens-transmissie was, zoals u zegt, de vraag gesteld of er een strategische mondklappervoorraad was. Sinds wanneer weet u bij Sciensano dat die mondklappervoorraad er niet is en hoe gaat u daarmee om?

In *De Standaard* bijvoorbeeld hebben wij immers gelezen dat Erika Vlieghe – en blijkbaar ook andere personen – reeds eind januari aandrong inzake het mondklapperstekort en bijvoorbeeld het feit dat er mondklappers moesten worden geproduceerd in België. Kunt u iets meer duidelijkheid geven over die episode van eind maart en het feit dat er geen strategische stock was en hoe daar uiteindelijk op gereageerd werd? Wanneer komt u te weten dat er geen strategische stock is, want wij komen dat een aantal weken later te weten, toen het in de pers werd gelekt?

Ik wou het ook hebben over iets dat vorige week aan bod is gekomen: men kan eigenlijk zeggen dat wij in Europa globaal gezien in de maanden januari-februari de epidemie misschien toch lichtjes hebben onderschat. De hoofdredacteur van *The Lancet*, Richard Horton, schreef dat de westerse arrogantie levens gekost heeft. De heer De Raedt zei dat het geen arrogantie, maar hoogmoed was.

Ik citeer wat Richard Horton in *The Lancet* schreef: "Op 24 januari schrijven wij ons eerste artikel in *The Lancet* en wisten wij dat er persoonlijk beschermingsmateriaal moest verdeeld worden. Wij moesten testen, opsporen en isoleren en wat deden de Europese overheden in januari? Niets."

Begin maart publiceert *The Lancet* ook een belangrijk artikel onder de titel '*Too little, too late*', waarin het ook kritiek geeft op de Europese lidstaten die alles niet serieus genoeg nemen. Daar wil ik ook graag even uw reactie op.

U zegt dat de WHO op 2 april stelt dat er asymptomatische transmissie is. Ik verneem dat vandaag. Dat is effectief vrij laat, want ik herinner mij goed dat op 3 februari de eerste Belg, Philip Soubry, positief werd getest – u had het er net over, de man die van Wuhan kwam. Er heeft toen duidelijk in de pers gestaan dat die man geen symptomen had. Hij was positief getest op het coronavirus, maar hij had geen symptomen.

Ik ben dus toch wel verbaasd. Wat hebt u op dat

moment gedaan met die informatie, wetende dat de eerste Belg die het had, geen symptomen had? Ik heb begrepen dat die man streng in quarantaine is moeten blijven, dat hij heel uitgebreid getest werd. Ik veronderstel dus dat u daarvan op de hoogte was, net als de ministers.

Wij gaan het er misschien later nog over hebben want dat is vandaag niet het onderwerp, maar op 16 april raadde Sciensano mondkmaskers aan voor bijvoorbeeld huisartsen in de eerste lijn bij asymptomatische contacten. Tot dan werd het alleen aangeraden bij bevestiging of vermoeden van COVID. Het is duidelijk, de huisartsen, en ik ben ook huisarts, hadden op dat moment reeds lang zelf mondkmaskers gekocht en droegen deze bij de zeldzame patiëntencontacten op dat moment. Wij wisten immers dat er sprake was van mens-op-menstransmissie. Wij begrepen het toen dus echt niet.

Ten vierde, u zegt dat u op 22 februari zwaar ongerust werd, omdat de mortaliteit vrij hoog bleek te liggen in Italië. Op 3 maart hadden wij een commissievergadering van de commissie voor de Volksgezondheid. Ik heb hier een verklaring van mevrouw De Block op haar website van 3 maart: "Wij zien dat het virus zich ontwikkelt als een gewone griep." Ik ben erg verbaasd over het feit dat begin maart in de commissie tegen ons werd gezegd dat het om een griepvirus ging. Dat is daarom niet minder gevaarlijk, maar er werd toch veel rustgevender gecommuniceerd dan wij aanvoelden.

Hoe interpreteert u die episode van begin maart? Er werd toen toch gekozen voor een soort van geruststelling. Ik herinner het mij nog goed. Wij moesten op 3 maart iedereen testen die mogelijk uit Italië kwam en symptomen had. Op 4 maart was dat niet meer mogelijk. Op 3 maart was ik ervan overtuigd dat ik dat in mijn praktijk ging kunnen doen. Wij hadden de week ervoor ook een aantal mensen getest. Ineens was er een volledige overrompeling. Er waren geen reagentia meer en wij mochten die mensen niet meer testen. Ik had graag uw reactie daarop gekregen. Hoe ging u op dat moment met de zaken om?

Bram Delvaux (Open Vld): Vooreerst dank aan beide professoren voor hun overzichtelijke tijdslijn en hun uiteenzetting. Voorzitter, ik wil u alvast geruststellen. Ik zal mijn tussenkomst beperken tot de cluster van vandaag. Ik zou de collega's willen oproepen om dat voortaan ook te doen. Dan kunnen we hopelijk binnen de voorziene tijdspanne blijven.

Ik heb nog vier korte vragen voor beide professoren.

Werden de Chinese gegevens vertrouwd? Kunnen jullie die vraag extra duiden?

Hoe zeldzaam zijn virussen die zich asymptomatisch kunnen verspreiden? Had de WHO hiervan eerder op de hoogte kunnen of moeten zijn?

Kunnen jullie duiden waarom de WHO tegen de mondkmaskerplicht voor het grote publiek was?

Waarom is ECDC volgens jullie zo voorzichtig? Welke redenen zijn er daarvoor?

Tot zover mijn vragen, alvast bedankt voor jullie antwoorden.

Karin Jiroflée (sp.a): Eerst en vooral ook van onze kant bijzondere dank aan beide professoren, ook voor uw zeer harde werk in de afgelopen periode.

Ik begin bij Sciensano. We weten dat er al een behoorlijk aantal keren bespaard is op Sciensano, zelfs nog voor het Sciensano heette. De laatste keer gebeurde dat door de Vlaamse Overheid, die in december 2019 nog 6% bespaarde. Ik vroeg mij in deze af wat uw aanvoelen is. Is Sciensano op dit moment voldoende voorbereid en voldoende ondersteund om de nodige acties te ondernemen in een crisis van een dergelijke omvang? Daar had ik graag uw persoonlijke oordeel over.

De experts van deze commissie hadden een aantal vragen in verband met de besluitvorming binnen Sciensano en wie daarbij betrokken werd. Kunt u wat duiding geven bij hoe de te horen experts geselecteerd worden en op welke basis er geconsulteerd werd in het kader van het opstellen van adviezen van de Risk Assessment Group?

Ten derde, ik denk dat ik geen nieuws vertel, als ik zeg dat er al veel gezegd en geschreven is over de mondkmaskers en de stock van mondkmaskers. De Risk Management Group heeft op 4 februari uitvoerig over de mondkmaskers gediscussieerd. Er werd aangeraden om een nieuwe noodstock aan te leggen. Wat heeft Sciensano op dat moment gedaan? Heeft Sciensano die vraag ondersteund? Heeft Sciensano ook al dan niet aangedrongen op een nieuwe stock? Op welke manier werd daarop gereageerd door de regering?

Ten vierde, eind februari rees er ook kritiek op de zogenaamd te beperkte gevalsdefinitie. Kunt u toelichten op welke manier de gevalsdefinitie tot stand is gekomen? Wat is uw mening over die

kritiek?

Ten vijfde, de Hoge Gezondheidsraad publiceerde vlak voor de lockdown een advies over het dragen van mondklappers door medisch personeel, het advies 9577, waarin de dracht van een chirurgisch mondklapper altijd werd aanbevolen in geval van contact met een bevestigde of vermoedelijk besmette persoon. Uiteindelijk heeft Sciensano een andere, veel striktere richtlijn uitgevaardigd, met rugdekking van de Risk Management Group. Professor Van Gucht, op basis van welke elementen hebt u die richtlijn verstrengd?

Ten zesde, meerdere experts verklaarden in het begin van de crisis niet op de hoogte te zijn van de ernst van de crisis in de rusthuizen. Sommigen zeggen dat de crisis in de rusthuizen pas zichtbaar is geworden toen er op 6 april 617 covidoverlijdens retroactief werden toegevoegd door Sciensano. Klopt dat? Vanaf wanneer beschikte Sciensano over de gegevens uit de Vlaamse rusthuizen en vanaf wanneer werden die met de RMG gedeeld?

Verder zijn er nogal wat problemen geweest met de contactopsporing en ik begrijp dat die er nog altijd zijn. Er werd regelmatig naar Sciensano gewezen voor het niet tijdig aanleveren van de juiste gegevens. Ik verneem graag hoe u die samenwerking en de output ervan beoordeelt.

Ik heb nog twee vragen over de huidige situatie.

In juli poneerde professor Van Damme dat er voor de contactopsporing naar een periode van meer dan twee dagen vóór de start van de symptomen moest worden teruggekeken. Ik weet niet hoe Sciensano daartegenover staat. In Duitsland wordt daarvoor een periode van drie tot vier dagen gehanteerd. Ik krijg daarover graag uw mening.

Tot slot, hoe schat u de definitie van hoog- en laagrisicocontacten in? Uit de gegevens van de Vlaamse tracing blijkt dat gemiddeld 19 % van de personen met hoogrisicocontacten en gemiddeld 17 % van de personen met laagrisicocontacten aangeven symptomen te hebben. Dat is natuurlijk geen groot verschil. Zijn die definities dan wel correct? Moeten wij daarop nu al niet ingrijpen?

Catherine Fonck (cdH): Messieurs, je vous remercie pour vos présentations. Bien entendu, j'ai mille questions à vous poser, mais je vais strictement me limiter au sujet qui nous occupe aujourd'hui. Certains collègues ont posé des questions qui s'en éloignaient, mais nous devons nous discipliner.

Mes questions s'articuleront en trois volets: en amont de la crise, à son début et les derniers mois

de celle-ci. Tout d'abord, vous m'excuserez de poser certaines questions que j'avais posées vendredi dernier, mais elles ont été redirigées vers vous, puisque M. De Raedt a considéré que ce n'était pas à lui d'y répondre.

En amont, des recommandations précises ont-elles été émises par l'OMS et l'ECDC quant à l'importance de disposer d'un plan pandémie? Si oui, Sciensano est-elle directement partie prenante à ce plan qui aurait dû être actualisé? Comment cet organisme s'articule-t-il, du point de vue du Règlement sanitaire international (RSI), avec M. De Raedt du SPF Santé publique et son directeur, ainsi qu'avec sa cellule "*Public Health Emergency*"? Qui sert de pilote et qui décide dans ces différentes structures? Combien de personnes s'occupent-elles du volet "pandémie" chez Sciensano? En dehors des RAG et RMG, une autre coordination avec les entités fédérées a-t-elle été établie ou bien se limite-t-elle aux réunions avec les deux groupes cités?

Sciensano a-t-elle aussi été partie prenante plus particulièrement dans le traitement du stock d'équipements de protection individuelle, dont on sait qu'il reste crucial pour les soignants? Était-elle informée de la destruction de ce stock stratégique? Si c'est le cas, saviez-vous qu'il avait été décidé de ne pas le renouveler et qu'une réflexion était en cours, si j'en crois la ministre De Block? Voilà pour le volet "amont de la crise COVID".

Pour ce qui concerne l'estimation de la gravité en début de la crise, le 30 janvier 2020, l'OMS lance l'alerte et une série de recommandations sont faites. J'y reviendrai. Nous nous retrouvons, le 3 mars 2020, en commission de la Santé. J'avais déjà eu précédemment l'occasion d'interpeller en séance plénière. Et là, monsieur Van Gucht, vous nous dites: "Le 3 mars, nous sommes bien préparés". Et vous parlez du *worst case*, avec les 3 000 hospitalisations et maximum 500 à 700 en unités de soins intensifs.

Or, vous nous dites aujourd'hui qu'en date du 23 février 2020, vous étiez déjà particulièrement alerté en nous disant que c'était sérieux et que le taux de mortalité en Italie était de 10 %. Comment expliquez-vous aujourd'hui que, le 3 mars 2020, la ministre et vous-même nous dites: "Nous sommes bien préparés", alors qu'il y a des alertes très claires au niveau de l'OMS mais aussi des publications scientifiques internationales. Et je ne peux imaginer que vous ne les suiviez pas de manière scrupuleuse au niveau de Sciensano. Il y avait déjà, à ce moment-là, un nombre de publications non négligeables. "Nous sommes bien préparés", mais sur quoi étiez-vous bien préparés? Sur quoi avez-vous basé votre estimation du *worst*

case, alors même que vous nous dites aujourd'hui que le taux de mortalité vous avait particulièrement alerté dès le 23 février 2020?

Dès fin janvier et en février, l'OMS fait des recommandations concernant le *testing*, le *tracing* et la mise en quarantaine. Ce n'est rien d'inhabituel dans la gestion d'une pandémie. Ce sont les grands classiques. Le *testing* sera lancé. Il y avait une collaboration préalable à la crise COVID-19 entre la KUL et Wuhan et c'est tant mieux d'ailleurs. C'était un peu un "coup de chance". En même temps, le *testing* est lancé en mode très mineur en Belgique. On n'a d'ailleurs pas testé les retours des différents pays qui se font à ce moment-là. Il y a des recommandations de *tracing*. Nous avons déjà un dispositif de *tracing* en Belgique, par exemple pour le virus BK qui n'est évidemment pas du tout du même ordre. Pour ce qui est du *tracing*, quasiment rien n'a été fait pendant plusieurs mois.

Fin janvier, les recommandations de l'OMS disent de se préparer. Or, à ce moment-là, se préparer c'est aussi avoir des équipements de protection individuels en nombre suffisant pour les soignants. On savait qu'on aurait besoin de centaines de millions de masques s'il s'agissait d'une épidémie sévère. Si Sciensano était au courant de la destruction des masques, comment se fait-il alors qu'il ait fallu des semaines pour enfin commander, alors que les signaux de pénurie étaient très clairs en Belgique?

Personnellement, j'ai été alertée de ce que les grossistes des pharmaciens étaient confrontés à une pénurie majeure de masques. Comment se fait-il qu'il ait fallu attendre si longtemps pour commander, alors même que les recommandations de l'OMS à ce sujet étaient claires? Une fois que la commande a été passée, il était trop tard et nous nous sommes rapidement retrouvés dans une situation de pénurie à l'échelle internationale.

Vous n'avez absolument pas évoqué la question des voyages et avez déclaré que l'OMS n'avait pas donné de recommandations à ce sujet. Or, l'OMS avait formulé très tôt des recommandations à l'attention des personnes vulnérables: dès février, elle recommandait que les personnes âgées ou les malades chroniques ne se rendent pas dans les zones touchées. De même, des recommandations avaient été formulées pour les personnes revenant de zones touchées par le coronavirus, notamment sur l'obligation pour ces personnes de se faire tester.

Or, il est fort probable que les personnes revenant des vacances de février tout comme les jeunes étudiants de certaines universités qui ont fait

chaque semaine la navette entre leur université belge et leur domicile (notamment dans les départements français fortement touchés tels que les Alpes) aient involontairement été à l'origine de transmissions non négligeables en Belgique. Aucune recommandation n'a été faite à cet égard.

À mesure que la crise progressait, plusieurs nouvelles recommandations ont été formulées, non seulement par l'OMS mais aussi par le Conseil de l'Europe et l'Union européenne (au travers de "boîtes à outils" permettant aux différents États membres de prendre des dispositions). Certaines de ces recommandations ont été appliquées, d'autre pas. Parmi celles qui ne l'ont pas été ou qui l'ont été tardivement, il y a les recommandations concernant les personnes vulnérables ainsi que le dépistage auprès des proches de personnes vulnérables. Pourquoi ces dispositions n'ont-elles pas été prises en compte ou, si elles l'ont été, pourquoi aussi tard?

J'aimerais également vous interroger sur une question plus transversale, indépendamment de l'espace-temps. Des critères ou indicateurs épidémiologiques identiques sont-ils proposés dans le cadre de la collaboration, tant au niveau de l'OMS qu'au niveau d'autres instances européennes?

En termes de suivi, comme dans toute bonne étude internationale, si chacun prend des indicateurs épidémiologiques différents, cela ne permet évidemment pas d'avoir de bonnes comparaisons d'une part, et d'autre part, cela ne permet pas non plus d'avoir le suivi le plus efficace au niveau de la pandémie. Je vous remercie.

Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, je tiens à remercier nos deux intervenants qui nous permettent de dégager petit à petit une vue globale sur l'échange d'informations qui s'est fait au niveau international avec notre pays (malgré l'absence de l'OMS vendredi dernier).

Pour entrer directement dans le vif de mes questions, je voulais tout d'abord évoquer les questions relatives à l'échange d'informations que nous avons eu avec l'OMS. On le sait, le premier cas de coronavirus a été recensé le 1^{er} décembre à Wuhan et la presse en a très rapidement fait écho. Ma première question est de savoir si dès ce moment-là, il y a eu au niveau de Sciensano, au niveau de notre pays, un monitoring des nouveaux cas de contamination en Chine, mais aussi, ensuite, dans les autres pays? Estimez-vous qu'à ce moment-là, le travail était possible au niveau de Sciensano ou si vous dépendiez entièrement des informations que l'OMS et que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies devaient

vous fournir.

En général, pouvez-vous nous dire comment vous estimez votre collaboration avec l'OMS? Comment s'est déroulé en général l'échange d'informations? Avez-vous observé une évolution dans cet échange d'informations par rapport aux années précédentes puisque l'on sait que depuis quelques années, l'OMS a entrepris certaines réformes pour améliorer son fonctionnement dans la gestion des épidémies? Toujours à ce sujet, estimez-vous avoir disposé de toutes les informations et recommandations nécessaires et à temps?

Un exemple vient d'être abordé par ma collègue Mme Catherine Fonck: on sait qu'au retour des vacances de Carnaval, l'OMS ne recommandait ni les restrictions de voyage ni les mises en quarantaine au retour de zones problématiques, en tout cas pour l'ensemble des citoyens. Il est vrai que l'OMS avait visé principalement les personnes âgées, celles atteintes d'une maladie chronique, mais pas les personnes de manière générale dès le moment où elles revenaient de zones problématiques. Cette recommandation ne devait-elle pas être fournie par l'OMS puisque ce type de mesure, on le sait, n'est efficace que si elle s'applique à tout le monde, aux personnes vulnérables comme aux autres plutôt que comme on l'a vu dans certains pays ou certaines communes?

Pour le reste, je voulais aussi vous interroger sur les informations en tant que telles et sur leur traitement. Monsieur Van Gucht, vous souligniez tout à l'heure dans votre introduction à quel point les recommandations de l'OMS étaient extrêmement larges, notamment en ce qui concerne les tests, leur validation et leur public cible. Or, nous avons bien vu qu'en Belgique, les discours des autorités par rapport à ces tests ont beaucoup évolué, que ce soit en ce qui concerne les tests en tant que tels, en particulier les tests sérologiques et les tests sanguins rapides, mais aussi en ce qui concerne les bénéficiaires de ces tests de dépistage.

En effet, on a d'abord visé les personnes qui présentaient des symptômes graves, puis on a élargi le *testing* aux personnes qui présentaient des symptômes, puis aux personnes présentes dans des collectivités, puis enfin aux personnes qui disposaient d'une ordonnance de leur médecin généraliste. Peut-on considérer que cette évolution dans notre stratégie de *testing* a été dictée uniquement par un phasage recommandé par l'OMS, mais aussi par le centre européen de prévention et de contrôle des maladies ou cette stratégie a-t-elle été dictée aussi par la réalité de notre capacité de *testing*? Si oui, dans quelle

mesure? Il faut bien avouer que cette capacité n'était pas au mois de mars celle que nous connaissons aujourd'hui.

Vous dites d'ailleurs qu'on aurait dû avoir une stratégie de *testing* à grande échelle mais que celle-ci n'était pas possible au mois de mars. Qu'est-ce qui nous a manqué à ce moment pour augmenter de manière significative cette capacité de *testing*, selon vous? Nous savons qu'aux mois de mars et avril, nous étions confrontés à une pénurie mondiale de réactifs. Les choix faits par nos autorités en ce qui concerne les laboratoires n'ont-ils pas eu une influence dans notre stratégie de *testing*?

Monsieur Van Gucht, vous expliquez que ce n'est que le 2 avril que l'OMS a décrété que la transmission pré- et asymptomatique était très importante dans les contaminations et que c'est notamment pour cela que le port du masque était utile. C'est un lien que vous faisiez très justement tout à l'heure dans votre présentation. Or, comme on l'a dit, ce n'est que le 5 juin que l'OMS a fait sa recommandation en ce qui concerne le port du masque pour le grand public, soit deux mois plus tard. Comment expliquer une décision aussi tardive?

De même, vous avez dit tout à l'heure que la transmission asymptomatique du COVID-19 n'était pas évidente, et que par conséquent, cela nécessitait un certain travail de recherche au niveau de l'OMS. Mais pouvait-on considérer que c'était différent pour les autres COVID? Il me semble que les infections par le SARS-CoV mais aussi le MERS-CoV connaissent également des transmissions asymptomatiques. À partir de ce moment-là, pourquoi l'OMS n'a-t-elle précisé cette transmission asymptomatique du COVID-19 qu'en avril?

Autre élément, on a très vite comparé notre gestion de crise avec celle des autres pays. Il est tout à fait normal et sain, je pense, de comparer et de voir dans les autres pays ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas mais justement, quel a été le rôle de Sciensano dans ce travail de comparaison? Y avait-il au niveau de Sciensano un groupe de travail ou, en tout cas, une personne chargée de comparer les mesures prises par les différents États, de recenser ces mesures et surtout d'en retirer les bonnes pratiques à mettre en place en Belgique? Je pense que c'est un travail qui aurait été particulièrement utile et qui le serait encore aujourd'hui pour éviter une deuxième vague potentielle.

Je me dois aussi de revenir sur le soutien aux hôpitaux et au personnel soignant. Quand les

hôpitaux et le personnel soignant ont-ils été officiellement avertis des recommandations de l'OMS et sous quelle forme? En effet, des retours que nous avons du terrain, c'était véritablement le règne de la débrouille. Quel a été le rôle de Sciensano dans la communication de ces recommandations? Comment ces informations ont-elles été triées, priorisées, synthétisées? Estimez-vous que l'information qui a été dispensée aux acteurs de première ligne l'a été à temps?

Enfin, je voulais profiter de la présence de M. Van Laethem dont l'exposé a malheureusement été très succinct pour revenir sur les déclarations qu'il a pu avoir vendredi au sein de la commission COVID au Parlement wallon. Il y a deux éléments. Premièrement, vous auriez affirmé qu'"on aurait pu faire mieux si on avait eu un plan pandémie mis à jour et si on avait été mieux préparé." C'est vrai que l'absence d'un plan pandémie actualisé a été un gros handicap dans notre gestion de crise, d'autant plus que l'OMS recommandait l'adoption d'un plan pandémie. Cela a encore été confirmé par le représentant du SPF Santé, vendredi dernier au sein même de cette commission fédérale COVID. Pourquoi – et je pense que c'est vraiment une question que nous avons tous sur les lèvres – la Belgique n'a-t-elle pas actualisé ce plan?

Deuxième élément assez interpellant que vous auriez avancé vendredi et je vous rejoins tout à fait, c'est que la structure institutionnelle de notre État n'a certainement pas aidé à gérer la crise. C'est un constat que je partage mais la question qu'on doit se poser en tant que membre de cette commission, est de savoir en quoi précisément cela nous a desservis.

On sait que la complexité institutionnelle a joué un rôle dans l'organisation du *testing*, dans les commandes et les livraisons de masques, de matériel médical. Mais cette complexité institutionnelle n'a-t-elle pas aussi joué un rôle dans l'échange d'informations internationales dans les premières semaines de l'épidémie?

De **voorzitter**: Daarmee komen wij aan het einde van de vragen.

Ik wil de fracties wel oproepen om zich de volgende keer te houden aan het thema waarmee we bezig zijn. Als alle vragen beantwoord zijn, kunnen we misschien stoppen met deze commissie, bij manier van spreken. Dat is ook niet de bedoeling.

Wij zouden de mensen van Dokters van de Wereld normaal op dit uur laten starten, maar het zou wel van enig fatsoen getuigen om de heer Van Gucht en de heer Van Laethem de kans te geven om op de vragen te antwoorden.

Misschien kunt u de antwoorden beperken tot de vragen die daadwerkelijk met het thema internationale afstemming en communicatie te maken hebben? De andere thema's komen later aan bod. Misschien kan Sciensano dan later opnieuw worden uitgenodigd. Ik denk dat we ook die vragen nog schriftelijk aan jullie kunnen bezorgen.

Is het voor jullie haalbaar om nog even te blijven?

Steven Van Gucht: Mijnheer de voorzitter, voor mij is dat zeker mogelijk.

De **voorzitter**: De heer Van Laethem heb ik zien knikken.

Ik hoop dat het voor de mensen van Dokters van de Wereld goed is dat zij iets later van start gaan?

Ja, dank u wel.

Ik wil de beide sprekers uitnodigen om op een half uur te antwoorden. Ik weet dat dat heel uitdagend is, maar als u de antwoorden beperkt tot internationale communicatie en afstemming, zullen wij al ver raken.

Steven Van Gucht: Mijnheer de voorzitter, ik heb enorm veel genoteerd. Ik heb geprobeerd om alle punten neer te schrijven, maar dat zijn ondertussen al een aantal bladzijden geworden. Ik zal er alle vragen uithalen die vaak aan bod zijn gekomen en die op het internationale aspect een weerslag hebben.

Het laatste punt dat mij bijgebleven is, was het pandemieplan. Het was inderdaad een gemis dat we in België bij de aanvang van deze pandemie geen geactualiseerd pandemieplan ter beschikking hadden. We hadden weliswaar een oud plan, dat nog was opgesteld voor de vogelgriep en later de Mexicaanse griep in 2009, maar dat plan was vrij gericht geschreven op de problematiek van een griep pandemie, waarbij men vrij snel kan rekenen op een vaccin en waarbij ook antivirale middelen beschikbaar zijn. Met dit virus was het heel anders. Die plannen waren dus maar beperkt bruikbaar.

Sommige zaken behoren niet tot de bevoegdheden van Sciensano. Veel vragen vandaag gingen over Sciensano. Wat doen wij en waarom hebben we dit of dat gedaan? Vaak waren die vragen niet terecht. Sciensano geeft advies. Wij doen aan epidemiologisch onderzoek en surveillance. Veel vragen hadden betrekking op de FOD Volksgezondheid, de regio's en de RMG. Veel vragen gingen over de procedures, die weliswaar gepubliceerd worden op de website van

Sciensano, maar dat zijn geen procedures van Sciensano.

Het zijn procedures die bijvoorbeeld bekrachtigd en gepubliceerd zijn onder het mandaat van de Risk Management Group. Men gebruikt de website van Sciensano dan om die openbaar te maken, maar de eindverantwoordelijkheid ligt niet bij ons.

Wat het pandemieplan betreft, weet ik dat er al een tijd gewerkt wordt aan een nieuw plan, dat generiek moet zijn. Het plan zal dus niet gericht zijn op bijvoorbeeld een pandemische griep, maar op eender welk nieuw pandemisch virus. Dat plan was nog niet klaar op het moment waarop deze pandemie uitbrak. Het zou uiteraard wel handig geweest zijn. Ik meen echter dat het na deze pandemie zeer vlot uitgeschreven zal kunnen worden, want we hebben in de voorbije maanden enorm veel bijgeleerd. Die ervaring zal bruikbaar zijn om een zeer degelijk toekomstig plan op te stellen.

Men heeft mij ook gevraagd wat er in de toekomst beter moet. De ervaring die we hebben opgedaan tijdens deze pandemie en systeemcrisis heeft ons enorm veel geleerd over de zwaktes en sterktes van het systeem. Op basis daarvan zullen we een heel degelijk pandemieplan kunnen opstellen. Zoals gezegd, moet het ditmaal om een generiek plan gaan, niet gericht op een bepaald type virus. De concrete uitwerking van het plan valt onder de bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid en u moet uw vragen daarover dus zeker nog eens aan de collega's stellen. Het is echter duidelijk dat het plan zeer belangrijk is voor de toekomst. We moeten alle lessen meenemen die we in de voorbije maanden geleerd hebben. Dat is in een notendop de situatie met betrekking tot het pandemieplan.

Je ne sais pas, Yves, si tu souhaites encore ajouter quelque chose?

Yves Van Laethem: Le plan pandémie, comme tu as dit, a été fait et a été revu. Il est clair qu'il n'était peut-être pas parfaitement opérationnel. Il a été fait à un moment, et probablement mis dans un tiroir - plus que probablement - et on n'a pas généré ce qu'il fallait pour l'entourer, le mettre à jour.

Je pense qu'entre autres, Mme Belkhir, dans son rapport, parle du fait qu'il faudrait probablement entourer ce plan de quelque chose qui le fait vivre, comme on fait vivre les plans MASH, Ghislenghien, tout ce qu'on voudra, mais de manière à ce qu'il y ait une réalité, une remise à jour et des exercices permettant de voir la réalité de ce qu'il se passe et ce qu'il faudrait corriger. Donc je pense que ce plan était là, qu'il y a une volonté évidemment de

maintenant faire quelque chose.

En ce qui concerne les masques, vous savez qu'il y a eu au moins une lettre envoyée par le Conseil supérieur de la Santé, de mémoire en mai 2019, concernant l'intérêt de ravoir des masques en stock stratégique, quitte à les avoir sur un stock roulant, ou un autre système permettant de ne plus devoir les détruire lorsqu'ils seraient périmés, même si nous savons maintenant par les publications, que les masques périmés fonctionnent encore pas mal, du moins s'ils sont stockés convenablement. Ce sont des notions qu'on n'avait sans doute, et même certainement pas, lorsque ces masques, en Belgique comme en France ou dans d'autres pays, ont été détruits après leur stockage prolongé succédant à l'épisode de grippe H1N1 en 2009.

C'était tout ce que je voulais rajouter, je pense, à cette partie-là.

Steven Van Gucht: De mondmaskers en onder andere ook de internationale aanbevelingen daaromtrent zijn een thema dat inderdaad heel vaak is teruggekomen. Nogmaals, de mondmaskers, de strategische stock van mondmaskers en het aankoopbeleid met betrekking tot mondmaskers is geen bevoegdheid van Sciensano. Dat valt ook niet onder mijn bevoegdheid.

Ik was persoonlijk niet op de hoogte dat er geen strategische stock van mondmaskers was. Die was ooit aangelegd naar aanleiding van de Mexicaanse griep, maar dat materiaal was inderdaad intussen vervallen en die stock was vernietigd. Die stock werd beheerd door de FOD Volksgezondheid, dus ik denk dat het beter is om de vraag aan de FOD Volksgezondheid te richten.

De wetenschappelijke adviseurs waren wel bezorgd. In de loop van februari hebben wij onze bezorgdheid over een mogelijk tekort aan mondmaskers en het ontbreken van een stock regelmatig geuit.

Wij hebben daarvoor gewaarschuwd en de suggestie gedaan om lokaal mondmaskers te laten produceren of zo snel mogelijk bestellingen te plaatsen. Men was er vanuit de overheid op dat moment nog vrij gerust in dat men wel mondmaskers zou kunnen bestellen op de internationale markt, wat achteraf toch heel moeilijk is gebleken. Opnieuw, dat is geen bevoegdheid van Sciensano.

Wat betreft de richtlijnen met betrekking tot het gebruik van mondmaskers, dat is inderdaad iets dat aan heel wat nieuwe inzichten en

veranderingen onderhevig is geweest. In eerste instantie hebben wij mondmaskers altijd beschouwd als iets voor de medische sector. Ze zijn nodig voor artsen en verpleegkundigen die patiënten behandelen, en eventueel ook voor een zieke patiënt. Dat is klassiek altijd het geval geweest.

Dat is de manier waarop er daarnaar bij het begin van de crisis werd gekeken, maar ook binnen dat kader wisten we dat er mogelijke tekorten op ons zouden afkomen en moest er worden gehandeld om te voorzien in voldoende mondmaskers voor de gezondheidssector.

Het idee om breed mondmaskers te gebruiken bij de algemene bevolking is pas veel later ontstaan en werd ook niet echt ingegeven door de idee dat er niet genoeg mondmaskers zouden zijn voor de medische sector. Het aanraden van mondmaskers voor Jan met de pet was in die periode niet aan de orde. Ik denk dat veel van mijn collega's dat zullen bevestigen.

Het is niet vanzelfsprekend dat men in geval van een pandemie de volledige bevolking mondmaskers laat dragen, zeker stoffen mondmaskers of comfortmondmaskers, omdat wij weten dat er aan die mondmaskers een aantal voor- en nadelen verbonden zijn.

In de eerste plaats gebruiken wij ze om de andere tegen onszelf te beschermen. Dat is het nieuwe inzicht dat ervoor heeft gezorgd dat is geconcludeerd dat mondmaskers op een gegeven moment wel zin hebben, namelijk wanneer wij de maatschappij opnieuw openstellen.

Vanaf begin mei 2020 zijn wij beginnen versoepelen. Bedrijven konden opnieuw optimaal werken. De winkels zijn opnieuw opengestaan. Op een gegeven moment zijn de scholen ook deels mogen opengaan. Het openbare leven kwam opnieuw op gang. Wij wisten dat er nog veel virus circuleerde. In dat kader was er ruimte, om te verduidelijken dat, wanneer maskers worden gedragen op ruimtes waar de afstand niet kan worden gegarandeerd, zij kunnen helpen om elkaar niet besmetten.

De optiek is vooral altijd geweest dat men de andere beschermt tegen het virus dat men zelf uitscheidt. Dat heeft zin, wanneer nog vrij veel virus circuleert. Toen in de periode van februari 2020 nauwelijks virus circuleerde in België, had het weinig zin aan iedereen te vragen een mondmasker te dragen. Op 13 maart 2020 zijn wij snel in lockdown gegaan. Iedereen werd dus geacht zoveel mogelijk thuis te blijven. Ook toen hadden maskers weinig zin, omdat wij elkaar niet

meer ontmoeten, zeker niet op straat of in de openbare ruimte. Mensen werden geacht zoveel mogelijk afstand te houden en thuis te blijven.

Naarmate wij in de volgende fase, namelijk het heropenen van de maatschappij, belandden, hadden mondmaskers wel een plaats, wat wij dan ook hebben aanbevolen, ondanks het feit dat de WHO op dat moment de mondmaskerdracht nog niet adviseerde. Wij hebben toen niet gewacht op een advies van de WHO.

Geleidelijk aan is het advies nog veranderd naar het ook dragen van mondmaskers op straat. Ik moet eerlijk bekennen dat het hier vooral om een initiatief van de lokale overheden ging. Ik heb altijd gesteld dat, wanneer de afstand kan worden bewaard op straat en op niet-drukke plaatsen, een mondmasker niet hoeft. Een masker wordt gedragen, wanneer mensen elkaar niet kunnen mijden en niet kan worden gegarandeerd dat de afstand te allen tijde kan worden bewaard. Op het openbaar vervoer is dat zeker het geval. In een drukke winkelstraat kan dat ook het geval zijn. Naarmate de drukte toenam in de winkels werden ze daar meer en meer relevant. De massa daar kan immers niet altijd worden gecontroleerd. Het dragen van mondmaskers buiten die plaatsen is niet het advies geweest van Sciensano en van mij, bijvoorbeeld in het park of op straat.

Dat is het punt van de maskers. Een ander punt, waarover de heer Van Laethem mij misschien zal kunnen vervolledigen, is het rapporteren van gegevens aan zowel de Belgische bevolking als aan de internationale organisaties ECDC en de WHO.

Het voorbeeld is aangehaald van de manier waarop wij in België onze COVID-19-overlijdens hebben geregistreerd en geteld.

Ik meen dat er wat dat betreft toch een betere harmonisatie nodig was door de internationale organisaties. Men kan eigenlijk stellen dat de manier waarop wij het in België gedaan hebben de correcte manier is. Het is de manier waarop het meestal gevraagd wordt door de WHO en ECDC. Wanneer men een epidemie in kaart brengt, zal men meestal met twee categorieën werken.

Enerzijds zijn er de bevestigde gevallen. Dat zijn de gevallen met symptomen, die men dan ook nog eens in het labo bevestigt. Dat zijn bewezen gevallen, besmet met dit specifieke coronavirus. Anderzijds is er een tweede categorie, de zogenaamde vermoedelijke gevallen. Deze vertonen de typische symptomen maar de aanwezigheid van het virus werd niet getest. Dat is een standaardmanier om een epidemie in kaart te

brengen. Dat is een standaardmanier om de surveillance te doen bij infectieziekten.

Wij hebben die gewoon toegepast. Vele andere landen hebben dat niet gedaan, en hebben daardoor een onderschatting van hun werkelijke aantal overlijdens. Dat is het geval in Nederland. Dat is het geval in Spanje. Dat is ook het geval in Frankrijk, in mindere mate. Frankrijk heeft dat wat beter gedaan. Maar eigenlijk zijn wij daar wel de goede leerling geweest. België was een voorbeeld voor vele andere landen. Ik meen dat een aantal landen zijn cijfers retrospectief nog zal moeten corrigeren.

Ik ben van mening dat ECDC wat dat betreft een betere coördinerende rol had kunnen spelen, zodat wij de kakofonie van de verschillende manieren van tellen niet hadden moeten meemaken. Want die maakt vergelijken inderdaad zeer lastig.

Achteraf zal dit waarschijnlijk in de rapporten allemaal gecorrigeerd worden. Maar dit heeft België wel in een vervelende positie gebracht omdat het als nummer één in de statistieken met overlijdens verschenen is, terwijl wij uit andere bronnen weten dat de sterfte per miljoen inwoners eigenlijk hoger is in landen als het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Italië en ook bijvoorbeeld in de grotere regio rond New York, als men kijkt naar de oversterfte daar.

Die cijfers moeten nog gecorrigeerd worden. Dit was inderdaad internationaal niet goed gecoördineerd.

Yves, veux-tu encore ajouter quelque chose?

Yves Van Laethem: Je confirme simplement ce que tu dis. Dans la plupart des cas, chaque pays a malheureusement sa manière de rapporter les décès et leur cause. La manière de travailler de l'ECDC comporte des lacunes évidentes, puisque certains pays ne comptabilisent que quelques provinces ou départements, alors que notre petit pays rapporte la totalité de ce qui s'y passe - nous sommes bien d'accord.

Comme l'a dit Steven, ce qui importe *in fine*, c'est la surmortalité dans un pays donné, en rapport avec un épisode bien précis. Cette surmortalité en Belgique a correspondu au total des cas prouvés plus qu'aux cas probables. Dans beaucoup de pays, les différences étaient de l'ordre de 10 à 50 %. L'Italie a même reconnu qu'il y avait 20 000 morts de trop, qu'elle ne pouvait pas justifier et qui ne sont, du reste, toujours pas ajoutés aux causes COVID. Quoi qu'il en soit, que ces gens soient morts du COVID ou qu'ils soient morts parce qu'on n'avait pas pris en compte leurs

pathologies sous-jacentes à cause du contexte pandémique, cela revient au même: soit, à une mortalité liée au COVID. Dès lors, l'estimation belge est *de facto* la plus raisonnable ou la plus proche de la réalité. Comme l'a dit Steven, pour une fois, l'OMS et l'ECDC étaient parfaitement d'accord avec nous et nous ont cités en exemple.

Steven Van Gucht: Ik kan dat beamen. Zij hebben eigenlijk België aangehaald als het goede voorbeeld, maar dat kwam natuurlijk wel wat te laat. De meeste landen werden verrast door de snelle ontwikkeling van die epidemie en elk land is dan op de eigen manier beginnen tellen. Dat is ook de onderliggende reden waarom het op voorhand niet beter geharmoniseerd was.

Een punt dat vaak terugkeerde, ging over de tests en de teststrategie. Er zijn daarover heel veel vragen gesteld. Ik zal proberen een zo volledig mogelijk antwoord te geven. Wij hebben in België gedaan wat wij moesten doen. Kon dat beter? Zeker. Ik kan echter wel bevestigen dat wij reeds zeer vroeg een test ontwikkeld hebben, toen dit virus voor het eerst beschreven werd, toen de karakteristieken gepubliceerd werden door de Chinezen. Zij hebben trouwens zeer vroeg die genetische sequentie vrijgegeven. Wij waren daar een van de snelste landen in Europa. Misschien waren we niet het snelste land, het is mogelijk dat Duitsland enkele dagen eerder was dan België met het op punt stellen van zijn protocol, maar dan spreken wij over enkele dagen.

Duitsland heeft inderdaad zeer snel gekozen voor een heel gedecentraliseerde strategie. Het was daar uniek in. Wij moeten zeker naar dat voorbeeld kijken, hoe het land dat aangepakt heeft. Het land is ook wat breder gaan testen.

Ik moet zeggen dat wij als virologen steeds voorstander waren om meer en breder te testen, van in het begin van deze uitbraak. Men heeft ons daarin niet steeds gevolgd. Daar waren verschillende redenen voor, die gegrond waren.

Het is zo dat de testcapaciteit die wij op dat moment hadden, niet toeliet om op grote schaal te gaan testen. Dat gold ook voor de meeste andere landen. Ook voor Duitsland, dat had in het begin ook geen gigantische testcapaciteit. Dat kan men slechts geleidelijk aan uitbouwen. Als men de testcriteria breder had genomen, hadden wij ook mensen moeten gaan testen die, bijvoorbeeld, geen directe link hadden met Wuhan of die slechts milde symptomen vertoonden. Wij zaten toen, februari en begin maart, in volle griep epidemie en de verkoudheden waren alomtegenwoordig. Wij zien nu ook hoe het systeem enorm onder druk komt, omdat wij zeer breed willen testen. Straks

zitten wij aan 40 à 50.000 tests per dag. U moet zich voorstellen dat wij dat hadden moeten doen in de context van februari-maart, terwijl slechts één labo in staat was om een test te maken. Het labo moest die tests immers zelf maken. Men kon geen materiaal kopen bij firma's, wat nu wel het geval is. Klinische laboratoria bestellen nu hun robots, machines en testmateriaal bij een grote firma, die dat aanmaakt voor hen.

Zo kunnen zij *high-throughput*, op grote schaal, heel veel tests doen. Op dat ogenblik zaten wij nog in de fase waarin wij alles zelf moesten aanmaken, wat een heel andere en veel arbeidsintensievere manier van werken is. Dat gaat ook, en het kan snel. Dat is in België zeker niet trager dan in de ons omringende landen gebeurd. Veel landen hebben het protocol van Duitsland overgenomen, een protocol van Christian Drosten. Duitsland was daarmee dus misschien – we spreken dan over enkele dagen – sneller. Van in het begin had Duitsland wel een liberaler, meer gedecentraliseerd systeem, waarbij heel wat privélabo's dat protocol snel hebben overgenomen en met het testen zijn begonnen. Dat was wel een verschil met de meeste andere landen. Daardoor kon in Duitsland hier en daar misschien wel sneller een cluster opgepikt worden, terwijl die in andere landen ongemerkt zijn voorbijgegaan; dat is mogelijk.

Toch blijft het een zeer moeilijke evenwichtsoefening. Om heel breed te testen, vormde de testcapaciteit alvast een probleem, maar daarnaast moet wie positief getest is, ook opgevolgd worden. Van die persoon moeten de contacten opgespoord worden met het oog op isolatie. Met een test geneest namelijk niemand en een test houdt het virus ook niet tegen. Pas het gevolg dat aan het testresultaat wordt gegeven, maakt het verschil.

In dat verband hadden wij in die periode, februari en begin maart, ook het zeer groot probleem dat er gewoonweg geen capaciteit aan gezondheidsinspecteurs was. Er waren geen mensen in het veld om honderden gevallen op te volgen. Enkele gevallen konden we wel opvolgen, maar er waren gewoonweg te weinig inspecteurs om grote aantallen op te volgen. Om die reden hebben wij die strategie in maart vrij snel moeten lossen. Er werden plots zoveel gevallen gedetecteerd dat wij wisten dat wij die mensen niet allemaal konden opvolgen, laat staan de contacten in kaart brengen. Daarom moesten we tot meer algemene maatregelen overgaan, de zogenaamde lockdownmaatregelen. In plaats van enkel de positieve gevallen te isoleren, moesten wij iedereen zoveel mogelijk uit elkaar halen, om de verspreiding van het virus in het algemeen te

verhinderen. Uiteindelijk hebben vrijwel alle Europese landen dat moeten doen. België stond daarin niet alleen.

In die periode hebben we natuurlijk niet stilgezeten. De testcapaciteit hebben we dankzij de interfederale taskforce inzake testing enorm opgedreven, waardoor België ondertussen een van de sterkste testcapaciteiten in Europa heeft. Er werd dus een enorme sprong gemaakt.

Yves, souhaitez-tu encore ajouter quelque chose pour ce qui concerne le *testing*?

Yves Van Laethem: (...)

De **voorzitter:** Bent u klaar, mijnheer Van Gucht?

Steven Van Gucht: Mijnheer de voorzitter, met de vragen over het testen wel, maar ik heb zoveel genoteerd dat ik niet...

De **voorzitter:** Het secretariaat zal u de vragen bezorgen die nog niet beantwoord zijn. U kunt die dan alsnog beantwoorden. Ik vermoed ook dat, gezien de rol die Sciensano speelt in het beheersen van deze crisis, er nog hoorzittingen over andere thema's zullen volgen waarop wij u opnieuw zullen uitnodigen. Ik zou hierbij willen afronden, als dat voor u goed is.

Steven Van Gucht: Zeker.

De **voorzitter:** Dank u wel.

Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, il subsiste des questions auxquelles il n'a pas été répondu ainsi que des demandes de précisions. Pourrions-nous éventuellement les envoyer par écrit via le secrétariat?

Le **président:** Oui, c'est toujours possible.

Ik stel voor dat we de aanpak van de vragenrondes vrijdag bespreken bij de regeling van de werkzaamheden. Ik heb de suggestie gehoord om de vragen van tevoren door te geven, een voorstel dat het overwegen waard is. Het is wel duidelijk dat we iets zullen moeten doen, maar ik wil daar graag een consensus over vinden. Als voorzitter zal ik er in elk geval op toezien dat de voorziene beperkingen voor de inleidingen gehandhaafd worden. Dat zou het probleem van vandaag echter niet opgelost hebben.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Par rapport à la proposition de Mme Fonck, il est aussi intéressant que l'on puisse profiter des réponses données. Tout le monde profite des réponses orales, mais il serait bon que chacun profite aussi des réponses

écrites.

Le **président**: Oui, bien sûr. Elles seront aussi partagées.

Ik zou graag de heer Van Laethem en de heer Van Gucht willen bedanken voor hun aanwezigheid, hun interessante toelichting en de vele inzichten die ze ons gegeven hebben. Ik ben er ook zeker van dat er nog steeds heel veel vragen zijn. Die zullen hopelijk de komende maanden beantwoord worden.

Dan zullen we nu snel de tafels coronaproof maken voor de volgende sprekers.

Steven Van Gucht: Ik wacht dan de schriftelijke vragen iaf. Dank u wel.

De **voorzitter**: Zeker en vast, mijnheer Van Gucht.

Yves Van Laethem: Monsieur le président, je reste également à votre disposition pour d'autres fois et pour la multitude de questions qui n'étaient pas dans le thème du jour. Il est un peu difficile de sortir du thème lorsqu'on se prépare.

Le **président**: Vous allez les recevoir. Je vous remercie.