

COMMISSION SPECIALE CHARGE D'EXAMINER LA GESTION DE L'EPIDEMIE DE COVID-19 PAR LA BELGIQUE

du

VENDREDI 27 NOVEMBRE 2020

Après-midi

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

van

VRIJDAG 27 NOVEMBER 2020

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.01 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 01 et présidée par M. Robby De Caluwé.

Le **président**: Bonjour mesdames et messieurs, combien de temps votre présentation prendra-t-elle?

Pierre Gillet: Monsieur le président, elle durera vingt-quatre minutes.

Le **président**: C'est très bien.

Pierre Gillet: Comme il y a vingt-quatre diapositives, nous avons compté une moyenne d'une minute pour chacune d'entre elles – si tous les orateurs respectent le temps imparti.

Le **président**: C'est parfait. Ensuite, les membres vous poseront des questions complémentaires. Nous tenons déjà à vous remercier de nous avoir transmis vos réponses par écrit, bilingues qui plus est.

Nous allons commencer dans quelques minutes.

Audition du Prof. Dr. Pierre Gillet, président du Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé. Hoorzitting met Prof. Dr. Pierre Gillet, voorzitter van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De **voorzitter**: Van harte welkom, iedereen, voor het tweede deel van onze hoorzitting. We hebben een heel korte pauze gehad, maar dat maakt niet zoveel uit, aangezien de meeste leden thuis zitten.

Ik wil mij eerst excuseren omdat ik de heer Marijnissen ben vergeten te verwelkomen. Hij neemt als expert voor de eerste keer deel aan deze

vergadering. Hij zal ons de komende weken en maanden bijstaan in onze werkzaamheden. We zullen op 11 december, op basis van de hoorzittingen die wij tot op heden hebben gehad, ongetwijfeld een heel interessant debat voeren met hem en de twee andere experts die ons op dit moment nog bijstaan.

Wij verwelkomen de mensen van het KCE. Ze zijn met een behoorlijk grote groep gekomen. Ik verwelkom professor Gillet, de voorzitter van het KCE. Mevrouw Marijke Eyssen is algemeen directeur, Christophe Janssens is adjunct-algemeen directeur en Irina Cleemput is directeur van de wetenschappelijke programma's. Ook verwelkom ik France Vrijens, hoofd van KCE Trials Programme. Carine Van de Voorde is senior expert bij het KCE en Germaine Hanquet is expert bij het KCE.

Zij gaan ons allemaal een deeltje van het verhaal vertellen. Wij hebben ondertussen van het KCE ook de antwoorden op onze schriftelijke vragen ontvangen, in beide landstalen. Hartelijk dank daarvoor.

Pierre Gillet: Monsieur le président, merci. Personnellement, je suis président du conseil d'administration du KCE depuis 2003, et j'ai demandé à la direction générale et aux experts que vous avez cités, et aux directeurs de programme, de m'accompagner pour commenter un résumé. Nous avons dû faire un choix. Je suppose que les parlementaires n'ont pas eu le temps de lire des 60 pages de réponses que nous avons envoyées en *tweetalig*.

Je vais commencer par vous introduire le KCE, qui est un organisme parastatal de type B, sous la tutelle du ministre de la Santé et des Affaires sociales, depuis maintenant... Nous entamons notre dix-huitième année. C'est un organisme

d'indépendance scientifique, qui a toujours tenu – et de par la loi, il est tenu à – une autonomie dans son travail et dans ses processus de travail. Il a comme rôle de réaliser des études scientifiques pour éclairer les décisions politiques. Le conseil d'administration avalise non seulement le rapport scientifique, mais avalise également toute une série de recommandations aux décideurs politiques et aux prestataires de santé.

Nous n'avons pas un pouvoir de décision, mais nous espérons avoir un pouvoir d'influence.

Nos trois domaines d'origine sont le *Health service research* – c'est toutes les études sur l'organisation et le financement des soins de santé. Par exemple, une dernière en date, l'année passée, sur les maternités; ou sur les lits dans les hôpitaux. La deuxième thématique, c'est l'évaluation des technologies, le *Health technology assessment*. Et enfin, une troisième mission est la rédaction de guides de pratiques cliniques, le *Good clinical practice*, qui est la troisième thématique fondamentale des études.

Nous avons réalisé jusqu'à présent, et il va encore y avoir deux études publiées prochainement, 333 rapports depuis le début de notre fonctionnement.

Est venu se rajouter depuis 5 ans, à la demande des autorités de tutelle, des études cliniques, des essais cliniques non commerciaux, soutenus financièrement par le gouvernement, dans nos différents hôpitaux belges, et on commencera sans doute par là au niveau des démarches que nous avons orientées dans notre contribution à l'aide de la gestion de la crise COVID.

Diapositive suivante.

Trois chapitres seront abordés dans nos exposés. Un premier chapitre, copieux, concerne les essais cliniques non commerciaux avec quatre grands essais cliniques multicentriques que nous allons aborder dans un instant, vingt recherches menées dans le cadre de la crise COVID à la demande des différentes autorités et institutions publiques (le cabinet, le SPF et sa cellule de crise, le *Risk Management Group* ou le Conseil supérieur et le Ceval via son directeur, Fabrice Peters) ou, (on y reviendra aussi) des sollicitations au niveau international essentiellement européennes, puis une participation continuée et active de la part de certains de nos experts et responsables au *Risk Assessment Group*.

Je passe la parole à notre directrice générale, Marijke Eyssen qui commencera par les études des essais cliniques randomisés.

Marijke Eyssen: Zoals gezegd heeft het KCE in verschillende onderzoeksdomeinen een bijdrage geleverd. Een eerste belangrijke bijdrage hebben we gedaan in het kader van KCE Trials, onze afdeling van publiek gefinancierde, niet commerciële klinische trials, die gecoördineerd worden door het KCE. Ik geef het woord aan France Vrijens, die een toelichting zal geven.

France Vrijens: Je vais donc vous présenter les quatre études qui sont actuellement financées par le programme KCE Trials s'agit d'études cliniques randomisées, contrôlées et multicentriques.

La première étude, c'est l'étude COV-AID qui s'adresse à des patients qui sont en phase aiguë d'inflammation. On leur donne, en fait, des médicaments qui visent à réduire cette inflammation. Ce sont des médicaments qui sont déjà donnés à des patients qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde. Le but est de tester et de voir si ces médicaments fonctionnent pour les patients COVID.

Les deux études suivantes, l'étude DAWN-plasma et l'étude Confident visent à tester si l'administration de plasma provenant de patients convalescents, donc de patients guéris du COVID peut aider les patients atteints du coronavirus. La première étude concerne des patients qui ne sont pas sous ventilation mécanique. La deuxième concerne des patients qui se trouvent aux soins intensifs sous ventilation mécanique.

La dernière étude, l'étude Discovery est une étude internationale dont le promoteur se trouve en France. Elle vise à tester plusieurs options de traitement pour les patients COVID. Dans ce cas, on finance les patients qui sont inclus dans l'étude en Belgique.

Je vais vous montrer les progrès faits au niveau de chacune de ces études et vous dire quand nous serons en possession des résultats.

Vous devriez normalement voir le Dashboard qui se trouve sur le site web du KCE et qui est accessible à toute personne qui souhaite le consulter.

Vous pouvez constater que le programme finance actuellement 29 études. Plus de 15 000 patients ont déjà été recrutés dans le cadre de ces études.

Si on considère spécifiquement les études COVID, vous pouvez constater que, pour l'instant, plus de 33 hôpitaux participent au moins à une des quatre études que je viens de citer. Certains hôpitaux participent même aux quatre. D'autres à trois ou

deux; cela dépend.

Vous pouvez voir que le recrutement effectué dans le cadre de ces études est mis à jour chaque vendredi. Les données que vous voyez datent de ce matin.

Pour l'étude COV-AID, le recrutement sera terminé cette semaine ou la semaine prochaine, ce qui veut dire que les résultats seront probablement disponibles début de l'année prochaine.

Pour l'étude DAWN-Plasma, ils prévoient de terminer le recrutement ce mois-ci. Les premiers résultats préliminaires devraient être disponibles dans trois mois. Pour l'étude Confidence, il est un peu tôt parce que nous n'avons pas encore de vue bien claire sur la fin du recrutement. Il est trop tôt pour ses résultats. Pour l'étude Discovery, étude internationale, cela dépend du promoteur de l'étude (l'INSERN, en France) qui décidera quand l'étude devra s'arrêter. Je vous remercie.

Marijke Eyssen: Het KCE heeft in verschillende onderzoeksdomeinen een bijdrage geleverd, naast de bijdrage aan KCE Trials. U ziet de verschillende bijdragen hier opgelijst. Sommige waren ad-hocbijdragen en zijn al gepubliceerd. Er zijn ook studies bij die nog lopende zijn. Er zijn ook een aantal permanente opdrachten, zoals voor de Health System Response Monitor. Daarnaast zijn er drie KCE-experts die voortdurend deelnemen aan de Risk Assessment Group (RAG). Wij zullen in het kort de belangrijkste bijdragen overlopen.

Een eerste groep bijdragen werd vroegtijdig in de crisis geleverd. Ze kunnen allemaal via onze website geconsulteerd worden. De eerste bijdrage behandelt aerosolgenererende medische procedures. Op basis van de literatuur werd een antwoord gegeven op de vraag welke medische handelingen een aerosol of dus besmettelijke druppels kunnen teweegbrengen, zoals intubatie en beademing. De tweede bijdrage betreft tromboseprofylaxe, meer bepaald de trombo-embolische problemen in het kader van COVID-19 die gedurende de eerste golf duidelijk geworden zijn. We hebben hierover een literatuuroverzicht opgesteld om samen met de Belgische Vereniging voor Trombose en Hemostase een algoritme te valideren voor gehospitaliseerde patiënten. Die informatie werd doorgegeven aan Sciensano en is ook beschikbaar op de website van Sciensano. Vroeg in de crisis waren er ook burgers met vragen over transmissie bij kinderen. De informatie was toen nog maar beperkt. Kinderen bleken doorgaans mildere symptomen te hebben, maar ze werden daardoor ook minder getest. Er was ook een minder goed zicht op het exacte mechanisme van transmissie. We hebben een document

daarover gepubliceerd op onze website en doorgegeven aan geïnteresseerde partijen. Over het dragen van mondklappers hebben we ook een literatuuronderzoek gevoerd waarbij twee internationale documenten belangrijk bleken te zijn. De kennis omtrent transmissie van het virus was toen ook nog beperkt. Die twee documenten hebben we ook doorgegeven aan de instantie die ons daartoe verzocht had.

Volgende slide. Wat meer in detail over ons werk over de internationale vergelijking voor testing and tracing. Dat hebben we uitgevoerd op vraag van de crisiscel van de FOD Volksgezondheid en van de Risk Management Group. We hebben met name een aantal landen bestudeerd op basis van beschikbare beleidsdocumenten. Het bleek dat informatie niet altijd gemakkelijk te vinden was omwille van de snelle evolutie van de feiten. Het document dat nu beschikbaar is, is dan ook een momentopname. Het werd gepubliceerd begin augustus op onze website en bevat gegevens tot begin juli.

We hebben niet bestudeerd in hoeverre de maatregelen die we hebben gevonden in de beleidsdocumenten, ook effectief werden geïmplementeerd in de verschillende landen. Mede omwille van dit feit, en omdat die landen zich in verschillende fases van de lockdown bevonden, hebben we het document beperkt tot het formuleren van een aantal opties en mogelijkheden die u hier opgelijst ziet staan. Die opties en mogelijkheden zijn ter beschikking van nationale of lokale overheden die bepaalde maatregelen willen overwegen.

Volgende slide. Een tweede groep van bijdragen betrof onder meer een methodologisch advies aan de FOD Volksgezondheid in verband met het heropstarten van de medische activiteiten en hoe die medische activiteiten geprioriteerd zouden worden. Verder hebben we ook deelgenomen aan een werkgroep over beschermingsmaatregelen voor risicogroepen, zoals bijvoorbeeld gevangenen, met een bijdrage gebaseerd op voorgaande KCE-rapporten. Vervolgens hebben we ook gekeken naar testen van asymptomatische populaties. Daarvoor geef ik het woord aan Irina Cleemput.

Irina Cleemput: In het begin van de eerste golf van de coronacrisis in België heeft het KCE op eigen initiatief contact opgenomen met een HTA-agentschap in Lombardije, omdat Lombardije op dat moment veel verder in de crisis zat dan België. Dat agentschap heeft ons toen vertrouwelijk een document in het Italiaans bezorgd over de screening van asymptomatische personen. Zij hebben ons de toelating gegeven om dit

vertrouwelijk te delen met onze beleidsmakers om hen de mogelijkheid te geven om snel te handelen. Dat was eigenlijk een vorm van internationale solidariteit die zich daar heeft getoond.

Het KCE heeft op dezelfde dag onmiddellijk contact met het kabinet opgenomen om te vragen of zij geïnteresseerd waren in een samenvatting van dat Italiaanse rapport. Het antwoord was positief. De volgende dag heeft het KCE een langere en een iets kortere samenvatting naar het kabinet heeft doorgestuurd, die dat onmiddellijk ook naar het FAGG heeft doorgestuurd.

In het begin van de pandemie was de testcapaciteit nog vrij beperkt en moesten er keuzes worden gemaakt in wie prioritair zou worden getest, zeker wat betreft mensen zonder symptomen.

Het Italiaans agentschap had een prioriteitenlijst opgesteld op basis van risico. Uiteraard staan gezondheidswerkers bovenaan, vanwege hun frequent contact met risicopersonen, maar ook mensen uit andere sectoren die, vanwege het feit dat ze zich voor hun werk nog vrij mochten verplaatsen en ook vanwege het feit dat zij op dat moment minder goed uitgerust waren met persoonlijke beschermingsmiddelen, toch nog vaak met risicopersonen in contact kwamen en zo het virus konden overdragen.

Tot slot werd benadrukt dat deze personen herhaaldelijk opnieuw moesten worden getest, omdat een test in het begin nog negatief kan zijn, terwijl de infectie toch al aanwezig is en pas later positief wordt wanneer de virale lading hoog genoeg is.

Dan geef ik het nu woord aan Germaine Hanquet, die de rol van het KCE in de vaccinatiestrategie zal toelichten.

Germaine Hanquet: Je vais vous présenter la partie vaccination. Je vais survoler une diapositive qui montre que nous sommes dans tous les groupes de travail scientifiques qui travaillent sur les futurs vaccins COVID.

Plus concrètement, outre la participation à ces groupes, nous avons travaillé sur des dossiers spécifiques. Le premier, c'est un groupe ad hoc au sein du Conseil Supérieur de la Santé qui a été créé avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (l'AFMPS), Sciensano et le Conseil Supérieur de la Santé pour travailler sur la stratégie de vaccination et surtout sur les groupes qui devraient être priorités, qui devraient être vaccinés les premiers. C'est un travail scientifique qui a été réalisé avec des analyses faites spécifiquement par Sciensano. Cela fait l'objet d'un

travail. Une fiche a été approuvée par le Conseil Supérieur de la Santé et est actuellement publique. Le KCE a aussi été actif pour estimer la taille de cette population à vacciner en priorité.

Un autre point important est la vaccination anti-grippe car il y a un lien avec le COVID. C'est d'abord la stratégie pour la vaccination anti-grippe de cette année. Que pouvait-on proposer au cabinet? Une autre question, qui est venue du public, est de savoir s'il y a un lien entre être vacciné et attraper plus facilement le COVID. J'ai dès lors dû faire un travail scientifique à ce sujet qui a d'ailleurs été utilisé dans le cadre d'un dossier en justice à l'encontre de l'État belge.

En termes de pharmacovigilance, la sécurité des futurs vaccins et la surveillance des effets de ces vaccins, le KCE participe aussi à plusieurs groupes de travail qui y travaillent, et entre autres à la stratégie faite avec l'AFMPS, parce que le KCE a déjà travaillé sur une étude sur la sécurité des vaccins et a donc pu apporter son expertise et ses conseils dans ce domaine. Un projet spécifique a également été mené avec l'AFMPS et Sciensano qui vise à être mis en place parmi les généralistes et dont le but sera aussi de suivre les effets et l'innocuité de ce vaccin. Le KCE a aussi participé financièrement à ce projet.

Je cède maintenant la parole à ma collègue, Carine Van de Voorde.

Carine Van de Voorde: Ik zal het heel kort hebben over een lopende KCE-studie, namelijk een evaluatie van het comité Hospital & Transport Surge Capacity. Die studie is er gekomen op vraag van het comité zelf, met name van de toenmalige voorzitter van het comité, de heer Facon. De bedoeling hiervan was de werking, de opdracht, de samenstelling en de communicatie naar de ziekenhuizen van dat comité te evalueren, naast de respons van de ziekenhuizen op de maatregelen die het comité heeft uitgevaardigd. Dit betrof allemaal zowel de werking van het comité als de maatregelen tijdens de eerste golf. We hebben ons beperkt tot de algemene ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen. De psychiatrische ziekenhuizen werden uitgesloten.

De bedoeling is om het hele proces te documenteren en lessen te trekken en aanbevelingen te formuleren voor een tweede golf en toekomstige crisissen. Het is geen evaluatie van de impact van de maatregelen van het comité. We hebben dus niet de impact op het welzijn van het zorgpersoneel, op patiëntenuitkomsten, op de financiën van de ziekenhuizen enzovoort bekeken. We nemen dit wel mee omdat ook andere partijen dit soort studies hebben gevoerd. We hebben het

echter niet zelf onderzocht. De vraag is pas in juni gekomen. We stellen het rapport voor op de raad van bestuur van december. Dat betekent dat de resultaten op dit moment nog niet zijn vrijgegeven. U vindt ze wel terug in het document dat u hebt ontvangen. We hebben ze vorige week eigenlijk ook al voorgesteld aan een ruime groep stakeholders, maar dat behoort tot de gewone processen van een project van het KCE. De vraag kwam in juni en de opdracht moet in december worden afgeleverd. Dat is voor een klassiek KCE-project een heel korte doorlooptijd. Daarom hebben we een aantal zaken ook niet kunnen doen, zoals een uitgebreide bevraging van de patiënten.

Op de volgende dia ziet u een van de vele resultaten van het rapport. Dit is meer ter illustratie dan bedoeld als overzicht van wat we juist hebben gedaan. Een van de methoden die we hebben gebruikt, is een bevraging bij alle ziekenhuizen. Een zestigtal van de 98 ziekenhuizen heeft hierop geantwoord. Dit is toch een mooie respons, ondanks het feit dat de enquête in september werd uitgestuurd, toen het toch weer alle hens aan dek was. We willen hiervoor ook de ziekenhuizen bedanken. Een van de gestelde vragen was of de maatregelen van het comité duidelijk, uitvoerbaar en haalbaar waren. Deze dia betreft de haalbaarheid van de maatregelen. In het groen en blauw staat aangegeven wat redelijk of voldoende uitvoerbaar was. In het rood en oranje is aangeduid wat eerder niet of helemaal niet uitvoerbaar was. In grote lijnen vonden de ziekenhuizen de maatregelen wel uitvoerbaar en haalbaar, behalve de laatste maatregel. Deze maatregel heeft betrekking op personeel dat moest worden ingezet.

U ziet in de tekst rechts van de figuur de letterlijke maatregel staan. De maatregel bestond erin dat de ziekenhuizen voor de bijkomende bedden op intensieve zorgen eigenlijk personeelsnormen moesten hanteren zoals bij de erkende intensieve zorgbedden. Dat concept is eigenlijk niet volledig juist, maar het is de functie die erkend is. Eén van de kritieken van de ziekenhuizen was dat de maatregelen die het comité uitvaardigde, nogal theoretisch waren en niet echt afgestemd op de werking op het terrein. In de realiteit gaan ziekenhuizen natuurlijk hun werking afstemmen op de bedden die er zijn en niet op de erkende bedden. Bovendien is het ook één van de weinige maatregelen van het comité die expliciet over het personeel ging. Men had het altijd over capaciteit, maar in realiteit ging het eerder over de bedden dan over het materiaal en over het personeel. De ziekenhuizen gaven aan dat om ervoor te zorgen dat ze voldoende en voldoende bekwaam personeel hadden, ze eigenlijk op zichzelf waren aangewezen, dat ze daar zelf voor moesten

zorgen. Ze hebben daarvoor ook een heleboel strategieën ontwikkeld, maar dat vindt u terug in ons rapport.

Ik geef nu het woord aan Christophe Janssens.

Christophe Janssens: Outre les réalisations du KCE qui viennent de vous être présentées, le KCE continue sa contribution à la lutte contre le COVID et notamment, vous le voyez ici, par trois études actuellement en cours au KCE et dont nous allons parler.

La première concerne les soins ambulatoires aux patients COVID-19 dans le contexte d'une saturation des hôpitaux belges. Il s'agit d'une demande de soutien scientifique aux médecins généralistes qui a été adressée en octobre dernier au KCE par le Collège de médecine générale. Cette demande se rapporte à la prise en charge ambulatoire des patients COVID modérés à sévères dans le contexte d'une saturation des services hospitaliers telle que nous l'avons évitée de justesse il y a quelques semaines. Dans cette étude, une quinzaine de questions de recherche sont abordées avec notamment la validation scientifique complète d'un algorithme mis en place pour soutenir la décision de maintien à domicile ou d'hospitalisation des patients concernés.

La collaboration est active avec le Collège de médecine générale et la SSMG (Société scientifique de médecine générale). Ce que nous essayons de faire, c'est bien sûr de répondre au mieux et dans un délai très court aux questions les plus pertinentes que se sont posées les médecins généralistes et qui pourraient, même si ce n'est évidemment pas notre souhait, revenir à l'ordre du jour. Cette collaboration s'étend également à la Flandre via l'implication de Domus Medica notamment.

Une deuxième étude concerne le besoin et la prise en charge des patients « long COVID ». La demande émane cette fois de la Ligue des usagers de services de santé, la LUSS. Le KCE entame actuellement une étude sur cette thématique émergente dont on parle de plus en plus. Les questions de recherche abordées concernent la fréquence de cette pathologie mais aussi les facteurs de risque, le type et l'évolution des symptômes, certains symptômes pouvant dans de nombreux cas persister de longs mois après l'affection initiale.

L'étude abordera par ailleurs la prise en charge de ces patients et l'efficacité des interventions qui pourraient être envisagées. Un accent sera également mis sur la sensibilisation du corps médical face à cette problématique émergente

ainsi que sur la mise à disposition d'outils pratiques à destination du personnel soignant, autant pour la détection que pour la prise en charge de ces patients.

La troisième activité actuelle du KCE concerne la prévention du syndrome post-soins intensifs qu'on appelle le PICS. Ce syndrome ne concerne pas uniquement les patients COVID. Il concerne également toute personne ayant séjourné de manière prolongée en soins intensifs, ce qui est malheureusement bien souvent le cas pour les patients COVID. Ce syndrome encore mal connu il y a peu est mis en lumière, du fait de la situation, par les nombreuses prises en charge de longue durée en soins intensifs liées au COVID.

Le KCE s'est donc penché dans un premier temps sur la prise en charge de ces patients souffrant de PICS et un premier rapport a été publié en octobre dernier. Actuellement, le KCE se penche sur un second rapport qui concernera plutôt les aspects préventifs liés au PICS.

Je cède la parole à Marijke Eyssen pour ce qui concerne la collaboration internationale.

Marijke Eyssen: Het KCE heeft ook internationaal samengewerkt. Een belangrijke taak is dat wij voor het European Observatory on Health Systems and Policies sedert het begin van de crisis op wekelijkse basis de politieke beslissingen, voorstellen en acties nauwkeurig bijhouden. Via een welbepaalde template rapporteren wij hierover aan het European Observatory, dat op basis daarvan voor alle deelnemende landen de data publiceert. Het heeft daar ook al een aantal zeer interessante conclusies uit getrokken waarover rapporten verschenen zijn. U kunt de link daarnaar vinden in het document dat we u hebben gestuurd.

Daarnaast heeft het KCE ook een taak in het kader van EUnetHTA, het Europees netwerk voor HTA-agentschappen. Er is een review die continu loopt, waarbij continu geüpdatet wordt wat de best beschikbare evidentie is voor bepaalde medicijnen. Het KCE neemt Camostat en Nafamostat voor zijn rekening en zorgt ervoor dat de informatie daarover binnen het netwerk up to date blijft.

Tot slot doen wij soortgelijk werk wat diagnostische methodes betreft, eveneens binnen het kader van EUnetHTA.

Ik geef het woord aan Pierre Gillet.

Pierre Gillet: Vous avez eu l'occasion d'entendre un très bon échantillon de notre équipe du KCE. J'ai en effet oublié de vous préciser que nous sommes une institution relativement petite à

l'échelle des institutions publiques, puisque nous comptons une septantaine d'employés. Grâce à l'enchaînement de nos sept participations, vous avez donc pu en rencontrer un bon échantillon.

Il se trouve que, de par la loi, le président du conseil d'administration a le devoir de ne pas appartenir à l'interne du KCE. J'exerce donc un autre métier, pour lequel j'ai reçu cinq ou six questions contenues dans le document que vous nous avez transmis. Je vais donc retourner ma casquette à l'instant et vous répondre en tant que directeur médical du CHU de Liège et, par ailleurs, professeur de santé publique.

Le premier graphique nous permet de répondre à la question qui nous a été posée: "Auriez-vous pu prédire la deuxième vague?" Ce sont les résultats d'un peu moins de 120 000 tests qui ont été réalisés dans le laboratoire du CHU, qui est devenu laboratoire de référence depuis début mars.

En haut à gauche, j'ai sélectionné la période du 1^{er} juin au 1^{er} octobre. Dès le 14 juillet, nous avons eu des résultats très positifs en termes de contagiosité. Plus c'est rouge, plus c'est contagieux et donc plus les cycles d'amplification PCR sont élevés. Vous voyez que nous avons déjà une pré-vague flagrante au mois d'août.

En dessous, vous voyez les résultats complets des 17 500 tests positifs dans notre laboratoire, avec une deuxième vague très claire qui, à Liège, représentait le double de positivité. Bien sûr, on peut dire que plus de tests étaient réalisés en septembre, octobre et novembre, mais si vous voyez l'intensité des caractères rouge et orange – c'est-à-dire, très positifs et fortement positifs –, la vague de contamination était bien présente.

Pour répondre à certaines questions portant sur une éventuelle troisième vague, j'ai mis un zoom sur ces sept derniers jours – du 16 au 25 novembre –, montrant que, malheureusement, plusieurs patients sont positifs sans que l'on ait vraiment encore repris les asymptomatiques.

D'autres questions nous ont été posées à propos de l'organisation en réponse à l'abondance de cas hospitalisés à Liège. Nous avons pu bénéficier d'un accord interprovincial, en particulier au travers des inspecteurs d'hygiène des différentes régions, qui a permis un transfert de 220 malades de la province de Liège, tout en sachant que notre maximum d'occupation à Liège s'élève à 231 lits de soins intensifs agréés.

Comme vous le voyez, toute la zone bleu foncé représente les patients transférés, dont la durée de

séjour moyenne est de quinze jours. Cela nous a permis, à Liège de rester à un maximum de 88 % d'occupation. Tous les patients malades nécessitant des soins intensifs ont pu en bénéficier.

La dernière question concerne une simulation faite par les professeurs de physique de la Faculté des Sciences de l'Université de Liège et appliquée au modèle locorégional. On constate que la fin de la deuxième vague est prévue, au mieux – autrement dit une fois que nous serons passés en dessous de la phase 1A –, pour le 25 ou 26 décembre et, au pire, en mars 2021, ce qui représente la phase 1A du Plan d'urgence hospitalier (PUH), soit 25 % de lits de soins intensifs et quatre fois plus de lits de soins normaux.

Je vais remettre ma casquette de président du conseil d'administration du KCE et laisser la parole à l'assemblée. Vous avez à votre disposition un rappel des sept intervenants et de leurs fonctions, si jamais vous aviez des questions particulières à leur poser.

De **voorzitter**: Un grand merci. Het was een klein beetje langer, maar het viel heel goed mee. Hartelijk dank om jullie aan de timing te houden.

Dan geef ik het woord aan de leden die graag op een aantal zaken dieper willen ingaan of nog een aantal bijkomende vragen willen stellen.

Ik begin met mevrouw Gijbels van de N-VA-fractie.

Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik wil alle sprekers danken voor hun toelichting, maar ook voor alle onderzoeken die tot nu toe zijn gebeurd.

Ik begrijp dat u vooral betrokken bent in de RAG. Ik vraag mij af of er na het overleg in de RAG ook teruggekoppeld werd over wat er met de adviezen die door u werden verstrekt werd gedaan. Kwam u te weten wat daarvan uiteindelijk terecht kwam? Hoe ervoer u de samenwerking tussen de verschillende adviesorganen in dit crisisbeheer? Denkt u dat dit vlot verliep? Of haperden bepaalde zaken? Kon er iets beter en wat dan wel precies?

We hebben daarnet de Hoge Gezondheidsraad gehoord. We hebben ook Sciensano gehoord. Het is voor de gemiddelde burger misschien moeilijk om te volgen wie nu juist wat doet. Is het volgens u voldoende duidelijk wat de bevoegdheden van de verschillende organen zijn? Denkt u dat er op termijn naar meer synergieën kan worden gestreefd? Kan men in tijden van crisis volgens u personeel of experts delen? Zou het nuttig zijn om te bekijken of er niet kan worden geëvolueerd naar

één orgaan? Of kan daarvan helemaal geen sprake zijn?

Ik vroeg al naar de terugkoppeling van de adviezen die u gaf en wat daarmee gebeurde. Ik hoorde van een van de sprekers dat een advies werd ingewonnen bij de evenknie in Italië over de screening van asymptomatische personen. Dat document uit Lombardije werd aan het kabinet bezorgd. Weet u wat daarmee is gebeurd? Is daarmee voldoende rekening gehouden volgens u?

Met betrekking tot de internationale samenwerking verneem ik dat er verschillende contacten zijn en dat er informatie op Europees niveau wordt bezorgd, maar is er ook echt sprake van gedachtewisselingen of samenwerkingen? Kan dat beter volgens u? Of verloopt dat op Europees niveau al goed?

Ik zag daarstraks in het document dat u al had bezorgd, dat het aantal studies dat door het KCE werd uitgevoerd, eerder laag was in 2019 en in 2015. Is daar een verklaring voor? Zelfs als we kijken naar het aantal studies in 2020, ligt dat toch nog altijd een stuk lager dan in de meeste andere voorgaande jaren. Hoe is dat te verklaren? Gaat het daar om grotere studies die meer tijd in beslag nemen? Of heeft u de indruk dat de activiteit van het KCE vermindert met de jaren? Hoe moeten we dat juist begrijpen?

U publiceert een aantal heel interessante studies en adviezen. Vindt u het belangrijk dat deze studies ook naar een breed publiek worden verspreid en toegankelijk worden gemaakt? Doet u daar al inspanningen voor? Op welke manier? Denkt u dat dit zou kunnen bijdragen tot het draagvlak bij de publieke opinie voor wetenschappelijke evidentie die in deze crisis tot stand is gekomen?

Welke aspecten zou u graag, als u de keuze had, verder willen onderzoeken met betrekking tot deze crisis? Zijn er ergens nog lacunes waarover wij meer kennis moeten verzamelen? Denkt u een rol te kunnen spelen om ons te helpen en ons beter voor te bereiden op het vervolg van deze crisis of op een volgende crisis? Welke rol zou dat kunnen zijn? Alvast bedankt.

Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, dames en heren van het KCE. Ik heb nog een paar factuele vraagjes. Ten eerste in het kader van de transmissie. U verwijst inderdaad naar het rapport vanuit Italië. U verwijst daarin ook naar de mogelijke transmissie bij asymptomatische of presymptomatische kinderen en naar de conclusie die daarop volgt, namelijk de prioritaire lijst van mensen die getest moeten worden. In februari al

werd er een studie gepubliceerd door Centers for Disease Control (CDC), waarin men het heeft over de transmissie van MERS. De WHO vaardigt dan een advies uit, waarin ze bij SARS-CoV-2 toch het advies geeft om mensen die asymptomatisch zijn maar in contact kwamen met zieken, in quarantaine te houden en te testen.

Is u daarover nooit een vraag gesteld? Dat was een officieel advies van CDC. Heeft daar een of andere organisatie naar gevraagd? Binnen de RAG zijn er toch wel wat discussies geweest over het al dan niet in quarantaine houden of testen van die asymptomatische of presymptomatische personen. Virussen zijn uiteraard presymptomatisch overdraagbaar. Is er ten tijde van de terugkomst begin maart van mensen uit de skigebieden advies gevraagd aan u daarover? Heeft u dat ergens geformuleerd?

U zegt dat u betrokken bent bij de bepaling van de prioritaire doelgroepen voor de griepvaccinatie. Heeft u dat dan gerapporteerd aan de Hoge Gezondheidsraad of werkt u parallel? Dat is mij niet duidelijk. We hebben daarnet de Hoge Gezondheidsraad ontvangen. Zij geven ook adviezen die daarnaar verwezen. U zal ongetwijfeld de saga rond de griepvaccinatie gevolgd hebben. Het is dit jaar echt niet verlopen zoals het hoorde. Had u in het voorjaar zelf al niet aangevoeld in de sector dat er meer griepvaccins besteld zouden moeten worden? Er zijn in België 10 % meer griepvaccins besteld. In andere landen was dat 30 %. Heeft u zich daarover uitgesproken?

De studies over de verschillende covidvaccins zijn volop aan de gang. Het is een beetje jammer dat vandaag de dag alle publicaties rond immuniteit en werkzaamheid gebeuren door de producenten zelf. Hoe kijkt u daar als instelling naar? Het is niet zo courant dat tussentijdse resultaten breed worden uitgesmeerd in de pers. Hoe bekijkt uw instelling dat?

Hoe verloopt de samenwerking met het FAGG rond de covidvaccins? Heeft u daar een heel korte lijn? Het FAGG zit namelijk niet aan tafel bij de beslissingen welke vaccins er gekocht worden in Europa en welke niet. Het FAGG zal echter wel beslissen welk vaccin België zal nemen, op welk vaccin België intekent of niet.

Wordt u daarbij betrokken of niet?

Pierre Gillet: Monsieur le président, faisons-nous d'abord le tour des questions orales avant de répondre?

Le président: Oui, s'il vous plaît! Je pense que c'est le plus facile.

Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, je remercie déjà tous les membres du KCE pour les éléments de réponse. J'ai quelques questions factuelles par rapport à votre présentation.

Tout d'abord, pour ce qui concerne l'étude relative aux masques, nous venons d'entendre le CSS qui avait également réalisé une étude à ce sujet. L'avez-vous réalisée conjointement? Y a-t-il eu une mise en commun ou une confrontation des avis ou la remise d'un rapport coordonné?

Ensuite ma seconde question concerne des faits interpellants relatifs à la transmission des rapports venant d'Italie au sujet des asymptomatiques. En termes de *process*, vous réalisez des études à la demande du SPF ou du cabinet et vous transmettez vos avis à nouveau au SPF. Quel est le trajet de ces avis par la suite? Quels retours en avez-vous puisque j'imagine que votre rapport et votre avis viennent, à un moment donné, se mêler à d'autres avis, soit du RAG ou de Sciensano ou du CSS? Avez-vous un retour à peu près correct de l'état de vos rapports et des suites qui y sont réservées?

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog een paar vragen. Ik heb de antwoorden die we doorgezonden kregen in de mail nog niet kunnen doornemen. Excuseer mij als ik de vraag nogmaals stel.

Als u nu terugkijkt op wat er tot nu toe al allemaal is gebeurd en uw rol daarin, heeft het KCE, volgens u, de rol gespeeld die het had moeten spelen of had kunnen spelen in heel de coronacrisis? Hoe kijkt u daarop terug? Wat was de ideale rol voor u geweest in alle adviserende organen? Als we kijken naar de voorbereiding op volgende pandemieën, welke rol ziet u voor het KCE weggelegd?

U moet mij verontschuldigen, maar ik ben pas een jaar actief in de commissie voor Volksgezondheid. Voordat ik daar actief was, kende ik het KCE vooral omdat het regelmatig in het nieuws kwam met nieuwe studies. De studie die mij het meest is bijgebleven is die van de afbouw van de ziekenhuisbedden. Ik kende het kenniscentrum als de studiepublicerende instantie die zei dat we het best wel konden met wat minder ziekenhuisbedden. Dat was ook vooral mijn vrees toen we de beelden van Wuhan zagen.

Ik herinner mij dat ik ook de vraag aan minister De Block heb gesteld. We zijn al jaren bezig met minder ziekenhuisbedden, omdat we vonden dat dit efficiënter moest kunnen en dat dit ook een stuk van thuis kon. Mijn grote bekommernis op dat moment was t of we dit zouden aankunnen met

minder ziekenhuisbedden.

Mijn oprecht nieuwsgierige vraag aan u, als u terugkijkt op de afbouw van de ziekenhuisbedden, is of er voldoende rekening is gehouden met pandemieën en noodsituaties zoals deze? Hoe ziet u dat idealiter in de toekomst? Is uw ideale beeld er een van de gewone ziekenhuizen met meer ambulante zorg en daarnaast een noodsituatietraject voor besmettelijke ziekten zodat die twee niet door elkaar lopen? Bent u bezig geweest met zulke studies? Werd dat ergens in de studie over de afbouw van ziekenhuisbedden besproken of bestudeerd? Ik ben hier al nieuwsgierig naar voordat ik hier actief was.

Mijnheer Janssens, ik ben heel erg geïnteresseerd in wat u hebt toegelicht over het lopende onderzoek naar longcovid en meer bepaald de langetermijneffecten. Het is mij niet helemaal duidelijk of het daarbij gaat over iemand die hersteld is of lijkt en die daar dan op lange termijn nog gevolgen van gaat ondervinden dan wel over mensen die effectief maanden ziek en moe blijven, iets wat we meer en meer horen. We hebben gehoord dat er onlangs een patiëntenvereniging is opgericht door mensen die na maanden nog steeds ziek zijn. Betreft u hen bij de lopende studies? We horen immers dat sommige patiënten er echt heel lang last van hebben.

Professor Gillet, u had even uw andere petje op met betrekking tot de situatie in Luik. Ik vind de grafieken zeer verhelderend want ik had het zo nog nooit bekeken. Vanaf half juli hadden wij eigenlijk het gevoel dat de situatie een beetje aan het kalmeren was, iedereen was nog waakzaam maar we hadden het gevoel dat de cijfers goed waren. Ik zag u echter net aangeven dat er op 14 juli plots veel positieve resultaten waren en dat de besmettelijkheid zeer hoog bleek. In augustus leek het zelfs al heel erg. Uw grafiek lijkt dus goed te voorspellen wat er later is gebeurd. Op dat moment hebben we een grote discussie gehad of de nieuwe maatregelen die toen werden genomen versoepelingen waren of niet. Achteraf gezien zijn er versoepelingen gekomen en hebben we veel meer contacten gehad in die periode. Werden deze studies, cijfers en grafieken gerapporteerd? In welke mate hebben de beleidsmakers er rekening mee gehouden. Ik schrok namelijk erg van de grafieken over de besmettelijkheid, de oranje vlakjes. Het was bijna een kroniek van de aankondigde tweede golf. Heeft men daar voldoende rekening mee gehouden?

Hervé Rigot (PS): Avant tout, merci à nos intervenants pour l'incroyable exercice que vous venez de faire. En si peu de temps, nous faire la synthèse de votre exposé! Nous allons essayer de faire aussi bien maintenant.

Mes questions seront très larges. Monsieur Gillet, elles iront aussi vers vous, sous votre seconde casquette. Ne soyez pas surpris si je sors un peu de la compétence du KCE et que je rentre aussi dans la vie hospitalière et particulièrement la vie hospitalière liégeoise, que vous connaissez si bien.

Vous évoquiez tout à l'heure le comité HTSC, et son importance puisqu'il a permis, effectivement, sur la base de la motivation d'experts de terrain et de l'administration, de faire des recommandations importantes. Vous indiquiez aussi que dans le futur, il serait bon qu'il soit intégré de façon permanente dans le RMG, en fonction de la situation. Vous indiquiez aussi la nécessité d'inclure encore plus les acteurs. C'est ce qui a été évoqué aussi par Mme Belkhir dans le cadre du groupe Pandémies, il y a quelques semaines d'ici. Je veux parler des acteurs, médecins, infirmiers, patients. Avez-vous déjà pu répercuter ce son de cloche? Cela a-t-il déjà été porté au-delà des décideurs pour qu'à l'avenir, dans un court délai, ce champ d'action et cette perspective puissent évoluer vers une écoute encore plus importante des acteurs du terrain, et des bénéficiaires?

On a parlé aussi de toute la problématique des plans de répartition des lits d'hôpitaux, et des difficultés que vous avez rencontrées ces dernières semaines lorsqu'il fallait transférer des patients d'hôpitaux vers d'autres hôpitaux pour garantir les soins. Pensez-vous que cette répartition devrait, dans le futur, être davantage contraignante et qu'il doit y avoir un plan de mise en œuvre automatisé avec une coordination, afin que l'on ait pas le sentiment —que, de l'extérieur, nous avons eu —, que par moments, c'était un peu le règne de la débrouille? Vous deviez faire preuve de beaucoup d'ingéniosité et de beaucoup de solidarité entre réseaux hospitaliers, sans pour autant qu'il y ait un cadre. Est-ce que cette solidarité suffit? Est-ce que le cadre est suffisant ou en faut-il plus?

Au niveau du personnel, vous avez salué dans votre rapport les mesures futures qui arrivent. Vous l'avez évoqué: le fonds Blouses blanches devient une réalité et doit se concrétiser maintenant. On l'a voté, il faut le mettre en œuvre avec des actions claires, parce que la priorité est bien d'avoir des lits dans les hôpitaux, mais il faut aussi du personnel qualifié autour du patient. Vous avez mis en évidence le ratio personnel soignant/patient, qui aujourd'hui est encore trop élevé chez nous. Vous avez mis en évidence aussi la perte de personnel infirmier, découragé, notamment, par le cursus qui devient plus long, par la charge qui n'est pas forcément celle à laquelle ces membres du personnel s'étaient engagés au départ, avec des missions qui ne sont pas forcément celles dévolues au personnel infirmier.

Je pense que nous devons tout mettre en œuvre, avec le budget important qui a été dégagé, afin de motiver les citoyens à opter pour la vocation d'infirmier et à y rester, ce qui passera sans aucun doute par une revalorisation de la fonction.

Vous mettez en évidence que l'allongement du cursus n'a pas facilité les choses. Il s'agit en effet d'un an de plus, voire de deux ans en cas de spécialisation. Vous indiquez qu'il faut veiller à ne pas mettre du personnel soignant trop faiblement qualifié en soins intensifs. Disposez-vous d'outils ou de pistes à suivre pour motiver le personnel infirmier à rentrer à nouveau dans la vocation, mais aussi pour faire en sorte qu'on ait suffisamment de personnel spécialisé en soins intensifs?

Avez-vous eu un retour du terrain vous expliquant pourquoi il y a moins de personnel actuellement? S'agit-il de l'allongement, des conditions salariales, de l'obligation de faire face à une détresse encore plus grande du patient en soins intensifs que dans d'autres secteurs? À l'heure où on parle beaucoup de revalorisation du personnel, les pistes que vous nous communiquerez pourront sans aucun doute nous guider, même si toutes les décisions ne sont pas celles de l'entité fédérale et si certaines relèvent – notamment pour ce qui concerne le cursus – des entités fédérées.

J'ai été interpellé par un des points du rapport. S'agissant de la charge de travail des infirmières et infirmiers, vous avez indiqué que certaines missions pouvaient relever d'autres fonctions importantes telles que les aide-soignants, dont c'était la journée internationale hier. En revanche, vous dites qu'un nombre trop faible d'aide-soignants peut vous mettre en difficulté, mais que, si j'ai bien lu, un nombre trop élevé peut également être source de difficulté. Qu'entendez-vous exactement par "un nombre trop élevé d'aide-soignants"? Quel genre de difficultés ce nombre trop élevé peut-il engendrer dans votre organisation?

En ce qui concerne les études futures, notamment l'étude envisagée pour 2021 sur le nombre maximum de patients par infirmier dans les unités de soins intensifs, s'agira-t-il d'une priorité? Cette étude sera-t-elle mise en chantier en 2021? Dans l'affirmative, dans quel délai peut-on espérer des conclusions, qui seront attendues par les parlementaires et, sans aucun doute, par le ministre de la Santé dans la réorganisation des soins hospitaliers et la revalorisation du personnel médical?

Je crois que, de façon générale, ce qu'on peut lire aussi dans votre rapport, et les réponses écrites

que vous nous adressez, évidemment c'est un définancement; on est un dans la conséquence d'un désinvestissement des soins de santé depuis plusieurs années. Le financement des hôpitaux, aussi, n'est pas sans conséquence. Puisque vous avez indiqué comment vous êtes financés au niveau des soins intensifs, des lits en soins intensifs, et donc la nécessité d'avoir toujours un taux élevé d'occupation.

Aujourd'hui, pourriez-vous nous dire: est-ce que la mise en réseau des hôpitaux a été une conséquence positive, a eu des conséquences positives sur la lutte contre la pandémie aujourd'hui, en tout cas dans la réaction; ou au contraire, ça a été une situation qui a encore rendu les choses plus difficiles? Puisqu'on est au début de ce réseautage, et qu'il y a encore différentes étapes à mettre en œuvre. Est-ce que "heureusement, ça nous a aidés" ou "zut, ce n'était pas le meilleur moment pour faire face à la pandémie"?

Au niveau aussi – on parlait en soins intensifs – on a dû reporter les interventions. On a dû aussi, finalement, on doit se poser maintenant la question de la relance des soins nécessaires au niveau hospitalier, les interventions nécessaires. Alors, tout en respectant bien sûr la liberté de chaque médecin, et le respect de sa profession et de sa capacité de jugement, ne faut-il pas mettre en œuvre un certain cadrage pour avoir une politique de relance qui soit dans l'intérêt général du patient, et la même sur l'ensemble du secteur hospitalier? Pour autant que les contraintes, aussi, soient les mêmes.

Évidemment, il appartient au médecin – je suis très respectueux de votre vocation – il appartient au médecin de faire les choix. Je ne suis personne pour pouvoir dire quels sont les meilleurs choix. Mais en tout cas, de donner bien la priorité aux extrêmes urgences.

On a vu aussi, vous soulignez que beaucoup d'études doivent encore être menées, forcément. Cette pandémie est nouvelle, malgré tout, et nous découvrons aujourd'hui de nouvelles conséquences. Nous découvrons les conséquences des troubles liés aux séjours de longue durée en soins intensifs, les conséquences post-covid également de celles et ceux qui ont été les victimes.

On a aussi les conséquences de celles et ceux qui n'ont pas été victimes directes, mais qui portent sur les questions de santé mentale, l'isolement, le fait de ne pas avoir pu bénéficier d'accompagnement psychologique, voire pour certains psychiatrique, lorsqu'ils en avaient besoin. La peur de reprendre

le travail, le burn-out, et tant d'autres choses encore.

Différentes études à ce niveau sont-elles envisagées dans les prochains mois? Vous avez également évoqué ces études sur les asymptomatiques et notamment la contagion qu'ils peuvent avoir sur les enfants comme conséquence. Vous avez indiqué que, jusqu'alors, nous n'avions pas mené d'étude et que des études européennes avaient été menées par des partenaires autres. Est-ce un choix? Considère-t-on que les conclusions de ces études sont assez intéressantes au niveau international et font qu'aujourd'hui, ce n'est pas une priorité du KCE de mener de nouvelles études sur les asymptomatiques, sur les conséquences du COVID sur les enfants ou sur la contagion que peuvent avoir les enfants à l'égard des autres? Considère-t-on qu'on a suffisamment d'éléments ou est-ce faute de moyens? Ou encore, oui, nous devrions demain mener ces études et nous le ferons mais "à chaque jour suffit sa peine", au regard de tout ce à quoi vous êtes confrontés aujourd'hui?

Ce sont là les premiers éléments que j'avais à relever. Je vous félicite encore tous pour l'exercice incroyable que vous avez fait aujourd'hui mais aussi pour l'exercice incroyable que vous menez depuis bien longtemps au bénéfice de chacun et chacune d'entre nous.

Pierre Gillet: Et l'exercice n'est pas fini!

Hervé Rigot (PS): Loin de là, malheureusement! Mais merci encore de le poursuivre.

Dominiek Snelpe (VB): Vanwege onze fractie wil ik de mensen van het KCE danken voor hun zeer interessante uiteenzetting. We hebben echter deze voormiddag de Hoge Gezondheidsraad gehoord en ik zie niet echt het verschil met wat u doet. Waar zit het verschil tussen deze beide instanties die, mijns inziens, praktisch hetzelfde doen? Waar maakt u het verschil met de Hoge Gezondheidsraad? Zou het niet beter zijn om beide instanties te bundelen zodat ook de middelen en de mensen samenkomen?

Het COVID-19-virus was nieuw en onbekend waardoor het ons verrast heeft. Voordien kregen we wel al te maken met SARS en MERS, virussen van dezelfde stam. Deze 2 virussen waren echter niet aanwezig bij ons, misschien zijn daarom de knipperlichten niet zo snel aangegaan. Er bestaan echter heel wat studies over SARS en MERS die aangeven hoe besmettelijk deze virussen zijn en hoe men er in Azië en het Midden-Oosten mee omging. Hadden we bij de covidcrisis niet meer

moeten kijken naar de studies die betrekking hadden op SARS en MERS? Hadden we daar geen lessen uit kunnen trekken om onmiddellijk de nodige actie te ondernemen? Hebt u zelf ook studies gedaan naar MERS en SARS? Hadden we die eventueel kunnen gebruiken of zijn ze gebruikt in de huidige crisis?

U hebt de expertise gedaan in verband met de veiligheid van het vaccin. Dat is zeer belangrijk want het is vooral om die reden dat mensen afhaken. Het vaccin is er zeer snel gekomen, normaal duurt het 10 tot 15 jaar om een goed vaccin te maken. Nu zullen we op minder dan 2 jaar een vaccin hebben en mensen vragen zich af of dat wel veilig zal zijn. In de pers kon men bovendien lezen dat de farmabedrijven geen verantwoordelijkheid willen nemen voor de veiligheid op lange termijn.

Er zijn allerlei dingen waarop mensen kunnen afhaken om zich niet te laten vaccineren. Het KCE heeft de expertise over die veiligheid. Hoe zal u dat dan communiceren aan het brede publiek? Uiteindelijk willen we toch een breder publiek kunnen aanspreken om zich te laten vaccineren.

Wat betreft de handen aan het bed, heb ik wat dezelfde vraag als collega Rigot. Men kan in budget voorzien om meer mensen aan het bed te hebben, maar die mensen moeten er dan ook zijn. Bestaan er reeds studies over hoe men mensen kan motiveren om terug een zorgkundig beroep te leren en zich daarvoor in te zetten? Er zijn studies over het tekort aan personeel, daar ben ik in mee, maar zijn er ook studies hoe we dat oplossen? Met alleen maar financiële middelen zal het niet lukken, we moeten inderdaad inzetten op aantrekkelijkheid, misschien ook loon. Hoe krijgen we daar die mensen aan dat bed?

Dan nog één vraag. Ik weet niet of het KCE daarmee bezig is; misschien kan het een suggestie zijn. Ik zit ook in de commissie voor Volksgezondheid en ik lees nogal heel veel. Er zijn altijd meer en meer studies in verband met de immuniteit, die gewag maken van de T-cellen, dat toch immuniteit niet alleen via de PCR-testen zou getest worden. Blijkbaar is dat nog altijd maar vijf tot zes procent. Die T-cellen zouden herinneringscellen zijn. Pas op, ik ben geen wetenschapper, dat zult u misschien wel horen aan mijn uitleg. Daarom dat ik de vraag stel, uiteraard. De T-cellen zouden herinneringscellen zijn waardoor het immuunsysteem toch in gang geschoten wordt als mene op een of andere manier, zonder dat men het weet misschien, in contact gekomen is met het virus. Heeft het KCE reeds onderzoek gedaan naar de rol van die T-cellen en ook naar het gevolg daarvan? Als die T-cellen belangrijk zijn, zou dat onze manier van

testen moeten veranderen? Misschien ook de wijze waarop we gaan vaccineren of de hoeveelheid die we gaan vaccineren? Hoe ver staat u met de studie in verband met die T-cellen?

Nathalie Gilson (MR): Monsieur le président, au nom du groupe MR, je voudrais toutes et tous vous remercier pour les précisions que vous nous avez apportées.

J'aimerais savoir si par rapport à toutes les communications que vous avez eues avec les autorités, vous avez rencontré des difficultés, et si oui, comment proposeriez-vous d'y remédier. J'aimerais aussi savoir si dans votre travail, vous avez eu des contacts avec l'OMS et s'il y a eu des interactions avec cette organisation. Quel est votre avis sur le temps de réaction de l'OMS dans les premiers moments de la crise?

Vous avez évoqué des études réalisées par d'autres scientifiques dans d'autres pays. On parle depuis peu des malades à long terme du COVID. Allez-vous utiliser l'étude scientifique du King's College de Londres à ce sujet? Dans votre travail, outre les études que vous réalisez vous-même ou auxquelles vous participez, avez-vous également un rôle de collecte et de transmission des études aux administrations et aux cabinets pour les conseiller? On dit qu'une personne sur vingt des malades COVID aura des symptômes à long terme ou des séquelles du COVID. C'est un exemple d'étude qu'il faudrait mettre en avant selon moi. Concernant les vaccins, on ne sait évidemment pas combien de temps les personnes ayant développé les anticorps après avoir contracté le COVID, sont malades. On m'a parlé de trois mois mais est-ce scientifiquement prouvé ou pas? Il y a une dizaine de jours, une étude des États-Unis parlait éventuellement d'un an. En tant qu'organisme scientifique, avez-vous un accès privilégié à des études et où en est l'état de la question?

Une association de médecins généralistes m'a interpellée à ce sujet en me disant que par rapport à la stratégie de vaccination, il y a bien sûr des groupes prioritaires mais que va-t-on faire de tous ceux qui ont développé les anticorps? Même s'ils font partie des groupes prioritaires, on va quand même les mettre de côté car ils ont les anticorps. Tout cela est lié et j'aurais voulu votre avis à ce sujet.

En ce qui concerne la communication, elle nous touche tous dans notre travail, où que nous soyons, et vous-mêmes dans vos études, vous devez communiquer avec les autorités. L'aspect communication est donc important. Pensez-vous qu'il y a des choses à améliorer dans la communication concernant cette crise du COVID?

Si vous deviez prendre une vue d'hélicoptère, y a-t-il des choses à modifier dans les structures de toutes les institutions qui sont intervenues ainsi que dans celles des organes d'avis des gouvernements à différents niveaux de pouvoir? Quelles seraient les recommandations que vous pourriez nous fournir? Je vous remercie.

Nawal Farih (CD&V): Ik wil alle sprekers bedanken voor hun toelichting en de antwoorden op de schriftelijke vragen. Mijn collega's hebben heel wat uitdagingen en raakpunten aangehaald en er zijn al heel wat vragen te beantwoorden. Op dit moment heb ik niet veel toevoegingen, behalve een extra vraag.

Welke uitdagingen kende het KCE bij de uitvoering van zijn werkzaamheden? Welke lessen trekt het voor de toekomst?

Een van de uitdagingen die wetenschappers mij meldden is dat de indicatoren van de teststrategieën heel vaak werden gewijzigd. Zo was het heel moeilijk voor de wetenschappers om een goede blik te hebben op hoe de crisis evolueert. Hoe kijken het KCE vandaag naar de cijfers van België, gezien het feit dat die indicatoren zeer vaak zijn gewijzigd?

Hoe zullen we België vanuit uw expertise kunnen vergelijken met de buurlanden? Wij hebben op Europees niveau tot nu toe heel weinig afstemming gehad over de manier waarop cijfers zouden moeten worden geïnterpreteerd, over sterfgevallen, besmettingen en het aantal geregistreerde gevallen bijvoorbeeld. Hoe zal dit in de toekomst worden geëvalueerd? Is zo'n analyse mogelijk met de vandaag beschikbare data? Heeft het KCE ter zake adviezen, zowel op nationaal als op Europees niveau?

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft mij laten dat ze er vandaag niet kon bij zijn en dat de heer Warmoes haar in de voormiddag zou vervangen. Nu is er niemand aanwezig van PVDA-PTB. Dan gaan we verder met mevrouw Jiroflée.

Karin Jiroflée (sp.a): Hartelijk bedankt voor de uitleg en voor de antwoorden op de vragen. We hebben die echter vrij laat gekregen, waardoor ik nog geen tijd heb gehad om ze te bekijken. Hopelijk neemt u het mij dus niet kwalijk als ik iets dubbel vraag.

U gaf aan in de schriftelijke antwoorden dat datadeling tussen instanties en overheden voor verbetering vatbaar is. Ook gaf u aan hoe dat bij ziekenhuizen is opgelost en hoe u zicht houdt op de evoluties daar. Hebt u ondertussen ook een zicht op de gegevens die aangeleverd worden door

de Gewesten, Gemeenschappen en lokale overheden, bijvoorbeeld wat betreft de epidemiologische situatie in de woon-zorgcentra, iets wat iedereen met meer dan gewone belangstelling volgt? Indien u daar zicht op hebt, hoe beoordeelt u die dan?

Tweede item: het wordt uiteraard enorm belangrijk om onze zorginfrastructuur te optimaliseren op basis van de wetenschappelijke evidentie over dit virus. Het gaat er dan natuurlijk om de kans op transmissie zo klein mogelijk te maken. Ik zie dat er al een advies van de SERV is over het belang van ventilatie maar zoiets vereist natuurlijk een wetenschappelijke onderbouw en een conversie naar gestandaardiseerde richtlijnen. Is dat een studieonderwerp dat het KCE wil, mag of kan opnemen? Kan u daar voldoende middelen voor uittrekken? Ervaart u daarvoor voldoende draagvlak bij zowel de federale als de gewestelijke overheden?

In uw antwoorden verwees u naar een uitgebreid rapport over de testing en tracing in een internationale context. Hoe evalueert echter intussen de contactopsporing? U had het over testing en tracing in een internationale context maar meent u dat we hier in België goed bezig zijn? Doen we genoeg? Staat ons bronnenonderzoek op punt? Zijn er tussen juli en dit moment nieuwe elementen inzake testing en tracing opgedoken die deze commissie in het beleid moet meenemen? Ik hoop dat we straks verder kunnen praten over deze 3 items.

Catherine Fonck (cdH): Mesdames, messieurs, merci pour votre présentation et toutes les réponses que vous nous avez envoyées.

J'ai déjà commencé à les parcourir. Merci aussi pour toutes les études réalisées. Je me suis très souvent inspirée des études du KCE. Je ne pourrai pas les aborder toutes ici, ni celles spécifiques de cette dernière année.

Je pense que dans vos différentes études mais aussi dans les réponses envoyées aujourd'hui, vous confirmez encore et encore une série d'éléments majeurs dans les leçons à tirer pour l'avenir, notamment des réactions trop tardives, trop lentes, y compris pour la deuxième vague. Vous parlez également du retard du démarrage du testing pour les asymptomatiques. Je ne vais pas réaborder tous ces points ici.

Je voudrais aborder quelques points complémentaires.

Depuis le début de cette épidémie COVID, j'ai été

frappée par la dispersion et l'addition de travaux d'étude, de centres d'étude, de services d'étude, à la fois au niveau des administrations que d'instances fédérales et fédérées. C'est un constat que j'avais déjà fait par le passé. En êtes-vous conscients? Entre scientifiques et experts, est-ce un élément dont vous discutez dans les couloirs pour organiser autrement la manière dont on se positionne d'un point de vue scientifique pour l'ensemble de la Belgique, avec bien sûr des déclinaisons différentes mais complémentaires, qui pourraient être rassemblées dans une organisation plus large et plus forte. Il s'agit en effet d'éviter les redites, les superpositions entre différentes études, des récoltes de données qui se font de manière différente à différents endroits. Parfois, on ne sait dès lors pas les utiliser de façon optimale. Comme on peut parfois le constater au niveau international, il manque des données pour la Belgique parce que l'une ou l'autre entité ne récolte pas les données de la même manière ou parce que l'une ou l'autre étude a été réalisée de façon différente.

En termes d'efficience et de forces vives, on peut sans doute faire mieux. J'aurais voulu votre avis à ce sujet.

La crise COVID n'a fait que l'accentuer car, à toutes les instances qui existaient déjà, sont venues s'ajouter les 45 000 *task forces* qui coordonnaient parfois simplement des services d'études, pour prendre un terme générique, mais qui ont aussi fait appel à toute une série de consultants spécialisés dans la santé, mais également dans le domaine socio-économique dont je ne parlerai pas aujourd'hui. Mais au niveau du domaine de la santé, on a sollicité des consultants qui ont "rajouté des couches", ce qui a parfois conduit à de l'incohérence et à de la dispersion au niveau de l'établissement de données, de plans scientifiques.

Je voudrais aussi vous interroger sur les conflits d'intérêts. Il y a évidemment toujours un risque de conflits d'intérêts. Cela l'est d'autant plus lorsque cela concerne des médicaments ou des vaccins. Quelle est la manière dont le Kenniscentrum aborde cette question des conflits d'intérêts? Comment veillez-vous à éviter ces derniers au maximum pour ne pas dire à 100 %?

Vous connaissez, sans doute, le professeur Leïla Belkhir, qui fait partie des experts de notre commission spéciale COVID. Dans un de ses premiers rapports, – elle en a parlé en commission – elle exprimait la difficulté ou, en tout cas, l'existence d'un certain manque au niveau de la Belgique de soutien, de capacité, pour les hôpitaux belges, à être incorporés dans des études

cliniques internationales, tout en soulignant que la KCE avait essayé au maximum d'avoir des réunions nationales pour partager les protocoles d'études cliniques entre hôpitaux. Elle nous a également fait savoir qu'on avait perdu un certain nombre d'opportunités. Avez-vous fait la même analyse? Si oui, que doit-on faire pour y remédier de manière immédiate, suis-je tentée de dire, car il y aura encore, très certainement, dans les mois à venir, des protocoles d'études cliniques dans le cadre du COVID-19. Je ne parle pas des protocoles qui existent, mais d'élargissement des cohortes dans le cadre des protocoles existants ou dans le cadre de nouvelles études. C'est une analyse qui doit être faite pour l'avenir, indépendamment de la COVID-19.

Pour le patient "COVID long", je milite, maintenant depuis plusieurs semaines, pour que l'on puisse avancer, compte tenu de toute une série de constats sur le terrain, que ce soit par rapport au type de prise en charge, par rapport au volet de l'accessibilité financière, de la charge financière pour ces patients, mais également par rapport au volet relatif aux difficultés (médecin conseil, médecin du travail, etc.).

Tant mieux si vous vous êtes saisis de cette question. J'en profite d'ailleurs pour faire passer un message à mes collègues et au président de la commission de la Santé. J'ai déposé un texte pour forcer le débat en commission de la Santé. L'urgence de pouvoir aborder ce texte a été rejetée par toute une série de collègues de la majorité fédérale. Je me permets donc, chers collègues, de vous relancer quelque peu à ce sujet. J'aimerais vraiment qu'on puisse relancer le sujet qui est important d'abord et avant tout pour les patients et pour la qualité de leur prise en charge et de leurs difficultés. Je voudrais savoir quand vous finaliserez ce travail sur les "*long COVID*".

Il y a encore deux sujets, si vous me le permettez, que je voudrais évoquer. D'abord, monsieur le professeur Gillet, vous avez donné les chiffres du CHU de Liège. À ce propos, on connaît la réalité et les différences non négligeables entre les différentes provinces, entre les Régions. C'est le cas particulièrement aujourd'hui. Je suis toujours un peu inquiète quand on présente au niveau médiatique les chiffres macro sur l'ensemble de la Belgique, par exemple sur l'occupation des lits en soins intensifs. En effet, on sait aujourd'hui, même si le chiffre macro est d'environ mille lits de soins intensifs occupés par les patients COVID, que la réalité en termes de pourcentage et donc de niveau 2A, 2B est très différente d'un hôpital à l'autre, d'une Région à l'autre. Il y a donc encore de nombreux hôpitaux dont le service de soins intensifs est toujours au niveau maximal, c'est-à-

dire celui du 2B.

Je trouve que, globalement en Belgique, la finesse est relativement faible. On a les chiffres. Les experts ont ces chiffres. Par contre, dans l'interprétation qu'on en fait, dans la manière dont les politiques prennent en compte les différences, la finesse des différences en fonction de la situation de provinces est relativement faible. Pourtant, c'est évidemment vital eu égard aux mesures politiques à prendre, que ce soit dans le cadre d'une préparation de déconfinement ou eu égard à la question de la reprise des activités non urgentes en ce qui concerne la déprogrammation. On sait, ô combien, cela a un impact extrêmement négatif sur les patients notamment en oncologie et au niveau cardiovasculaire mais aussi sur l'anticipation et quand il y a une nouvelle augmentation du nombre de cas et qu'il faut avoir une réactivité beaucoup plus importante. À ce propos, comment le KCE se positionne-t-il?

Le KCE ne devrait-il pas insister pour que la traduction politique des mesures prises par les différentes instances se montre attentive à des réalités qui diffèrent grandement en fonction des Régions et des Provinces? Du reste, c'est plutôt entre les Provinces que les réalités varient.

Enfin, la moitié des cas de mortalité dans notre pays concernent des décès en maison de repos ou en milieu hospitalier alors que les défunts avaient été transférés à partir d'une maison de repos. Au sein du KCE, vous avez mené plusieurs études relatives aux normes d'encadrement dans les maisons de repos, que je ne citerai pas ici. En revanche, je n'ai vu aucune étude du KCE concernant la gestion du COVID dans ces institutions ainsi que les leçons à en tirer pour l'avenir. Je pense tant aux équipements qui seraient nécessaires - et qu'il faudra faire évoluer - qu'aux ressources humaines.

Certes, nous savons que les résidents en maison de repos sont plus âgés et qu'ils sont porteurs de plusieurs facteurs de comorbidité. Toutefois, après une comparaison avec les structures d'accueil d'autres pays, le taux de mortalité rapporté à la population est particulièrement élevé dans notre pays. Dès lors, pourquoi le KCE n'a-t-il pas entrepris d'étude à ce sujet? Si c'est le cas, je vous prie de m'en excuser, car cela m'aura échappé.

Je ne doute pas de la poursuite de votre travail, puisque les prochains mois seront, sans doute comme les derniers, extrêmement chargés.

Sophie Rohonyi (DéFI): Mesdames et messieurs, je vous remercie de votre exposé très éclairant ainsi que pour votre travail au sein du

KCE. Mes collègues et moi-même reconnaissons tous qu'il nous aide beaucoup dans notre travail législatif ainsi que pour nos questions auprès des ministres. Nous vous remercions aussi pour ce que vous avez accompli dans le contexte de cette crise, compte tenu de vos moyens.

Je n'ai pas eu l'occasion de lire l'ensemble de vos réponses. En tout cas, beaucoup de questions ont trouvé réponse. Pour cette raison, je vous demanderai simplement deux précisions.

Tout d'abord, vos réponses écrites rappellent la pénurie de personnel soignant. D'après vous, lors de crises futures, le rôle de coordination des autorités pourrait être renforcé, par exemple en établissant une liste du personnel disponible.

C'est précisément quelque chose que j'avais pointé plusieurs fois auprès de la précédente ministre de la Santé pour pallier ce problème-là, en tout cas à court terme. En effet, si on veut y répondre sur le long terme, il faudra travailler notamment au niveau des études des infirmiers, de la nomenclature et aussi du contingentement pour ce qui concerne les médecins. C'est un travail de longue haleine. Et, pour répondre à ce problème sur le court terme et mobiliser le personnel là où il doit l'être, il aurait fallu un listing du personnel soignant avec les différentes spécialités des uns et des autres; il faut aussi voir comment ce personnel se répartit selon les Régions et les Communautés.

Comment expliquez-vous que ces listes n'existent pas encore, alors qu'elles sont fondamentales? Qui devrait prendre ce travail de listing en charge? Cela me semble primordial aujourd'hui, d'autant plus que le Parlement a adopté un projet de loi qui a été vivement critiqué par les infirmiers et qui vise à déléguer des actes infirmiers à du personnel non qualifié? Vous considérez peut-être aujourd'hui que le fait d'établir un listing pour pouvoir mobiliser le personnel soignant là où il le faut aurait pu éviter de se retrouver avec une telle loi qui ne répond pas aux besoins fondamentaux du personnel. C'est en tout cas ce qu'il nous dit.

Je voulais aussi revenir sur la question du *testing*. Énormément de choses ont été dites. Dans l'une de vos réponses, vous regrettez qu'il n'y ait pas eu d'évaluation de l'efficacité de nos stratégies de *testing*, ni en Belgique, ni dans les autres pays, ce qui ne nous permet pas de faire ce travail intéressant de comparaison avec ce qui a été fait ou pas dans les autres pays. Pouvez-vous nous dire pourquoi? Des demandes ont-elles été émises pour faire ce travail d'évaluation, sachant que, comme vous le précisez, les avis du KCE sont rendus à la demande d'institutions qui sont libres de vous en faire la demande, que ce soit le

SPF Santé publique voire la commission de la Santé publique de la Chambre? Vous expliquez aussi qu'un membre du KCE peut prendre l'initiative de le proposer de manière anonyme et, à ce moment-là, c'est le KCE qui détermine la possibilité d'établir cet avis sollicité. Cela nous aurait été extrêmement utile, surtout à l'heure où on nous annonce une nouvelle stratégie de *testing*. Il faut s'assurer que cette nouvelle stratégie de *testing* sera beaucoup plus efficace que la précédente. Des enseignements ont certainement été tirés.

Mais le fait que le KCE prenne l'initiative et fasse le travail d'évaluation nous aurait peut-être aidé à gagner en efficacité en ce qui concerne la stratégie de *testing*. J'en termine là.

Robby De Caluwé (Open Vld): Dan neem ik ook nog kort het woord voor mijn fractie. Ik wil de sprekers ook bedanken voor de heel grondige voorbereiding en de heel uitgebreide antwoorden op de vragen die werden gesteld, 63 bladzijden in twee talen. Heel erg bedankt daarvoor. Ik neem aan dat we daarin de antwoorden zullen vinden op de meeste van onze vragen.

U zegt dat het KCE een adviesrol heeft en geen beslissingen neemt. Ik vroeg mij af of u in de vaccinatiestrategie nog een bepaalde rol kan spelen? Ik denk dat het echt nodig is dat we mensen overtuigen om zich te laten vaccineren. Wij zijn zeker en vast geen voorstander van een verplichting. Voor ons is het goed dat dit vrijwillig gebeurt, maar wij vinden wel dat een groot deel van de bevolking zich zou moeten laten vaccineren.

De mensen die op dit moment twijfelen of al beslist hebben om zich niet te laten vaccineren, baseren zich bijvoorbeeld op de snelle ontwikkeling die het vaccin heeft doorgemaakt. In hun ogen kan een vaccin dat zo snel op de markt komt niet veilig zijn. Ik neem aan dat het KCE over veel informatie en argumenten beschikt die deze beweringen kunnen tegenspreken.

U communiceert vanuit een wetenschappelijke achtergrond. Ik vroeg mij af of het KCE op het vlak van communicatie een rol kan spelen? Kan het KCE kennis vertalen voor de bevolking zodat het voor hen duidelijk is hoe de ontwikkeling van een vaccin precies gaat en waarom dit op een snelle manier kan worden ontwikkeld en dat bij andere vaccins tien jaar moet duren?

De andere vragen die ik had zijn al gesteld of zijn beantwoord in het document.

Dan geef ik het woord terug aan u om een antwoord te geven op de vele bijkomende vragen

die nog gesteld zijn.

Pierre Gillet: Monsieur le président, on ne saura pas répondre aux 35 questions qui ont été posées par les différents parlementaires, comme cela, à la volée. Mais je voudrais répondre à quelques-unes d'entre elles et je les regrouperai par thématiques.

Beaucoup d'intervenants ont posé des questions ayant trait à qui fait quoi au CSS, à Sciensano, au KCE, aux synergies attendues ou au rôle idéal attendu du KCE, à ce qu'il en est de l'efficacité des organisations publiques ou parapubliques. De notre point de vue, au staff de direction, il est un peu difficile de donner une orientation précise puisqu'on est à cheval sur deux gouvernements, si je puis dire, et que le gouvernement actuel... Au premier conseil d'administration sous cette nouvelle législature, la représentante du ministre actuel s'est exprimée sur le fait que, vu la crise, il n'avait pas été possible d'aborder les travaux en cours de la réforme initiée, voici une dizaine d'années, par l'audit de la Cour des comptes, sur la superposition des différentes instances d'étude, et que le chantier allait être réétudié à l'aune de ce nouvel exécutif. La question n'est donc pas tranchée, mais Marijke pourrait donner un premier avis sur le présent, un peu sur le passé, et surtout, sur la manière dont on voit l'avenir par rapport à notre mission.

Marijke Eyssen: Inderdaad, zoals aangehaald, zijn er verschillende instanties in België die wetenschappelijk onderzoek doen in verband met gezondheidszorg. Er is vaak gesproken over de Hoge Gezondheidsraad. Er is natuurlijk ook Sciensano, maar ook bepaalde instanties bij RIZIV en bij FOD Volksgezondheid doen bepaalde studies in het gebied van de gezondheidszorg. Het is zo dat er eigenlijk al jarenlang veel onderlinge contacten bestaan en dat wij een uitgebreid netwerk van contacten hebben bij al die verschillende instanties, om effectief te overleggen over bepaalde onderwerpen waarop wij werken. Tijdens de crisis zijn wij contact blijven houden met deze organisaties en hebben wij ook, waar nodig, overleg gepleegd over bepaalde onderwerpen.

Een voorbeeld van een studie waar wij al heel veel jaren met verschillende van deze instanties samenwerken, is het rapport *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem*. Verschillende partners geven hun inbreng, dat wordt samengebracht wordt in één rapport, waarvan het KCE dan de eindredactie doet. Dat wordt gepubliceerd op de website van Sciensano, met ook vermelding van alle partners die daaraan deelgenomen hebben. Er is dus al heel wat samenwerking.

Eén van de vragen was het verschil tussen de werking van het KCE en de Hoge Gezondheidsraad. Ik denk dat er ten eerste wat methodologie betreft verschillen zijn. De sterkte van het KCE is eigenlijk het analyseren in het kader van bijvoorbeeld health system research, health technology assessment of good clinical practice, van bestaande data en gegevens, om daaruit dan conclusies te trekken en beleidsaanbevelingen te doen. KCE Trials coördineert niet-commerciële klinische trials, zoals al toegelicht. De Hoge Gezondheidsraad heeft globaal genomen een ander soort van opdrachten en buigt zich bijvoorbeeld over zaken die te maken hebben met milieu of bepaalde producten die schadelijk zouden kunnen zijn voor de bevolking, waarover dan vaak op zeer korte tijd een advies verstrekt moet worden. Terwijl het KCE voornamelijk werkt met een vast team van interne medewerkers, werkt de Hoge Gezondheidsraad met een zeer groot comité van externe experts.

Dat is dus een andere aanpak vergeleken met het KCE. Beide methodes zijn in zekere zin complementair en voor bepaalde onderwerpen is het meteen duidelijk wie op de vragen zal kunnen antwoorden. Zoals gezegd is er uitgebreid overleg met verschillende instanties, onder andere de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano, als wij studievoorstellen krijgen. Wij kunnen het dus doorgeven als wij menen dat bepaalde studieonderwerpen beter door hen behandeld kunnen worden.

Er is dus heel veel samenwerking, wat niet wegneemt dat er misschien nog een volgende stap zal kunnen worden gezet en dat wij moeten streven naar een nog betere inhoudelijke integratie. Wij zien dat vooral onder de vorm van een nauwere samenwerking, een stap verder in de manier waarop we bepaalde onderwerpen, rapporten of studies kunnen aanpakken. We menen dat er nog heel wat werk mogelijk is op inhoudelijk vlak om nog nauwer bij elkaar te kunnen aansluiten. Dat is de eerste stap: we moeten streven naar bijkomende manieren om nog vlotter te kunnen samenwerken. Volgens ons is dat het eerste wat moet gebeuren. Er is al een eerste stap gezet in de richting van een HRS, een Health Research System, om de verschillende instanties samen te brengen en op inhoudelijke basis te zoeken naar de beste verdeling van het werk.

Pierre Gillet: Marijke, dans la foulée de cette réflexion, pour montrer l'importance de l'intégration que tu cites dans *Health Research Systems* au sujet de laquelle on travaille, je voudrais dire qu'il y a déjà eu une discussion, au sein du Comité interministériel pour la Santé, il y a déjà huit ans, suite au rapport de la Cour des comptes. Cette

intégration est importante pour montrer l'efficacité. Toutefois, une certaine autonomie et une certaine indépendance sont également nécessaires.

Beaucoup de questions ont été posées au sujet de la problématique des conflits d'intérêts. Et je voudrais profiter de l'occasion pour répondre aux deux ou trois questions sur les publications sur les producteurs ou les coopérations avec l'AFMPS. Je pense que le service d'études de Sciensano, le Conseil supérieur de la Santé et le KCE ont certainement, selon votre point de vue de parlementaires, des cibles et des objets communs d'étude. Mais dans leur processus de travail, ils ont chacun leur spécificité. C'est justement ce processus de travail et cette spécificité qu'il serait trop long de vous expliquer ici - mais vous trouverez toutes les informations à ce sujet sur notre site internet - qui font que ces avis sont complémentaires. De plus, quand on les croise - je pense à une étude que nous avons menée, il y a sept ans, sur la vaccination contre les pneumonies chez les enfants en termes de nombre de doses, sujet sur lequel les avis divergeaient un peu - on peut "amoindrir les potentialités" de conflits d'intérêts, si vous comprenez ce que je veux dire. En d'autres termes, à part moi, si je puis dire, au KCE, tous sont des experts à temps plein qui ont un revenu de contractuel, d'employé de la cause publique, tandis qu'au CSS, ce sont des experts qui apportent une richesse différente de celle des employés du KCE et qui est complémentaire.

J'ai ainsi répondu à trois questions. Je te rends la parole, Marijke.

Marijke Eyssen: Comment allons-nous poursuivre? Voulez-vous que j'aborde les questions dans l'ordre chronologique?

Pierre Gillet: J'ai essayé de regrouper les questions par thématique pendant que j'écoutais les parlementaires. Je vais aborder le deuxième groupe de questions, qui portent sur la communication et l'efficacité du KCE.

Depuis la création du KCE, nous nous remettons en question afin d'éviter d'être un service d'étude qui range des rapports dans une armoire et de nous isoler dans une tour d'ivoire en tant qu'experts et scientifiques indépendants, tellement indépendants, d'ailleurs, que personne n'utilise nos rapports. Nous avons conçu un processus qui mesure l'impact de nos études.

Le conseil d'administration du KCE comporte quatre bancs: un banc "patients", assez récent, un banc "prestataires", un banc "exécutif" comprenant des membres du gouvernement et les différents ministres et, enfin, un banc "instances publiques",

qui comprend des représentants du secteur de la Santé ou des Affaires sociales... Ce ne sont donc pas des scientifiques qui se retrouvent autour de la table du conseil d'administration et qui valident ou votent contre les recommandations issues de nos études scientifiques.

Il y a donc, au travers de notre conseil d'administration, un processus d'externalisation des études scientifiques dans un langage politique mais aussi dans un langage destiné au grand public, car des communiqués de presse sont systématiquement mis en avant par notre cellule Communication et ensuite partagés et relus par les instances du bureau du conseil d'administration.

Toujours est-il que, depuis une dizaine d'années, nous mesurons, tous les cinq à six mois, l'impact de nos études sur le secteur public et, en particulier, sur les changements dans l'organisation et le financement, ce qui nous permet d'évaluer si nos actions portent effet ou pas. Je dois dire que peu d'instances publiques peuvent être fières de ce processus. Bien sûr, une amélioration reste toujours possible, et nous avons d'ailleurs procédé à plusieurs migrations de notre site internet afin de le rendre plus attrayant.

J'ai bien vu, via vos différentes questions, que vous étiez déjà de friands utilisateurs de nos publications sur internet. Marijke, je te rends la parole. J'ai répondu à trois autres questions.

Marijke Eyssen: Une autre question concerne notre rôle dans la crise COVID-19.

Er werd gevraagd welke rol het KCE heeft gespeeld tijdens de covidcrisis. De crisis heeft zich natuurlijk zeer plots aangediend. De omvang daarvan was ook echt ongekend. We hebben onmiddellijk onze wetenschappelijke competenties ter beschikking gesteld van onze zusterorganisaties, het kabinet enzovoort. Zo konden we onze bijdrage optimaliseren. We hebben effectief heel wat vragen gekregen waarop we geantwoord hebben.

We hebben daaruit geleerd dat het bij het begin van de crisis belangrijk was dat nog heel wat meer data beschikbaar zouden worden. Op dat ogenblik was er vooral nood aan primaire data, dus in verband met primair onderzoek. De sterkte van het KCE ligt echter vooral bij de analyse van reeds bestaande data. Op dit ogenblik ondervinden wij dat we, naarmate de crisis vordert, meer en meer aanvragen krijgen naar covidstudies. De heer Janssens heeft enkele voorbeelden gegeven van studies die op dit moment nog lopen, zoals die rond *long COVID*.

Op dit ogenblik zijn er ook in ons werkprogramma een heel aantal studieonderwerpen aangediend. We hebben in het voorjaar een nieuwe oproep gedaan voor nieuwe onderwerpen voor ons studieprogramma. We zijn de resultaten nu aan het analyseren. Deze zullen ter goedkeuring worden voorgelegd aan onze raad van bestuur in december. Er worden talrijke onderwerpen aangekondigd die te maken hebben met COVID-19. Naarmate de crisis verder vordert, krijgen we geleidelijk aan meer vragen en ook meer vragen van een grotere omvang.

We hebben voor het antwoord op onze vragen vaak zoveel mogelijk samengewerkt met de andere instanties. Dat is op dezelfde manier verlopen als anders. We hebben altijd vlotte relaties met hen kunnen aanhouden. We hadden natuurlijk wel het gevoel dat sommige van die instanties op bepaalde momenten een zeer grote werklast ervoeren.

Ondanks het feit dat zij maximale inspanningen deden, merkten we toch dat dit een impact had op de manier waarop zij met ons konden meewerken. Er was slechts een beperkte *workforce* beschikbaar om te kunnen meewerken. Voor het overige zijn die relaties eigenlijk op dezelfde manier verlopen als voordien.

Wat menen wij nog geleerd te hebben uit die crisis? Een aantal complexe wetenschappelijke inzichten moeten aan de beleidsmakers worden overgemaakt op een manier die voor hen verstaanbaar is. Ook dat is een van de sterktes van het KCE. Wij hebben een jarenlange methode opgebouwd in het formuleren van aanbevelingen voor de overheid, gebaseerd op complexe wetenschappelijke onderwerpen. We denken dat we op dat vlak in de toekomst nog een grotere rol zouden kunnen spelen dan we tot nu al gespeeld hebben.

Intussen zijn er al eerste contacten gelegd, onder andere met het coronacommissariaat, om een meer uitgebreid beroep te doen op onze competenties, zoals bijvoorbeeld inzake het formuleren van beleidsadvies in het kader van wetenschappelijke evidentie.

Er was ook nog een vraag over internationale samenwerking. Hoe is dat verlopen? Wij hebben veel contacten gehad met onze internationale zusterinstellingen. Wij hebben, zoals gezegd, een aantal taken daarin opgenomen. Op bepaalde momenten hadden echter nog een aantal onderwerpen aan bod kunnen komen, maar omdat er onvoldoende tijd en middelen beschikbaar waren bij de verschillende partnerorganisaties op internationaal niveau en ook bij ons, was dit jammer genoeg niet mogelijk. Er waren ook

onvoldoende coördinatiemogelijkheden op internationaal vlak. Dat punt zou ook kunnen worden verbeterd in de toekomst, maar dan moet men daarin willen investeren.

Tot daar de lessen die wij uit deze crisis hebben geleerd.

Er waren ook heel wat vragen over vaccinaties.

Pierre Gillet: Marijke, excuse-moi! Avant de parler du *cluster* vaccination, un tout petit mot concernant les remarques sur le fonctionnement du KCE. Il y a eu une question sur la disparité du nombre d'études publiées entre 2015 et 2019. Simplement pour préciser à – je pense que c'était Mme Gijbels qui avait posé la question.

En fait, le tableau donne la date de sortie de publication du rapport. Nos rapports nécessitent la mobilisation des chercheurs entre 6 mois et 24 mois. Nous essayons que toutes les études ne durent pas plus que 24 mois. Et il se fait qu'après 15 ou 16 ans de fonctionnement, nous avons profité du changement de direction pour faire un peu l'état des lieux des différents retards accumulés. On ne voyait pas les dix premières années du KCE, puisque chaque fois, on acceptait entre 20 et 25 études par an. Mais en réalité, on ne parvenait à finaliser dans l'année que, en moyenne, comme vous l'avez vu dans le tableau, une vingtaine d'études. Et ce n'est pas parce qu'on n'a pas travaillé en 2015 et en 2019, c'est simplement qu'on a remis les compteurs à zéro.

Cette année, par exemple, nous avons fait deux appels publics à des études, vu la crise COVID. Donc, on a réouvert un plan spécifique au COVID en ultra-rapide. Mais d'autres années, on n'a pas fait d'appel, volontairement, pour que nos capacités de recherche, nos 70 employés, parviennent, et les experts extérieurs sous-traitants parviennent à finaliser tout ce qui était engrangé. Aussi, rassurez-vous, madame Gijbels, nous avons travaillé en continu. Voilà, Marijke!

Effectivement, j'avais trois autres *clusters* qui étaient la vaccination, l'histoire de la Lombardie – je vais résumer comme cela – puis l'histoire des *testing-tracing*. Peut-être commencerons-nous par la vaccination. Il y a eu six questions sur la vaccination. Peut-être Germaine, faire une réponse synthétique qui regrouperait les six questions qui se recoupent.

Germaine Hanquet: Je vais essayer, en effet, de regrouper plusieurs questions qui se superposent. Mais d'abord, peut-être, une remarque générale qui a été faite, pas uniquement sur la vaccination, mais je peux y répondre, car il semblait que le KCE

faisait des choses parallèles au Conseil supérieur de la Santé, qu'il y avait des duplications, des *overlaps*, etc.

Je vais peut-être clarifier. Et c'est bien expliqué dans nos réponses. C'est que, pour les définitions des stratégies, le KCE est dans le groupe vaccination du Conseil supérieur de la Santé. On travaille tout à fait ensemble. On est dans ce groupe. C'est dans ce groupe qu'on travaille, qu'on fait des propositions. Et dans ce groupe se trouve aussi Sciensano, se trouve aussi l'Agence du médicament.

Peut-être étendre aussi de manière personnelle les interactions entre ces différentes agences. Je travaille maintenant au KCE et j'ai travaillé huit ans pour Sciensano. Je travaillais à côté pour l'Agence du médicament et je suis dans un groupe du Conseil supérieur de la Santé, je comprends qu'il soit difficile de l'extérieur de voir qui fait quoi, mais quand on est à l'intérieur, il est vraiment clair de voir quelles sont nos complémentarités. Il est important de travailler ensemble. En médecine, il y a aussi des généralistes et des spécialistes. On ne se dit pas que les spécialistes devraient tous se mettre dans un seul groupe.

On est, au sein de ces Agences, des gens qui travaillent sur des choses différentes, mais complémentaires. Sans doute que la communication sur ce que chacun fait n'est-elle pas au point. Cela, je le reconnais tout à fait.

Pierre Gillet: Merci Germaine!

Germaine Hanquet: Je vous en prie, monsieur le président!

Pour venir sur la question spécifique des vaccins COVID, plusieurs questions portaient sur la sécurité des vaccins, il y a une inquiétude de la part de la population bien entendu, inquiétude liée à la rapidité du développement de ces vaccins, et les questions sur la manière de communiquer tout cela au public.

D'abord, ce n'est pas une question spécifique liée au KCE. Pour ce qui concerne le développement des vaccins, c'est l'Agence du médicament qui est le plus concernée. Moi, je peux vous donner des éléments de réponse parce que je les ai appris par l'Agence du médicament qui est, au sein de l'EMA, très actif pour l'enregistrement de ces vaccins.

Je peux répondre à la question de savoir comment l'on peut produire rapidement des vaccins qui vont suivre le même processus que les autres vaccins. Il y a un télescopage de différentes phases (les

phases 1, 2, 3) dans les vaccins. Le processus mis en place pour aller plus vite au lieu d'attendre qu'une phase soit terminée pour commencer la deuxième est de décaler les trois un petit peu, mais assez en même temps. Les vaccins sont produits avant d'être autorisés et s'ils ne le sont pas, ils seront probablement jetés, mais un accord a été signé avec la CE.

Au niveau des Agences régulatrices, entre autres l'Agence du médicament, tous les délais sont extrêmement raccourcis. Ils mettent plus de gens pour évaluer la même quantité d'informations. Toutes les procédures sont gardées, mais elles sont simplement ramassées dans le temps.

En termes de population d'études, j'ai entendu (mais je n'en ai plus les détails) que le total de patients inclus dans les études est beaucoup plus important que pour les derniers vaccins qui ont été autorisés ces dernières années.

Pour toutes ces questions plus précises, je ne sais si vous comptez entendre l'Agence du médicament mais le Dr. Jean-Michel Dagne, assez présent dans les médias, pourra vous expliquer tous ces facteurs et d'une excellente manière, car il fait partie de ceux qui sont dans ce processus.

Concernant toutes ces inquiétudes bien justifiées, je vais parler maintenant non pas au nom du KCE mais au nom de la nouvelle *task force*, qui est là aussi pour chapeauter les différents groupes de travail qui existent et qui va mettre en place une cellule communication autour du vaccin. Cette cellule examinera tous ces aspects et verra comment communiquer, quelle est la meilleure manière, et va organiser un débat sociétal. Il y a déjà eu quelques enquêtes dans la population qui montrent quand même que le nombre de ceux qui ne se feraient pas vacciner se situerait autour des 20 à 30 %, ce qui est trop élevé. Il y a vraiment une grande prise de conscience au niveau de ces groupes de travail. Une cellule va donc être mise en place rien que pour cela. C'est la première partie du *cluster* vaccins.

Il y avait quelques autres questions autour des vaccins COVID. Trouve-t-on normal que ce soient les producteurs qui évaluent eux-mêmes leur produit? C'est une excellente question. On aimerait évidemment que l'évaluation fasse l'objet d'une étude par un organisme indépendant. Je pense que c'est très difficile d'imaginer une autre configuration. C'est comme cela dans le monde entier aussi bien dans toute l'Europe qu'aux États-Unis. Il y a quand même pas mal d'études qui sont sous-traitées à des instituts de recherche indépendants. Les contrats avec l'industrie leur permettent de mener les études de manière

indépendante. Je crois que maintenant, c'est peut-être une dominante des études. Il faudrait imaginer un système complètement différent d'enregistrement des vaccins mais là, on est un peu dans la fiction.

Certaines questions portaient sur la durée de protection, sur l'immunité cellulaire, etc. Mme Eyssen vous l'a bien expliqué, on ne fait pas d'études primaires. Ce sont des éléments qu'on prend en compte quand on fait nos recommandations et nos analyses mais on ne va pas nous-mêmes faire des études pour mesurer la durée de protection ou le degré d'immunité cellulaire.

Une question concernait les vaccins contre la grippe et leur pénurie cette saison. J'ai, très brièvement, expliqué que le KCE avait participé, de nouveau au sein du groupe du Conseil supérieur de la Santé, à une recommandation pour le cabinet sur le fait de savoir s'il fallait adapter la stratégie de vaccination des vaccins anti-grippe et quel serait le nombre de personnes à vacciner. On m'a demandé si on ne devait pas s'en occuper dès le printemps. Je vois que l'avis date d'avril, au printemps donc.

Dans cet avis, on n'a pas dit de compter sur autant de vaccins. On leur a dit: "Voici les groupes que nous proposons et voici la population totale que ces groupes représentent. Voici en 2018 le nombre de cette population qui avait été vaccinée. Maintenant, d'après la publicité ou la campagne que vous allez faire, il faudra évidemment compter une couverture plus élevée. Vous devez aussi tenir compte de ces groupes, pour lesquels on recommande la vaccination. Mais dans la population générale qui n'est pas dans ces groupes à risque, il y a autant de pourcents qui, en 2018, se sont fait vacciner".

Maintenant, on a mis tous ces éléments dans cet avis. Nous, au KCE, on ne peut pas suivre comment les politiques et les décideurs vont mettre ces recommandations en place. Donc, moi je n'ai pas vu quelles étaient les commandes de la Belgique, comment elles étaient calculées, etc. Voilà, en tous cas, les éléments que nous, au KCE, avec le Conseil supérieur de la Santé, nous avons donnés au cabinet De Block à l'époque.

Maintenant, je vois qu'il y a un *cluster "long COVID"*, auquel je peux répondre...

Pierre Gillet: Je vais peut-être terminer l'épisode des vaccins pour donner un témoignage - et là, je mets ma casquette de responsable d'université, puisqu'il est, effectivement, trop tôt pour donner les études primaires à ce stade. Mais nous participons, dans les laboratoires, au GIGA de l'Université de

Liège et au CHU, à différentes études primaires, notamment pour l'immunité et la séroprévalence, lors de recueils de données du personnel soignant et d'une population témoin de 4 000 personnes à l'université, non personnel de santé. Les dernières récoltes de données de la troisième phase de séroprévalence datent d'août. La difficulté est d'arriver aussi vite que possible dans les études à publier avant les vaccins, pour confirmer ou infirmer certaines hypothèses dans les 11 vaccins qui sont dans la bagarre.

Nous avons également une opportunité, si je puis dire, parce qu'on ne va pas s'en réjouir, mais c'est un constat, de comparer la première et la deuxième vague qui sont espacées de six à sept mois. Donc, on a commencé la récolte et l'analyse des données, mais il y a quelque chose qui est rassurant. On croise, sur ces 17 000 patients testés positifs, un certain nombre de participants au *testing* de la première et de la deuxième vague. Et on a pu croiser les données pour voir s'il y avait de cas qui ont été doublement positifs, selon cette fameuse hypothèse de recontamination. Sur les 17 500 cas positifs dans notre laboratoire, il n'y avait que 12 prélèvements pour des sujets qui avaient été deux fois positifs, selon les critères généraux qualitatifs. Quand on analyse les quantitatifs, c'est-à-dire le nombre de cycles d'amplification, il n'y avait qu'un cas qui était à la fois très positif primaire à la première vague et très positif secondaire à la deuxième vague. Quand on va étudier le dossier du trajet de ce patient-là, vraisemblablement c'est un COVID malade pendant plus de six mois. Cela veut donc dire que sur les 17 500, il y a eu zéro cas de non-immunité observé.

Comme certains le disaient: "Moi, j'ai déjà été positif et je suis à nouveau positif à la deuxième vague." Il est évidemment trop tôt pour publier ces études primaires car on est seulement à la phase de récolte princeps des données mais elles sont encourageantes. Je voulais juste rajouter, Germaine, un petit témoignage provenant du terrain avec mon autre casquette.

Je propose qu'on passe aux trois questions sur la collaboration princeps et la communication avec la Lombardie car cela a inquiété au moins trois ou quatre parlementaires.

Irina, pourrais-tu préciser nos rapports *in* et nos rapports *out* par rapport à cette étude?

Irina Cleemput: De manier waarop wij samengewerkt hebben of contact hebben gehad met het Italiaanse HTA-agentschap is eigenlijk een wat atypische manier van werken. Normaal gezien werken wij niet op die manier op het KCE. Normaal

gezien doen wij één keer per jaar een aanvraag tot voorstellen. Dan krijgen wij voorstellen vanuit de FOD, het RIZIV, het kabinet, maar ook vanuit ziekenhuizen, academische centra, burgers en patiëntenverenigingen. Dan stellen wij ons jaarprogramma op, op basis van de voorstellen die wij binnenkrijgen, na een grondige evaluatie van de haalbaarheid, de bestudeerbaarheid en de beleidsrelevantie van de vragen.

Dit was een zeer uitzonderlijke situatie. We kwamen in maart in een zeer moeilijke situatie terecht. Begin maart, op 13 maart, werd besloten om een lockdown te installeren in België. Dat was een heel moeilijke en speciale situatie. We hebben dan eigenlijk contact opgenomen met onze persoonlijke contacten in het buitenland, in casu het HTA-agentschap in Lombardije, om te vragen hoe het daar ging, of het lukte, of men daar evaluaties deed die we eventueel konden delen. Daarop kwam onmiddellijk een reactie dat ze net bezig waren met een rapport rond het screenen van asymptomatische populaties, om de verdere verspreiding van het virus in te dijken.

We hebben die contacten opgebouwd op basis van onze jarenlange betrokkenheid bij internationale netwerken voor *health technology assessment*. Bij het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) heb ik persoonlijk negen jaar als directeur in de *board of directors* gezeten. Daarnaast is er ook het Europees netwerk voor *health technology assessments* (EUnetHTA), waarin wij verschillende rollen vervullen. Onder andere hebben wij één van de werkpakketten geleid tijdens de werking en de opbouw van het European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA).

EUnetHTA wordt afgebouwd in mei 2021, maar zal hopelijk vervangen worden door een Europees HTA-netwerk, waarvan de Europese regulering momenteel wordt uitgewerkt en hopelijk binnenkort zal worden goedgekeurd. We denken dat daar op lange termijn inderdaad nog verbeteringen zullen kunnen gebeuren op het vlak van samenwerking, want in deze crisis hebben we wel gemerkt dat er heel veel interessante initiatieven zijn gebeurd op het niveau van EUnetHTA. Zo heeft een agentschap een initiatief opgezet om aan *horizon scanning* te doen. Dat wil zeggen dat men is gaan kijken welke therapieën er allemaal worden getest voor COVID-19 en wat de *evidence* is die daarover bestaat, maw. "Welke klinische studies worden uitgevoerd rond die nieuwe therapieën?"

Daarvoor werd een systeem van *rolling reviews* opgezet. Dat zijn levende documenten die voortdurend worden aangevuld met nieuwe

wetenschappelijke bewijsvoering rond die therapieën. Zo kan men heel snel op de bal spelen als bepaalde bestaande behandelingen die momenteel voor andere indicaties worden gebruikt, wel kunnen helpen bij de behandeling van COVID-19.

Daarnaast zijn er binnen EUnetHTA ook structuren opgezet om bestaande *evidence* rond COVID-19 te structureren en te verzamelen. Het behoort immers tot onze corebusiness om de beschikbare literatuur rond een bepaald onderwerp op te zoeken. Dat Europese initiatief structureerde de bestaande *evidence* in groepen van referenties waarvan bestaande agentschappen, leden van EUnetHTA, gemakkelijk gebruik konden maken. Ook bij trials was er internationale samenwerking. Dat werd al uitgelegd.

We weten zelf niet rechtstreeks wat er met het Italiaanse rapport is gebeurd. We hebben de samenvatting doorgestuurd. Het positieve nieuws is dat we twee samenvattingen, één van een bladzijde en één van vier bladzijden, hebben doorgestuurd met de mededeling dat we het volledige rapport ook ter beschikking hadden. Dat was nog altijd vertrouwelijk, en ook in het Italiaans opgesteld. We hebben dan toch de vraag gekregen om het volledige Italiaanse rapport door te sturen, want er was bij de betrokken instanties een medewerker die Italiaans verstond. Ik kan niet rechtstreeks zeggen wat de directe impact op de besluitvorming is geweest. Er zijn wel indicaties dat er effectief rekening is gehouden met de adviezen in dat rapport.

Er was ook een vraag over de quarantaine voor asymptomatische personen die contact hebben gehad met een besmet persoon. Hierover is geen apart specifiek advies gevraagd aan het KCE. Dit aspect was wel meegenomen in het Italiaanse rapport. Daarin werd gesteld dat asymptomatische personen juist werden gescreend, met de prioriteitenlijst, met de bedoeling ze ook in quarantaine te kunnen zetten als blijkt dat ze positief testen. Deze aanbeveling is dan blijkbaar gevolgd.

Er was ook een vraag over de evaluatie van de teststrategieën. Dat is een heel moeilijke zaak. Dat is waarschijnlijk ook de reden waarom in het uitgebreidere rapport dat we nadien hebben gepubliceerd heel weinig sterke conclusies konden worden getrokken. De evaluatie van zo'n teststrategie gaat namelijk gepaard met heel veel vertekeningen door allerlei factoren die men niet onder controle heeft.

Men kan niet zoals bij een klinische studie een controlegroep en een interventiegroep gaan opzetten. Er zijn contacten tussen mensen. Dat is

een zeer complexe zaak. We hebben niet onderzocht hoe men dat op een goede manier, met wetenschappelijk sterk bewijs, zou kunnen bestuderen.

Dan was er nog de opmerking in verband met het kijken naar ervaringen van vroeger met SARS- en MERS-virussen. Er werd opgemerkt dat daar weinig naar werd gekeken of dat er weinig beroep op werd gedaan. Ik denk dat ik dat mag ontkennen, want dat is iets wat we systematisch wel hebben gedaan, bijvoorbeeld in het rapport over aerosolgenererende procedures. Daar zijn we gaan kijken naar de wetenschappelijke bewijzen die we vonden aan de hand van de SARS-epidemie van jaren geleden.

Sowieso bekijken we de volledige *evidence*, vooral omdat er weinig *evidence* was op het moment van de eerste golf van COVID-19.

Tot daar de vragen die ik had genoteerd in verband met het Italiaanse rapport.

Pierre Gillet: Tu viens d'éteindre deux *clusters*. Heureusement, ce sont des *clusters* de questions et pas des *clusters* du virus!

Pour compléter ce que viens de dire Irina, je voudrais dire que toute la littérature scientifique a, depuis la première crise, pris un rythme assez différent. Pratiquement toutes les revues ont publié en *preprint*, dès qu'une publication semblait acceptable en première lecture et avant d'être acceptée à la publication.

Je voudrais revenir sur trois études qui vont peut-être répondre à une partie de vos questions, que l'on n'a pas encore eu le temps d'aborder, sur le rôle de la transmission et sur la possible troisième vague, et qui sont citées dans les notes écrites que nous avons transmises ce matin ou hier soir. Je pense, en particulier, à une publication du 17 novembre, à une publication du 10 novembre et à une publication du 7 novembre. Elles sont toutes les trois référencées dans le document écrit.

Deux études en particulier précisent l'intérêt de méthodes alternatives sur la salive ou par gargarismes qui pourraient se substituer aux prélèvements nasopharyngés dont l'étude canadienne du 17 novembre montre que quand le gargarisme est bien fait, il ne pourrait y avoir qu'une différence de 2 % en termes de sensibilité entre les deux méthodes. Cela a été confirmé par une récente étude de Sciensano qui est aussi en *preprint*, qui est donc accessible, mais qui n'est pas encore publiée et qui montre la comparaison des résultats positifs repris en rouge ou en orange sur mon graphique, avec des cycles en dessous de 25

et pour lesquels il y avait une correspondance pratiquement égale à 100 %.

L'autre étude que je cite aussi dans les réponses est une étude dans *Nature* en *preprint* du 10 novembre. Il s'agit d'une étude robuste et originale. En effet, comme c'est permis aux États-Unis car ils n'ont pas le RGPD, ils ont exploité 98 millions de bornages de téléphonie mobile dans les dix métropoles américaines pour calculer, grâce à l'intelligence artificielle, une modélisation de la mobilité pour expliquer les origines des contaminations de la première vague, autrement dit, pour expliquer la diffusion sur le territoire américain dans les dix métropoles, ce en utilisant un recensement sectoriel que nous avons aussi en Belgique.

Je profite ici de l'occasion pour répondre aux nombreuses questions sur la gestion des *datas*. Alors que nous avons, au niveau provincial et communal, un accès très partiel à la *outcome* des données de Sciensano qui étaient récoltées par tous les prestataires et tous les laboratoires, ils avaient la possibilité de descendre jusqu'au grain du secteur statistique.

Vous savez qu'en Belgique, à partir de la position liée à l'adresse d'un citoyen, nous pouvons identifier le secteur statistique - par exemple le bas ou le haut de Forest - et subdiviser ensuite le territoire en une granulation de 13 000 ou 14 000 secteurs statistiques. Aux États-Unis, il est question de 527 000 secteurs statistiques. Ils ont ainsi pu voir la migration entre ces groupes et analyser 5,4 milliards de vecteurs de déplacement pour aboutir à des conclusions vraiment pertinentes en vue d'une politique plus efficace et plus équitable de déconfinement. Pour résumer, restreindre l'occupation de certains points d'intérêt est beaucoup plus efficace que réduire uniformément la mobilité. On a senti un tout petit peu cette inspiration dans le discours du président français hier ou avant-hier.

En tout cas, il faut très certainement acquérir une *room for improvement* (marge de progression) à partir de ces publications sorties en novembre et qui concernent des données recueillies en mars et avril. Pour pouvoir regarder scientifiquement, comme depuis un hélicoptère, et comparer les deux vagues ainsi que leurs effets, il faudra attendre mars ou avril au plus tôt.

J'aimerais revenir à l'avant-dernière série de questions, qui concernent les *long COVID* et les *post-COVID*, ainsi que la santé mentale liée au contrecoup. J'en parle dans l'une de mes réponses relatives aux effets psychologiques sur les citoyens et le personnel soignant. Christophe, tu pourrais

revenir sur les trois études que tu as citées, en expliquant comment va se dérouler, en ces domaines, la participation des généralistes et des usagers des soins de santé et de la LUSS notamment par rapport aux *long COVID* et *post-COVID*.

Christophe Janssens: Merci Pierre. Je vais non pas contourner la question mais faire appel à Germaine, car c'est elle qui est chargée de projet pour le "long COVID".

Pierre Gillet: Elle a d'ailleurs voulu entamer la question de ce *cluster*, vous allez donc vous partager les trois réponses.

Christophe Janssens: Nous avons encore discuté hier de ce projet, qui est tout récent. Elle pourra certainement compléter ce qui a été dit jusqu'à présent. Il est vrai que, comme on l'a répété à diverses reprises, le fonctionnement normal du KCE fait l'objet d'un appel annuel qui permet de faire ressortir les sujets, à la suite d'une analyse approfondie de la pertinence avant leur prise en charge dans le programme d'études.

L'année 2020 est complètement différente à bien des égards, de sorte qu'il y a également eu des adaptations pour ce qui est de la sélection des études. C'est dans ce cadre-là que, depuis peu, nous avons reçu les demandes du terrain côté "soignants". Le Collège de médecine générale a en effet lancé un appel au secours sur l'appui scientifique que peut apporter le KCE pour la prise en charge dans une situation d'urgence, que nous avons connue il y a trois semaines. Ce n'était pas la démarche classique du KCE, mais nous avons tout de même réussi à enclencher un beau travail à ce sujet.

Je pense que les questions ici concernaient davantage le "long COVID" et, dans ce cadre-là, c'est plutôt du terrain côté "patients" qu'on se rapproche et que le KCE a veillé à répondre aux besoins. En l'occurrence, il s'agit d'une demande de la Ligue des usagers des services de santé (LUSS). On a parlé tout à l'heure d'une association de patients spécifiques COVID, dont Germaine est également au courant.

Nous nous efforçons d'intégrer les patients dans nos projets de recherche, et ce depuis la phase préliminaire, d'initiation des projets, de suivi, de récolte de nos données, dans toutes les phases qui caractérisent les projets du KCE. Depuis deux ou trois ans, nous mettons un accent particulier sur l'implication des patients. En l'occurrence, il s'agit vraiment d'un exemple type d'initiation depuis le besoin côté "patients", avec des liens sur les besoins médicaux auxquels il n'a pas été répondu.

Nous nous efforçons de faire correspondre tous ces besoins pour produire une belle étude, qui est vraiment en phase de démarrage, et à laquelle sont associées les personnes intéressées. À ce sujet, je cède la parole à Germaine, qui ira plus en profondeur sur la question.

Germaine Hanquet: J'ai noté quelques questions et, comme la réponse est oui à tout, cela va être rapide.

Va-t-on impliquer des patients? Comme Christophe l'a bien dit, oui, c'est tout à fait prévu dans ce projet-là. Utilise-t-on cette étude du King's College? Oui, c'est une très bonne étude qu'on utilise pour définir notre stratégie. Et, oui, on utilise d'autres études. On se base en fait sur la littérature existante car il y a peu de données belges. Si on veut aller vite, c'est comme cela qu'on fonctionne. On utilise le travail des autres.

Madame Fonck, on ne va peut-être pas regarder la charge financière directement mais, dans notre étude, on va regarder ce qui existe en Belgique pour rencontrer les besoins de ces patients mais aussi financièrement quels sont les remboursements qui existent et quelles sont les conventions existantes qui pourront les prendre correctement en charge. Du côté médecine du travail, conseil, etc., tout cela fait partie de ce qui est prévu pour cette étude et qui suivra un peu le mode de l'étude sur le syndrome post-soins intensifs, publiée il y a très peu de temps, et qui couvre aussi ce volet de cette manière-là.

Je n'ai pas bien compris la question sur les séquelles mentales, sur les suites mentales. Je ne sais pas si cette question se rapportait au "long COVID" ou aux soins intensifs.

Pierre Gillet: Si j'ai bien compris la question, il s'agissait des effets sur les patients. M. Rigot a parlé du *burn out* et, d'une manière générique, il lui semblait que c'était peu étudié. Irina pourrait peut-être apporter des précisions quant aux appels à projet en cours. Marijke n'a pas cité notre nouveau programme avec toutes les études qui ont été demandées. Nous n'avons pas encore clôturé celles qui vont être choisies. Je pense qu'il y a plus de 20 candidatures de sujets spécifiquement autour du COVID et la santé mentale est prise en compte. Le programme sera adopté d'ici la mi-décembre pour l'année 2021, puisque nous avons réorienté nos 20 à 25 études annuelles dont je parlais tout à l'heure. On va adopter un programme définitif, puisqu'on ne pourra pas reprendre toutes les études qui sont candidaturées. Mais il se peut qu'Irina ait une réponse à apporter et, ensuite, Marijke.

Irina Cleemput: Ik wou hieraan toevoegen dat wij ook een andere studie lopen hebben over de onbeantwoorde medische behoeften, een meer algemeen project om bij gelijk welke patiëntenpopulaties onbeantwoorde medische behoeften te identificeren. Wij ontwikkelen daar een tool voor die wij als piloottest specifiek op de longcovidpatiënten willen toepassen. Dat zal ons meteen informatie opleveren over de symptomen maar het is uiteraard geen epidemiologische studie. Het zal ons dus niets leren over de frequentie van voorkomen maar wel over de zaken waar mensen mee worstelen. We zullen dan zien voor welke zaken er een oplossing is binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem en voor welk niet. Hierdoor zullen we de *gaps* in ons huidige systeem kunnen identificeren. Dat is nog een aanvulling bij de specifieke studie rond longcovid, er zullen dus 2 aparte studies uitgevoerd worden.

Pierre Gillet: Avant de passer aux questions hospitalières, je voulais boucler l'aspect *data*. Il y a eu beaucoup de questions relatives au partage des données à améliorer et quel est le *room for improvement* au niveau de la récolte des données. Je peux à la fois donner mon point de vue depuis le KCE ou de ce que j'en connais, mais aussi du point de vue d'un utilisateur acharné au sein de l'hôpital.

Très clairement, le saucissonnage, ou les 'lasagnes' administratives, fait que d'une part, et certains l'ont cité, il y a plusieurs niveaux entre entités fédérées et fédéral, avec les quatorze types d'institutions (MRS, collectivités d'handicapés, les institutions hospitalières). Mais au sein même de la structure fédérale et vu des hôpitaux, le saucissonnage entre le questionnaire ICMS deux fois par jour, le questionnaire *survey* de Sciensano et les différentes enquêtes locales aux niveaux communal, régional et provincial, font que très clairement, il doit y avoir une amélioration de cette inter polarité entre les données.

Il suffit de voir la problématique dont vous avez entendu parler chez nos prédécesseurs auditionnés dans cette commission, la problématique des e-forms des généralistes vers tous les laboratoires et entre le circuit dit plate-forme et maintenant plate-forme bis et le circuit dit des laboratoires privés, la grande difficulté était d'avoir une vue d'ensemble bien connectée entre les systèmes.

Je voudrais donc aborder avec Carine (et je répondrai à quelques questions qui me sont directement adressées) la problématique des lits hospitaliers et celle posée par rapport à l'analyse que Carine a déjà évoquée, du fonctionnement ou du plan de répartition plus ou moins contraignant

et de l'interaction entre le HTSC et le RMG et les acteurs de terrain. Je laisserai Carine répondre sur l'aspect vu d'en haut et je donnerai le point de vue de l'analyse hospitalière, plus locale.

Carine Van de Voorde: Uit de studie die ik daarnet heb vermeld, komen een aantal resultaten waaraan wij concrete aanbevelingen hebben gekoppeld. Bijvoorbeeld het spreidingsplan: dat was er in de eerste golf niet echt, omdat men toen volledig was gestopt met de reguliere zorg, die er nu wel is. Daar bevelen wij aan om de bevoegde instanties de nodige wettelijke bevoegdheid te geven om dit effectief af te dwingen. Dat is één punt, met ook een wettelijke bevoegdheid voor de federale gezondheidsinspecteurs. Ten tweede bevelen wij daar ook aan om die fasen voor een stuk te houden, maar toch in belangrijkere mate dan nu het geval is, af te stemmen op de lokale situatie. In de eerste golf was er natuurlijk een heel andere situatie, toen men in alle ziekenhuizen alle niet noodzakelijke activiteit had gestopt. Nu zien we bijvoorbeeld dat kleine ziekenhuizen daar op een andere manier door getroffen waren dan grotere ziekenhuizen, omdat men x procent bijkomende intensieve zorgbedden moest creëren. Voor de kleinere ziekenhuizen betekende dit eigenlijk dat men onmiddellijk gebruik moest maken van de niet-intensieve zorgbedden om aan die behoefte te kunnen voldoen, terwijl dat misschien in die regio – provincie of kleinere omgeving – op dat moment niet noodzakelijk was. Ja, wij stellen voor om een spreidingsplan wettelijk afdwingbaar te maken, met ook een wettelijke rol voor de gezondheidsinspecteurs, maar om het meer af te stemmen, in de mate van het mogelijke, op de lokale situatie. Tijdens de eerste golf, en nu nog altijd, denk ik, hadden de ziekenhuizen van mekaar geen zicht op de bezettingsgraad van de intensieve zorgbedden. Wij stellen voor om dat minstens te delen op het niveau van het locoregionale netwerk, goed wetende dat op een bepaald moment – dat is de situatie waar de ziekenhuizen nu in zitten – het netwerk ook niet voldoende is om alle patiënten op te vangen.

Een ander punt dat aan bod kwam, in een meer algemene vraag, maar ook wel heel relevant, was de verwijzing naar een vroegere studie over de benodigde beddencapaciteit. Daar hebben we inderdaad berekeningen en simulaties gemaakt van de benodigde beddencapaciteit volgens type bed.

We hebben in die studie toch benadrukt, dat is misschien een zwak argument, dat onze resultaten niet in staat zijn om wat wij, economen, exogene schokken noemen op te vangen. Ik denk dat de covidcrisis een mooi of een slecht voorbeeld van een exogene schok is.

Een update van deze studie staat nu in het jaarprogramma. Ik denk dat we inderdaad voor bepaalde types van bedden rekening moeten houden met die mogelijke exogene schokken. Dat gaat dan zeker over bedden op intensieve zorg, maar ook over ander types van bedden. Nu ging het over een pandemie. Het kan ook over een aanslag gaan, waar een andere capaciteit nodig is.

Ik wil wel benadrukken dat de opmerking van de exogene schokken geen implicaties heeft voor het aantal materniteitsbedden, het aantal bedden op pediatrie, het aantal bedden op andere afdelingen, dat nodig is.

Ja, ik denk dat onze conclusies voor een stuk moeten worden genuanceerd. Die staan ook zo in de studie vermeld, maar voor een selectie van bedtypes. Ik druk het nu in bedden uit, maar het gaat natuurlijk over meer dan bedden alleen.

Er was ook een vraag over de netwerken. Wij hebben in de studie een 25-tal mensen geïnterviewd. Een groot deel van deze mensen was lid van het comité. Daarnaast waren er ook een aantal mensen uit de sector. Wij hebben ook alle ziekenhuizen bevraagd.

Op het eerste gezicht leken de antwoorden over het nut of de zinvolle samenwerking op netwerkniveau wat tegenstrijdig. Vanuit het comité, uit de interviews kregen we het idee dat dit helemaal niet goed gewerkt heeft, maar als we dan heel concrete vragen aan de ziekenhuizen stelden, bijvoorbeeld: hebt u voor bepaalde items samengewerkt binnen het netwerk, binnen de provincie of buiten de provincie, dan kregen we toch een tamelijk hoge respons op de items waarover ze hebben samengewerkt.

Wij hebben niet gevraagd of dit eenmalig was of tijdens de hele eerste golf. Ik denk dat wij als conclusie kunnen trekken dat de netwerken zeker hun rol hebben gespeeld. In het begin was dat niet het geval. In het verloop van de crisis was dat veel meer het geval.

Om de netwerken echt te doen functioneren, ik val in herhaling, u kent de argumenten even goed als ik, denk ik dat een aantal randvoorwaarden echt moeten worden uitgewerkt om die netwerken de rol te geven, als men hen effectief die rol wil geven. Vanzelf zal dat niet spontaan aangepakt worden.

Een laatste punt: er was heel wat samenwerking op het niveau van de netwerken, ook voor zaken waarvoor men eigenlijk al voor de crisis samenwerkte. Op een bepaald moment moet echter ook buiten het netwerk worden gekeken

voor voldoende capaciteit. Vandaar kwam het voorstel om het spreidingsplan wettelijk afdwingbaar te maken. Dit is nu min of meer het geval, maar tijdelijk tot de helft van volgend jaar. Dat is echter een voorlopige maatregel.

Mijnheer Gillet, ik stel voor dat u aanvult vanuit uw andere hoedanigheid.

Pierre Gillet: Carine, je confirme ce que tu vois de *top-down* dans le *bottom-up*, puisque c'est très juste, ce que tu dis. Je dois dire que, en tout cas de l'expérience liégeoise, qui a été largement impactée, la solidarité et la contrainte étaient "nécessité fait loi". Le fait qu'on ait déjà créé un collège de médecins-chefs au démarrage, sans avoir de statut, sans avoir eu les lois sur les réseaux, mais cela faisait un an qu'on vivait. Plutôt que de choisir un médecin-chef pour l'ensemble du réseau, nous avons choisi un collège.

On a démarré dès la première crise, et dès le mois de septembre, on s'est vus à peu près deux fois par semaine, par vidéo. Cela a été très utile, mais dès le 15 octobre, on a dû tout de suite passer à une version inter-réseaux, puisque sur la province, il y a deux réseaux hospitaliers. Et très vite, il était absurde de réfléchir séparément en deux réseaux concurrents. Les réunions des médecins chefs du réseau privé et du réseau public ont fusionné pour la discussion sur la répartition des cas, la répartition des consoles d'ECMO, la répartition des respirateurs, etc.

Et je dois dire que sur Liège, cela a très bien fonctionné, et à partir du 21 octobre, donc c'est très vite après, on est passé à une dimension interprovinciale grâce à la coopération de Divina Claes, qui était inspectrice d'hygiène de la région du Limbourg, d'Anvers et du Brabant flamand, et Olivier Lambiet, qui était l'inspecteur d'hygiène de la région du *cluster* de la province de Liège et de la province du Luxembourg, qui étaient deux provinces fort impactées. Et très vite, nous avons mis au point une procédure de critères d'inclusion et d'exclusion des transferts interhospitaliers, intraprovinciaux et interprovinciaux, pour concentrer les efforts sur les transferts de soins intensifs à soins intensifs, puisque c'était le goulot d'étranglement attendu. En effet, si nous n'avions pas fait les transferts les quinze derniers jours d'octobre et la semaine de début novembre, nous aurions eu une occupation de nos lits estimée à 130, voire 140 %.

Je pense que sur le terrain, nécessité fait loi. Ces différents étages de coopération ont fonctionné, ont abouti à des procédures, mais qui n'étaient pas encore validées au sein des instances fédérales,

qui l'ont été grâce, justement, au passage à une force contraignante. Prenons comme exemple le fait qu'on ne pouvait imposer un transfert aux familles. Comme, très souvent, les patients étaient intubés, ils ne pouvaient pas donner leur avis. Et au début des transferts, nous avons – je ne vous ai pas montré ce tableau-là – 43 % de refus. Et au début novembre, nous étions à 10 à 15 % de refus, au moment où l'amendement de la loi est sorti.

C'est pourquoi nous ne l'avons pas réellement utilisé, mais il était quand même là pour soutenir notre position, qui était parfois très inconfortable entre les familles, les intensivistes et les patients. À la différence de la première vague, nous avons fait quelques transferts, dont la moitié des patients n'étaient pas intubés, mais se trouvaient sous lunette à haut débit ou sous masque de Boussignac. Ils étaient donc placés sous ventilation, de sorte qu'ils pouvaient donner leur avis.

Du point de vue de la parlementaire qui a posé la deuxième question, à laquelle Carine a d'abord répondu et qui concernait le nombre de lits, on pourrait se demander pourquoi on a fermé des lits, puisqu'en situation de crise, on ne savait pas assumer. Ce n'est pas exactement ce que dit le rapport. Sur la base de celui qui est paru voici un an et demi ou deux, ainsi que les conclusions que Carine vous a montrées dans les graphiques, nous avons en Belgique 56 000 lits aigus, architecturalement parlant. Or, en termes de lits justifiés, nous en avons financé 44 000. Cela fait une différence de 12 000 lits. De quoi s'agit-il ? De lits sous-occupés. Carine a cité le cas de la maternité. Dans deux gros hôpitaux de la région liégeoise, une moitié d'unité de maternité, ou une unité de maternité qui compte plusieurs unités dans les grosses maternités, a été convertie en structure de soins COVID.

Pour ce qu'ils appellent les "lits gelés", beaucoup d'hôpitaux ont fermé leurs lits agréés, qui ne sont plus en activité, bien que l'architecture reste présente. Par exemple, l'Hôpital militaire est venu s'installer dans une unité d'orthopédie du Bois de l'Abbaye, parce qu'elle n'avait plus de personnel et qu'elle était sous-occupée. Donc, nous disposons de l'architecture, des équipements, des bandeaux d'oxygène, mais le personnel faisait défaut. Comme il ressort de l'étude HTSC (*Hospital and Transport Surge Capacity*), c'est plus un problème de *man power* que d'architecture. Nous parlons d'un historique de 194 hôpitaux en Belgique, et pas 109 (bien que ce soit le nombre de ceux qui sont agréés – maintenant 107), et de 25 réseaux. Bref, nous disposons de structures, que les militaires étaient venus visiter. Je pense à l'hôpital de Montegnée, qui vient d'être désaffecté, car il a été

reconstruit sur le site de MontLégia, pour éventuellement rouvrir 200 lits dans cet établissement transformé en institution de résidence chronique.

On avait donc des possibilités architecturales mais on n'en avait pas au niveau du *man power* derrière.

Je voudrais revenir sur les nombreuses questions concernant le personnel soignant et en particulier les infirmières d'abord pour soutenir une des vérités qui a été posée par un parlementaire et qui est le recensement, si je puis dire, pour faire appel à ces réserves de retraités, de personnes qui sont sorties d'activités ou qui ont changé leur orientation. À l'intérieur de l'hôpital, par exemple, nous avons beaucoup d'infirmiers et d'infirmières qui ont été affectés au recueil de données dans le DRHM ou vers des activités plus administratives. On a su les mobiliser puisqu'on avait le listing de ces personnes-là dans notre personnel. Tous les hôpitaux à Liège ont mobilisé ce personnel qui était devenu inactif dans les soins mais qui était toujours présent dans l'hôpital.

Ensuite, nous avons voulu passer à l'échelle provinciale. Pour les médecins, nous n'avons pas tellement de problèmes parce que, entre le fichier qu'on a via l'INAMI pour les prestataires de numéros INAMI et le fichier électronique du eHealth des citoyens avec la carte d'identité du SPF Santé publique, il y a un *matching* assez important. Dans les études sur le *numerus clausus* et sur les médecins en activité, on connaît la liste des médecins actifs et inactifs. Par contre, quand on passe aux 260 000 infirmiers diplômés, là, c'est le blanco complet.

Le Collège des médecins-chefs s'est donc adressé à la commission médicale provinciale, cette structure qui est en migration puisque la loi est sortie. L'arrêté royal quant à lui n'est pas encore sorti. Dans l'ancienne loi, on l'appelait la Commission médicale provinciale, c'est-à-dire l'origine locale qui était en dix exemplaires et qui est maintenant en quatre exemplaires par régime linguistique, comme vous le savez, et par Région. Nous n'avons pas encore les arrêtés d'application de cette nouvelle loi, qui est une transposition des directives européennes sur la qualité des soins et des prestataires. Et, entre les deux exécutifs, il faut encore un petit paquet d'arrêtés pour mettre en exécution.

C'est donc cette instance qui s'appelait Commission médicale provinciale, et qui va désormais s'appeler d'un autre nom, qui donne les habilitations du visa du diplôme comme "cette personne est habilitée à faire de soins infirmiers" par exemple. Avec la liste des titres requis et dans

le projet de loi de l'ancien gouvernement qui est passé et qui a été voté et publié l'année passée, en 2019, il y a ce qu'on appelle le porte-folio. Grâce à celui-ci, nous connaissons, quand on aura accès à ce fichier, toutes les compétences et les spécialisations des infirmières qui sont potentiellement recrutables dans le fichier réserve.

J'avais donc mobilisé l'ancienne instance, mais ce fichier était d'une part non mobilisable, et d'autre part, tous les fichiers que l'on avait de l'INAMI n'étaient que ceux des infirmières qui ont un numéro INAMI, c'est-à-dire qui ont presté dans le cadre de la nomenclature *extra muros*, qui est beaucoup plus étroite que les 260 000 infirmières. Et là, très certainement, je voudrais insister. Il y a une *room for improvement* à faire pour l'année 2021, afin de faire face à une nouvelle crise, à ce niveau-là. Et je remercie le parlementaire d'avoir posé la question.

À propos du Fonds Blouses blanches et de la citation que certains d'entre vous, en particulier je pense, M. Rigot, ont fait dans leurs questions et à propos des réponses que j'ai faites au sujet du financement des hôpitaux, c'est vrai que ce serait un très long débat. Mais c'est un fait, que j'ai cité et je sais que c'est un peu trop tard, parce que l'interprétation, l'intégration ou la transposition de la directive européenne sur l'allongement des études d'infirmiers est arrivée entre-temps. Peut-être qu'en politique il y a toujours moyen de faire marche arrière. Mais je pense qu'aussi bien en Communauté flamande qu'en Communauté française - je ne connais pas bien tous les chiffres par Communauté, je les connais au niveau loco-régional en ce qui nous concerne -, on a eu très nettement une diminution du nombre d'inscrits en première année d'infirmiers depuis que la loi sur l'allongement de la durée des études est sortie. Et comme je l'indique dans la réponse écrite, le fait que pratiquement toutes les hautes écoles ont imposé, pour les fameux 11 titres de spécialités - dont le SIAMU, services intensifs, aide médicale urgente et oncologie qui sont les deux titres requis pour les normes d'agrément des services concernés - où nous n'avons plus de candidats cette année même, puisqu'on est dans la cinquième année. La première cohorte de 4 ans terminait ses études en 2019. Donc la deuxième crise est survenue au plus mauvais moment puisque nous avons besoin d'infirmières spécialisées en soins intensifs (5 ans) et nous n'en avons pas puisqu'on était dans la demi-cohorte. On avait zéro infirmières sortant des hautes écoles avec le titre requis de la cinquième année. Nous avons dû recruter.

Nous avons eu quelques infirmières portugaises, puisque par exemple au Portugal, mais pas

seulement au Portugal, ils ont transposé la directive européenne en intégrant plus de stages dans la quatrième "obligatoire" pour l'harmonisation européenne, pour intégrer des stages choisis par l'apprenant voulant faire une spécialité, par exemple en soins intensifs ou en bloc opératoire. Ils augmentaient leur quantité de stages dans cette discipline pour donner un pré-titre requis pour pouvoir, dès la sortie des études, intégrer une formation professionnalisante pour obtenir ce titre requis de la spécialisation, sans être toujours aux études à temps plein, mais tout en étant déjà dans le milieu de travail.

C'est un peu ce qu'on a fait à l'improviste pendant la crise, puisqu'on a eu l'autorisation des hautes écoles à Liège et dans la province de Namur d'employer cette main-d'œuvre « future » qui achevait la cinquième année en l'affectant directement au front COVID. Elle a ainsi pu être directement mise en pratique dans le milieu de travail. Nous aimerions que ce scénario soit pérennisé, même s'il s'agit de compétences des entités fédérées. À la base, elles viennent aussi dans l'art de guérir des compétences de la loi de qualité.

La dernière question de ce *cluster*, qui m'était également adressée, concernait le financement du budget des moyens financiers (BMF) et le problème des lits justifiés par comparaison aux lits de soins intensifs. Il est vrai que, contrairement aux lits réservés aux brûlés, qui sont payés même quand ils sont vides, comme les pompiers, les lits de soins intensifs représentent un pourcentage pondéré par le *case mix* d'activité, autrement dit le type de malades que vous prenez en charge. Dans le cas de chirurgie cardiaque, vous n'aurez pas le même nombre de lits de soins intensifs.

Ce pourcentage est fixe par rapport au nombre de lits justifiés de médecine et de chirurgie. Pour faire bref, cela correspond à une forfaitarisation. Le gestionnaire qui est amené à la performance pour mettre son budget en équilibre ne va pas ouvrir plus de soins intensifs que de besoins en activité normale. C'est pour cette raison que je dis dans la note que le taux d'occupation aiguë de tous les grands hôpitaux belges, tant au nord qu'au sud du pays, se situe entre 90 et 95 % dans les soins intensifs. Si je compare avec l'Allemagne ou la Hollande, le taux d'occupation des soins intensifs varie de 60 à 70 %.

Si je prends la gestion des ECMO en province de Liège, nous en avons transféré plus à Aix-la-Chapelle. Pour le moment, il reste 16 ECMO en fonctionnement dans l'hôpital d'Aachen, alors qu'il en reste en tout et pour tout 7 au CHU et à la Citadelle de Liège, parce que nous n'avons pas

plus de consoles ni plus de lits. Voilà donc un exemple concret, vu du terrain, qui montre qu'il faudrait transiger sur la question, et notamment sur une proposition qui était issue de notre rapport sur le nombre de lits, publié voici deux ou trois ans. Comme l'a dit Carine, on ne parlait pas alors d'un absolu de lits mais des différentes catégories de lits. Carine a parlé de la maternité ou du service pédiatrique, qui sont particulièrement sous-occupés puisque la durée de séjour en maternité est passée de dix jours dans les années 70 à trois ou quatre jours actuellement. Autrement dit, une maternité de 25 lits, qui est le minimum requis, devrait accueillir 2 000 accouchements.

Or, 60 % des maternités ont moins de 2 000 accouchements, pour prendre cet exemple.

De l'autre côté, dans les soins aigus, très clairement... Je l'ai vécu personnellement quand j'ai dû gérer les retours de transfert. Comme vous le savez, sur les 220, 20 ont été transférés en Allemagne et on avait garanti, tant aux hôpitaux qui accueilleraient les patients qu'aux familles, que, quand ils sortiraient des soins intensifs ils auraient l'opportunité de revenir dans une unité COVID de soins aigus. Or, quand les Allemands nous téléphonaient pour qu'on reprenne les patients, à chaque fois, le médecin allemand me disait: "Le patient est catalogué *intermediate care*" et donc *middle care*.

En Belgique, nous n'avons pas cette notion, tant au niveau du financement qu'au niveau normatif, que ce soit au fédéral et au niveau des entités fédérées dont c'est maintenant la compétence. Et là, très certainement, il y a *room for improvement* - je le mets dans la réponse écrite - au niveau du *middle care*. Tant et si bien que, quand le HTSC a publié, dans la phase 2B, une réinterprétation du 2B, en disant: "Vous pouvez combler les besoins de 100 % de lits de soins intensifs en rajoutant jusqu'à 40 % de lunettes à haut débit qui sont des *middle care* en dehors des soins intensifs, des salles d'opération, des salles de réveil ou des salles de soins normaux..." Chez nous, trois unités ont été transformées en soins de *middle care*. Pour ce qui est des normes de financement, on l'a fait pour répondre à la demande mais on l'a fait, pour le moment, *gratis pro deo* et en dehors de normes.

Dans ce type de lits de *middle care*, il faudrait au moins une infirmière spécialisée par quatre lits. Qu'avons-nous fait, puisque nous ne les avions pas? Nous avons dédoublé toutes nos infirmières avec des kinés, car c'était de l'assistance ventilatoire et ils manipulent bien les machines à oxygène et les masques. La surveillance des écrans, le pilotage des masques et l'aide pour retourner les patients en position ventrale étaient

alors faits par des kinés accompagnés d'une infirmière. Nécessité fait loi! Mais là, très certainement, les différentes questions en témoignent et je partage les avis qui ont été émis à ce propos.

Enfin, une dernière question qui me concernait porte sur la différence provinciale. Il est vrai que, quand on regarde le Limbourg et la province de Liège... Vous savez qu'on a trois indicateurs dans nos tableaux de bord. Heureusement, depuis deux semaines, nous avons accès à toutes les données de Sciensano par commune et par province. Nous pouvons donc suivre les tableaux de bord. Malheureusement, nous ne les avons que depuis 15 jours et il aurait été préférable de les avoir depuis le début.

On peut très clairement suivre ces trois indicateurs par province, par hôpital et c'est transparent pour les médecins-chefs depuis que la loi nous a conféré l'autorité de décider. On a dit qu'on ne peut pas décider et trancher un ballottage de risque si on ne dispose pas des données des taux d'occupation de chacun de nos hôpitaux intra- ou extra-provincial. On les a donc depuis quinze jours, et ces trois indicateurs sont le taux d'occupation des lits de soins intensifs, le taux d'occupation des lits de soins normaux et le taux de positivité des tests - ce qui est très important puisqu'il est indépendant du plus ou moins de tests en fonction des réactifs.

Donc, à Liège, le taux de positivité est monté jusqu'à 53 % fin octobre. Dans le Limbourg, ce maximum était de 20 %. Aujourd'hui, cet indicateur est toujours à 16 % entre le Hainaut et Liège qui sont les deux provinces qui sont encore les plus touchées. Il est de 5 et 6% dans le Brabant flamand et le Limbourg, qui sont les deux provinces les moins touchées.

Au niveau du taux d'occupation des soins intensifs, il est toujours de 60 % en lits COVID, tant dans le Hainaut que dans Liège, et il est toujours inférieur à 35 % - mais tout de même de 32 % - dans le Limbourg. On s'échange donc encore quelques patients entre le Limbourg et Liège ces derniers jours.

Et au niveau des taux d'occupation dans les soins normaux, c'est l'indicateur qui est le plus au vert puisque beaucoup de sorties ont été facilitées par les soins de suite dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins.

J'ai été un peu long pour ces réponses qui évidemment me touchent particulièrement sous cette casquette puisque j'ai été dans le bain depuis le 5 mars. Marijke, je te laisse la parole pour

conclure si on a oublié des questions.

Marijke Eyssen: Mijnheer de voorzitter, ik denk dat we de meeste vragen hebben beantwoord.

Ik zal nog even antwoorden op de vraag hoe we omgaan met *conflicts of interest*. Ik kan u verzekeren dat alle researchers van het KCE jaarlijks hun *conflicts of interest* declareren. Bovendien hebben wij ook een zeer strikte procedure om bij al de experts die we contacteren, bij de stakeholders die meewerken en bij andere mensen waarmee we samenwerken voor onze rapporten, systematisch al de *conflicts of interest* op te vragen. We vermelden die ook in de colofon van ons rapport. Iedereen die daarop een zicht wil krijgen, kan gewoon vooraan in het rapport kijken welke potentiële *conflicts of interest* er zijn voor de medewerkers van dat rapport.

Ik denk dat de meeste vragen hiermee zijn beantwoord.

Er is een aantal keren gevraagd of het KCE de studie over de kinderen zal voortzetten. Wij zijn natuurlijk met veel verschillende onderzoeksonderwerpen bezig. We hadden op dat ogenblik een vraag om de besmettelijkheid van kinderen te onderzoeken, maar nadien hebben wij andere onderwerpen behandeld. Het hangt van de prioritering van onderwerpen. Dat onderwerp is intussen ook verder opgenomen bij andere instanties in het covidbeheer. Daarom zijn wij daarop niet verder ingegaan. Zoals we hebben aangeduid, behandelen wij momenteel het thema van *long COVID* en de vragen die komen van de huisartsen, in de eerste lijn, waarop wij op dit ogenblik intensief ingaan.

Een aantal keren is de vraag gesteld of wij voor de woonzorgcentra zaken hebben bestudeerd. Zoals gezegd, wij hebben een aantal onderwerpen behandeld. De specifieke vraag over woonzorgcentra hebben wij niet opgenomen, omdat we moesten prioriteren.

Daarmee zijn heel wat vragen van de parlementsleden beantwoord.

Pierre Gillet: Marijke, d'après mes notes, nous avons répondu à plus de 95 % des questions. Je sais que d'autres organisations ont été plus longues puisque les auditions ont duré quatre heures, alors que la nôtre n'a duré que 3h02! C'est vendredi pour tout le monde. Monsieur le président, devez-vous nous solliciter pour un deuxième round ou bien est-ce que nous pouvons prendre congé en vous remerciant de votre attention?

De voorzitter: Dank u wel voor uw uitgebreide toelichting. Het is interessant dat u vanuit verschillende expertises de vragen hebben benaderd. Dat is een grote meerwaarde. In principe is het laatste woord aan de leden. De leden die nog willen tussenbeide komen, geef ik heel graag het woord. Ik ga de fracties af. Mevrouw Gijbels is dan als eerste aan het woord.

Frieda Gijbels (N-VA): Er wordt aangegeven dat er werk wordt gemaakt om de mogelijke belangenconflicten uit te sluiten of zo goed mogelijk aan te geven. Het is toch verwarrend dat de heer Gillet een paar keer verwees naar studies aan zijn eigen universiteit en daar ook toelichting over gaf. Dat komt misschien omdat daar ook specifieke vragen over gesteld zijn. Anders ben ik toch niet volledig gerustgesteld.

Daarnaast viel mij de uitleg over de communicatie met Lombardije op en dit choqueeerde mij. Het was eigenlijk puur toeval dat er een goede verstandhouding was met een team in Lombardije, waardoor bepaalde informatie werd verstrekt. Dat werd dan doorgegeven aan kabinet. Er moest vanuit worden gegaan dat dat goed terecht kwam en dat er iets mee werd gedaan. Heeft het ECDC op de WHO geen grote steken laten vallen hierbij? Hadden zij niet met veel meer gezag dergelijke signalen moeten oppikken vanuit de landen waar het niet goed ging? Zo zou er een veel duidelijker signaal zijn geweest dat er actie moest worden ondernomen.

De voorzitter: Het is misschien het gemakkelijkste als u hier onmiddellijk op reageert.

Pierre Gillet: Pour le conflit d'intérêts, vous n'êtes pas rassurée, mais moi, c'est par honnêteté, puisque vous m'interrogez en tant que... Dans les questions écrites, vous verrez "ULiège" et "CHU". Et donc j'ai répondu à "ULiège" et "CHU". C'est peut-être parce que je suis trop passionné. Mais rassurez-vous, ce sont toutes des études académiques qui sont non financées, sur fonds propres.

Concernant la Lombardie, nous ne sommes pas maîtres de l'OMS. Je comprends votre interpellation, mais je ne puis y répondre. Peut-être qu'Irina veut rajouter quelque chose.

Irina Cleemput: Nog een kleine toevoeging. Belangrijk om te weten is dat HTA Lombardije een heel kleine cel is binnen hun 'FOD volksgezondheid'. Zij hebben heel weinig gewicht in hun land, omdat ze een onderdeel zijn van een heel grote organisatie. Daardoor is het niet zo evident voor hen om adviezen te publiceren. Ik heb zelfs gezien dat hun uiteindelijk rapport niet is

gepubliceerd. Zij hebben natuurlijk wel veel contacten met andere agentschappen die gelijkaardig werk doen en die adviesverlenend werken, zoals het onze.

Dat is een van de redenen. Omdat zij niet onafhankelijk zijn en omdat zij ingebed zijn in een zeer grote organisatie, hebben zij veel minder gewicht, internationaal, om hun adviezen kenbaar te maken, in tegenstelling tot ons. Ik denk dat wij internationaal heel sterk bekeken worden, omdat wij alles wat we doen publiceren en dat is niet overal zo.

Pierre Gillet: Merci Irina! Monsieur le président, peut-être pouvez vous continuer le tour de table?

Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw Eyssen, ik ben het volledig met u eens dat er nood is aan meer inhoudelijke integratie. Wij hebben heel wat competente mensen die interessant werk geleverd hebben en interessante studies gedaan hebben. Aan de communicerende vaten moet echt wel worden gewerkt, dat is een les die wij kunnen leren.

Ik had van u graag het advies ontvangen dat u hebt overgemaakt rond de griepvaccinatie in april. Is dat mogelijk?

Pierre Gillet: La parlementaire qui vient de s'exprimer demandait de disposer de l'avis que nous avons rentré en avril au sujet de la vaccination.

Germaine Hanquet: C'est un avis confidentiel qui a été envoyé par le Conseil Supérieur de la Santé, de la part des trois agences, au cabinet De Block. Donc, je ne sais pas du tout comment répondre à cette question.

Marijke Eyssen: Als u dat wenst, kunnen wij natuurlijk opnieuw contact opnemen met mevrouw De Block en haar vorige diensten om te vragen welk gevolg er is gegeven aan dat geredigeerde document.

Kathleen Depoorter (N-VA): Voor alle duidelijkheid, het gaat mij niet om het gevolg, dat zullen we onderzoeken in deze commissie. Het gaat mij om het document zelf, opdat de parlementsleden dat kunnen inkijken in deze bijzondere commissie. Dan kunnen we daarmee zelf verdergaan.

Marijke Eyssen: Ik zal zien wat ik kan doen om u op de hoogte te brengen van dat document.

De **voorzitter:** Als dat kan, heel graag. Ik heb u horen zeggen dat het een vertrouwelijk document zou zijn, maar zulke documenten kunnen ook bij

ons dat label krijgen. Dat mag dus geen argument zijn. Misschien kunt u het verder met het secretariaat regelen om ons dat document te bezorgen.

Pierre Gillet: Oui, mais nous ne sommes pas responsables au KCE du codicille confidentiel!

Le **président:** Je comprends.

Een aantal mensen hebben laten weten dat ze niet meer zullen interveniëren. Ik kan dat zelf niet zien, omdat ik niet op Zoom zit.

Ik noteer wie nog aan het woord wil komen. Niemand van Ecolo-Groen, PS, Vlaams Belang, MR of CD&V?

Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dank de sprekers. Wij hebben alle informatie gekregen.

De **voorzitter:** PVDA/PTB is nog altijd niet aanwezig. De sp.a ook niet. cdH?

Ik zie wel iemand met zijn hand omhoog. Mijnheer Rigot?

Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, je vais essayer d'être bref. Merci à tous nos interlocuteurs. Leurs explications nous ont permis d'appréhender pas mal de choses. Je comprends mieux également le choix des études que vous menez directement, notamment en ce qui concerne les urgences, les capacités des services, etc. Certaines études sont menées par d'autres, à d'autres niveaux et leurs conclusions permettent déjà de formuler des avis. Ainsi, l'étude 'mobilité' menée aux États-Unis et celle sur le test salivaire donnent un bel espoir pour le futur chez nous aussi.

En ce qui concerne l'étude 'mobilité', vu la configuration des États-Unis, très différente de la nôtre, vous évoquiez que cette étude démontre qu'il n'est peut-être pas utile de faire un confinement global mais de le faire par zones. Le problème de la Belgique est différent, c'est celui de la densité de population. Notre territoire est petit, nous sommes donc très mobiles. J'aurais voulu avoir votre avis à ce sujet.

Pour le reste, comme vous l'avez dit, il nous manque encore du recul aujourd'hui, des études en suffisance. Plus on disposera d'études, plus nous serons en mesure d'adapter notre stratégie et de développer un '*plan, do, check, act*' nécessaire pour le futur.

Vous avez également évoqué la problématique du

financement des lits. En ce qui concerne le financement des lits, essentiellement en soins intensifs, pourrait-on envisager la création de places-tampons qui seraient des lits de réserve financés, qui pourraient être ouverts ou fermés en fonction des besoins, des pathologies? Est-ce une stratégie qui a déjà été évoquée, ou qu'en pensez-vous, monsieur Gillet?

Au niveau des stages, nous avons bien compris le message et ne manquerons pas de le porter aux entités fédérées. Effectivement, vous avez indiqué qu'une des solutions pour disposer plus rapidement de personnel était de permettre aux infirmiers de réaliser leurs stages sur le terrain en dernière année, qui serait déjà une année rémunérée. Nous ne manquerons pas de mettre cette question à l'ordre du jour.

J'ai encore une question à vous poser: vous avez parlé de l'importance de votre rôle de vulgarisation des propos scientifiques pour permettre aux politiques d'adapter leurs stratégies dans des thèmes qui ne sont peut-être pas à la portée de tous. Existe-t-il des études qui nous permettent d'appréhender au mieux la vulgarisation d'une communication à l'égard des citoyens? On se rend souvent compte qu'on a des difficultés pour obtenir l'adhésion des citoyens parce que le message n'est pas toujours correctement compris et qu'on ne sait pas toujours comment bien communiquer.

Je tiens encore à vous remercier tous et toutes. Il est clair que vous avez encore pas mal de travail mais j'ai deviné à travers vos réponses un grand volontarisme, beaucoup de courage et de détermination. J'adresse un message en particulier à M. Gillet: en tant que Liégeois, décidément, vous faites partie des 'valeur(e)ux Liégeois'. Bonne continuation à tous.

Pierre Gillet: Pour répondre à la question de la mobilité, New York n'est bien sûr pas Liège... Quoi que!

Blague à part, je pense que ces études sont intéressantes. Il s'agit de *big data*. Quand on examine, dans la finesse de leurs *points of interest* dans les critères de mobilité, pour ne prendre que l'autobus par exemple, le fait qu'on n'ait pas dédoublé les bus dès la mi-octobre comme suggéré par les scientifiques dont je fais partie, est une erreur, selon moi. Les gens pauvres n'ont pas accès aux voitures. La géographie du Limbourg et de la vallée de la Meuse, en termes de déplacements de population, ce n'est pas New York mais il y a plein de facteurs transposables en ce qui concerne la micro-mobilité par quartiers.

Il y a eu un très gros *cluster* à Droixhe et à Jupille.

Quand on voit l'architecture urbaine de mobilité, on a la réponse à pourquoi il y a eu une traînée de poudre du virus dans ces quartiers. Dès lors, même si cette étude a été réalisée aux États-Unis, il y a de nombreuses leçons à tirer pour nous en matière de mobilité dans les différents quartiers de Bruxelles. Il est évidemment plus facile de réaliser une analyse a posteriori mais profitons-en.

Concernant le financement des lits-tampons, j'en ai parlé pour le financement des grands brûlés. À la fois pour le *middle care* et une partie des lits de soins intensifs, au-delà d'une certaine taille, il faudrait un financement structurel, qui n'existe pas aujourd'hui. Le financement des lits intensifs est à 100 % lié au financement des lits justifiés. Donc, dès le début de la crise, on a été saturé très vite. Je le suggérerais dans les analyses futures du BMF.

Concernant la vulgarisation, je pense que nous avons réalisé quelques études sur ce qu'on appelle l'*empowerment* et la littératie. Vous pouvez les relire, si vous le souhaitez. Vous trouverez peut-être une réponse à vos questions.

Marijke Eyssen: Concernant la vulgarisation de la communication, je suis tout à fait d'accord. C'est très important. Je pense que pour l'instant, on y fait plus attention. Le commissaire corona a en tout cas bien l'intention de tenir compte de cet aspect très important.

Il faut savoir que le KCE participe à la *task force* relative à la stratégie de vaccination. Notre expérience en termes de communication, communiqués de presse, etc. est importante et je pense que cette expérience sera utile.

Le président: Merci pour vos réponses. Madame Fonck, vous souhaitez ajouter quelque chose?

Catherine Fonck (cdH): Oui, merci, monsieur le président. J'avais demandé quand l'étude sur les cas de *long COVID* serait disponible.

Par ailleurs, je me suis rendu compte, au fur et à mesure des années, qu'après le travail réalisé par le KCE, il y a un passage par le conseil d'administration. Je viens d'aller revoir la composition du conseil d'administration, qui pour moitié, est composé de politiques. Donc, on pourrait se demander s'il est normal que vos études sont examinées par un conseil d'administration constitué à 50 % de membres de l'exécutif, qui peuvent tenter de faire changer des recommandations. Si tel est le modèle choisi, je trouve qu'il faudrait préciser si les recommandations scientifiques ont été modifiées après le passage au conseil d'administration, notamment sous l'impulsion des politiques.

Intellectuellement, sur le plan scientifique, je trouve que cela devrait être stipulé. On n'imagine pas une étude de *Nature* ou du *New England* dont les recommandations seraient adaptées à la suite de demandes politiques au sein d'un conseil d'administration. Par rapport à l'indépendance et à la rigueur scientifique du KCE, il s'agit d'un élément interpellant. Je vous remercie.

Marijke Eyssen: Ik zal op die vraag kort antwoorden en daarna het woord geven aan Christophe Janssens voor uw vraag in verband met de publicatie van de studie over *long COVID*.

In verband met de raad van bestuur wil ik er eigenlijk op wijzen dat wij op dit ogenblik in een nagenoeg unieke situatie zitten. Uiteraard zijn er heel wat afgevaardigden van het kabinet, maar ook van de verschillende overheidsadministraties. Daarnaast zijn echter ook de belangrijkste stakeholders op het terrein vertegenwoordigd. Dat gaat om vertegenwoordigers van de artsen, van de verpleegkundigen, van de patiënten, van de ziekenhuisorganisaties enzovoort. Dat is heel bijzonder voor onze raad van bestuur, en wij ervaren dat als een enorme rijkdom. Daarom staan we er ook op dat die werkwijze zou kunnen behouden worden.

Vooraleer onze studies aan de raad van bestuur worden voorgelegd, worden ze eerst door drie onafhankelijke wetenschappelijke validators gevalideerd. Dat betekent dat het eigenlijke wetenschappelijk werk wordt gevalideerd door wetenschappers. Nadien wordt het voorgelegd aan de raad van bestuur, maar de raad van bestuur respecteert zeer goed dat de eigenlijke validatie van het wetenschappelijk werk in eerste instantie bij onze onafhankelijke validators ligt.

Nadien worden de aanbevelingen die voortkomen uit dat wetenschappelijk werk voorgelegd aan de raad van bestuur, maar daarover wordt gediscussieerd in aanwezigheid van het wetenschappelijk team. Daarbij is de basisregel dat nooit tegen de wetenschappelijke evidentie wordt ingegaan. In de praktijk hebben we ondervonden dat de rijkdom aan stakeholders in onze raad van bestuur ervoor zorgt dat steeds een evenwichtige oplossing wordt gevonden voor een vraag die van een bepaalde doelgroep komt. Daarbij zou potentieel een bepaalde motivering kunnen meespelen, maar door de rijkdom aan stakeholders leidt dat in de praktijk meestal tot een zeer interessante discussie en komen we over het algemeen tot een evenwichtige verhouding tussen al die verschillende belangrijke partijen in onze raad van bestuur. Dat is de manier waarop in de praktijk onze organisatie haar aanbevelingen

formuleert. Ik ben ervan overtuigd dat het op een zeer evenwichtige manier kan gebeuren.

Pierre Gillet: Concrètement, je voudrais préciser à Mme Fonck que contrairement à ce qu'elle laisse présupposer, c'est plutôt une force. En effet, les représentants de l'exécutif sont minoritaires au sein du conseil d'administration.

Catherine Fonck (cdH): Les administrations représentées dépendent directement de l'exécutif. Mais ne rentrons pas dans les détails...

Pierre Gillet: Attendez, je n'ai pas terminé. Ils sont minoritaires. Mais vous avez raison, il y a l'INAMI, le SPF et les Affaires sociales. Mais nous sommes une organisation publique à 100 % financée par l'INAMI et le SPF. Nous avons une autonomie des votes au conseil d'administration. Je ne connais pas beaucoup d'organismes publics purs à 100 % financés par le secteur public ayant une telle diversité au sein du conseil d'administration, et où les pouvoirs publics au sens politique du terme n'ont pas la majorité.

Toutes les études font l'objet d'un vote, vous avez raison. Certaines études font l'objet d'oppositions, généralement minoritaires. Sur l'ensemble des études, une seule étude de 2005 sur le financement des hôpitaux a fait l'objet d'une majorité contre les recommandations de l'étude. Le corpus scientifique a été publié mais pas le corpus des recommandations par le conseil d'administration. À cette époque, le pouvoir exécutif était du côté du vote pour. C'est pour vous dire que l'autonomie n'est pas un vain concept. Je sais que quand on examine a priori la composition du conseil d'administration, on peut se faire la même réflexion que vous, madame Fonck. Cependant, je pense que l'équilibre est bon. Cela fait dix-huit ans que je suis président du conseil d'administration et comme dit Marijke, il y a une confrontation au sein du conseil d'administration qui peut choquer les scientifiques parfois. Dans les trois validateurs scientifiques, il y a toujours au moins un validateur international. Dans la dernière étude citée dans notre rapport écrit, il y a trois validateurs internationaux en ce qui concerne le HTSC (*hospital and transport surge capacity*).

Christophe, tu peux peut-être intervenir concernant la date de disponibilité demandée par Mme Fonck?

Christophe Janssens: Si c'est une date précise que vous attendez, vous allez être déçus. Comme je l'ai dit tout à l'heure, on est dans le démarrage de cette étude. Le planning est en cours d'élaboration.

Par contre, je voudrais insister sur ce qui vient

d'être dit et le rappel concernant tous les cycles de l'étude, depuis sa phase de sélection dans le programme à la suite d'une proposition qui peut émaner de différents créseaux, les phases de développement de la recherche, jusqu'aux phases de validation qui viennent d'être expliquées.

Comme l'a expliqué Pierre tout à l'heure, c'est un processus qui peut prendre de six à quinze mois. Ce sont des études de longue durée et c'est ce qui fait leur force et leur valeur scientifique. Madame Rohonyi expliquait tout à l'heure à quel point les études KCE pouvaient soutenir votre travail en tant que parlementaire. Je suis persuadé que c'est grâce à l'important travail réalisé par nos experts et le temps investi pour y arriver. Toutes ces différentes phases aboutissent à un produit scientifique robuste.

Si on veut appliquer tout ce processus au travail que Germaine et son équipe sont en train d'entamer, on peut imaginer une publication de l'étude au plus tôt en décembre 2021. Évidemment, vous me direz que c'est trop tard. C'est là où je veux en venir. L'année 2020 est exceptionnelle à bien des égards et aussi au niveau des termes et de la réactivité dont le KCE doit faire preuve. C'est dans ce cadre-là que nous cherchons tous les jours des solutions qui constituent le bon compromis entre la rigueur scientifique à obtenir et la réponse que le terrain attend, non pas dans un an mais à court terme.

Ici, nous prévoyons donc une formule qui permettrait de délivrer progressivement les résultats de notre recherche pour faire avancer la connaissance sur le *long COVID*. Nous nous sommes fixé un premier objectif: le conseil d'administration de mars 2021, je m'avance un peu et je vois Germaine qui sourit l'air de dire "encore un peu de pression". Nous essaierons en tout cas de fournir en trois mois les éléments qui permettront de faire avancer les choses.

Pierre Gillet: Monsieur le directeur adjoint, ne profitez pas de cette occasion pour nous mettre encore plus de pression. (*Sourires*)

Christophe Janssens: Non, ce n'est pas le but. J'en termine. L'idée est donc d'aboutir à terme à un produit servant de référence et ayant une valeur scientifique solide au profit de la communauté scientifique, des patients et des thérapeutes. Entre-temps, il s'agit d'amener déjà des solutions pour répondre aux besoins du terrain, tant les patients concernés que les soignants qui font de leur mieux pour prendre en charge cette pathologie émergente. Notre premier objectif est de mettre ces conclusions à disposition. Nous allons élaborer un projet itératif qui aboutira au final à une

évaluation scientifique sûre et qui répondra en même temps aux besoins urgents. Voilà la flexibilité mise en place depuis la situation de crise que nous connaissons. Je vous remercie.

Le président: Je suppose que cette réponse vous satisfait, madame Fonck. Mme Rohonyi n'est plus là.

Dat betekent dat we deze vergadering kunnen afronden.

Ik wil jullie heel graag bedanken voor jullie deelname. Het was een heel boeiende hoorzitting.

Pierre Gillet: Monsieur le président, je voudrais juste ajouter un mot pour remercier le taux de présence des parlementaires. Nous avons commencé à 30 et nous terminons à 28 quelque trois heures 45 plus tard. Je voudrais donc également remercier les parlementaires d'avoir supporté nos débats.

De voorzitter: Het is een heel gemotiveerde commissie. Ik ben daar ook blij mee. Het is de bedoeling dat wij hard werken, want we hebben een belangrijke opdracht gekregen.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.30 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 30.