

1° PRÉPARATION FÉDÉRALE ET APPROCHE DE LA CRISE SANITAIRE À GRANDE ÉCHELLE / 1° ANTICIPATION ET GESTION DE CRISE SANITAIRE DE GRANDE AMPLEUR AU NIVEAU FÉDÉRAL

- Was u betrokken in het opstellen van het pandemieplan in 2005/2006?

België heeft eind 2005 en begin 2006 een operationeel noodplan voor een griepandemie uitgewerkt. Dit gebeurde door het Interministerieel Commissariaat Influenza (I.C.I.) in samenwerking met medewerkers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV). De Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken, de Federale Overheidsdienst Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, het Ministerie van de Franse Gemeenschap, het Ministerie van de Duitstalige Gemeenschap, het Ministerie van het Waalse Gewest en het Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werden hierbij betrokken. Er werd een Interministerieel Coördinatiecomité Influenza opgericht met vertegenwoordigers van de Gemeenschappen en de Gewesten, dat ondersteund werd door ambtenaren van de FOD Volksgezondheid en een beroep kon doen op de departementale crisiscellen, voorzien in art. 5 van de bijlage bij het KB van 31 januari 2003 voor noodplannen, die een coördinatie op nationaal niveau vereisen. Een Stuurgroep Influenza was voorzien, alsook een Wetenschappelijk Comité Influenza dat samenwerkte met de Hoge Gezondheidsraad en met het Wetenschappelijk Comité van de FOD Volksgezondheid.

- Welke rol had u daarin?

De Raad (anciennement CSH*) werd niet rechtstreeks betrokken bij het uitwerken van het plan, maar werd wel om advies gevraagd wat leidde tot een drietal adviezen tegen de griep (CSH-8115-8137-8144). Daarin werd o.a. aanbevolen de vaccinatie tegen seizoengebonden menselijke influenza voor te stellen aan beroepsfokkers van gevogelte en varkens alsook hun familieleden die onder hetzelfde dak wonen evenals aan personen die door hun beroep met levend gevogelte en levende varkens in contact komen.

A l'époque, les Présidents des domaines « Vaccination / Infectiologie » étaient Jean Plum (UZGent) et Jack Lévy

En 2003 le CSH-7919 « Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène relatif à la prise de mesures d'isolement lors de maladies infectieuses très contagieuses »

En 2004 le CSH-8034 « Réponses aux questions relatives au « Pandemic Influenza Preparedness Plan »

En 2005 le CSH s'est aussi occupé d'un avis/reco sur l'isolement des maladies contagieuses (dont le SARS faisait déjà partie)

*Conseil Supérieur d'Hygiène

- Heeft u nu nog een rol in de "preparedness planning"?

Oui, via les demandes d'avis reçues du Politique, du SPF, la participation à certaines réunions du RAG ou via des avis de propre initiative, le CSS est toujours impliqué dans des avis scientifiques liés à la préparation de beaucoup de plans d'urgence (accident nucléaire, CBRN, etc.) et des stocks stratégiques (matériel de protection, médicaments, respirateurs, etc.). Le Conseil n'a pas la compétence de décider et de planifier mais émet des recommandations scientifiques en la matière.

- Wanneer werd u betrokken in de huidige crisis?

05/02/2020 : Le point COVID est mis systématiquement à l'OJ du Bureau du CSS et des réunions de coordination scientifique avec les objectifs suivants : Quels avis antérieurs peuvent servir à la crise actuelle et sont toujours à jour ? Quels avis en cours doivent être accélérés au vu de la crise COVID ? Décision du Bureau et du Collège du CSS de ne pas communiquer publiquement ses avis de crise afin de centraliser au maximum la communication de crise vers le public et les acteurs de terrain par les Autorités → Lessons learned crise Ebola

27/02/2020 : Premières questions des Autorités au CSS et à d'autres organes d'avis RAG, SPF, AFMPS, etc. (masques, matériel corporel humain, don de sang)

28/02/2020 : Tous les domaines sont mobilisés et font le tour de la question dans leurs compétences pour préparer des notes ou avis urgents en plus des 3 questions posées

02/03/2020 : Retransfert des avis CSS validés qui sont toujours pertinents pour la gestion de crise

04/03/2020 : Première version urgente de la note masques CSS-9577 envoyée aux Autorités

06/03/2020 : Première version urgente de la note Matériel Corporel Humain CSS-9580 envoyée aux Autorités

Etc.

- Hoe verliep de samenwerking met de RMG en RAG? waar zaten de pijnpunten en op welke vlakken liep het goed? Was de rolverdeling in het crisisbeheer duidelijk?

- **RMG-Autorités de gestion de crise** : Au début de la crise, les points de contacts avec le RMG et le Cabinet Santé publique étaient bien définis et permettaient un transfert rapide des avis du CSS vers les Autorités. Il était compliqué pour le CSS, par moment, d'avoir un retour du RMG ou du Cabinet sur les avis produits, leur utilité, leur communication par les Autorités et les décisions prises sur base de ces avis car le CSS n'était pas directement impliqué dans les réunions du RMG. Avec la mise en place d'une coordination fédérale (CNS) par le centre de crise et la création de multiples organes d'avis et de coordination des Autorités, les choses ont été de plus en plus complexes et les voies de communication des avis CSS moins bien identifiées. Il était compliqué pour nous d'identifier les bons canaux de diffusion de nos avis. La nomination du Dr Yves Van Laethem, membre du Bureau du CSS et Président du NITAG Vaccination belge, comme membre du CELEVAL et porte-parole fédéral a aidé à surmonter cette complexité et à maintenir un contact entre les Autorités et le CSS. Les contacts personnels avec les acteurs clés impliqués dans la gestion de crise ont également permis de surmonter, par moment, les difficultés.

→ La structure politique et administrative belge est beaucoup trop complexe et morcelée pour gérer efficacement une crise sanitaire de cette envergure.

→ La création permanente de nouveaux Comités scientifiques, Structures de coordination, Taskforces, etc. à cause de la complexité du système belge et des enjeux à coordonner au niveau national rend le processus de décision, la transparence, l'indépendance et au final la communication vers le public et les acteurs de terrain beaucoup trop complexe et peu efficace.

- **RAG-Organes d'avis scientifique** : Au début de la crise, il y avait peu de contacts entre le RAG et le CSS. Les instances travaillaient de manière assez isolée et donc cela a produit un manque d'uniformité et de coordination des questions posées par les Autorités et les avis rendus en urgence. Cela a été surtout le cas sur les avis masques et la procédure des pratiques funéraires. A partir du début du mois d'avril 2020, les personnes clés au sein du CSS, RAG, Sciensano ont été identifiées en fonction des sujets et nous avons alors travaillé en commun sur les sujets traités par les deux instances (masques, pratiques funéraires, procédure dentistes, imagerie médicale et dépistage, vaccination, etc.). Les méthodes de travail sont différentes et il n'a pas été toujours facile de collaborer au vu des urgences et parfois de la complexité des questions mais rien d'insurmontable et les liens se sont renforcés.

→ Continuer à renforcer la collaboration entre Sciensano-CSS-KCE et d'autres organes d'avis scientifiques fédéraux en Santé.

→ Garantir au maximum l'indépendance et la transparence des avis scientifiques par rapport aux décisions finales prises par les Autorités en mettant en commun les bonnes pratiques et en les uniformisant au sein des organes d'avis.

- Welke adviezen heeft u gegeven tijdens het verloop van de covidcrisis?

Ci-dessous, sont listés uniquement les documents CSS liés à la crise COVID. Bien entendu, en fonction des disponibilités des scientifiques et des experts externes, le CSS a continué à travailler pour assurer ses avis routine, ses avis avec obligation légale et d'autres projets en cours ou jugés prioritaires pour l'après crise. Les autres avis publiés et non liés au COVID pendant cette période sont sur notre site web :

<https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante>

En ce qui concerne les documents COVID (les documents surlignés sont ceux pour lesquels nous sommes toujours actifs en ce moment)

- CSS-9526 : Gamers (avis public) – santé mentale des jeunes joueurs en confinement en suite à celui de 2017 (Avis 9396 - Jeu pathologique) de l'avis de Santé Mentale et COVID 9589
- CSS-9529 : Stocks stratégiques pandémie influenza (notes urgentes non publiques)
- CSS-9552 : Pharmaceuticals CBRN (avis public – version light)
- CSS-9562 : Vaccination pneumo adultes (avis public)
- CSS-9577 : Masques (3 notes urgentes non publiques – 2 avis conjoints RAG publics)
- CSS-9579 : Sécurité du système transfusionnel belge (avis public – communiqué par l'AFMPS vers les acteurs de terrain)
- CSS-9580 : Sécurité du Matériel Corporel Humain (2 notes urgentes non publiques communiquées par l'AFMPS aux acteurs de terrain)
- CSS-9583 : Pratiques funéraires (1 note urgente non publique – 1 procédure commune publique avec RAG)
- CSS-9585 : Zoonose (1 note urgente confidentielle d'alerte – Thématique reprise ensuite par un groupe spécifique de l'AFSCA)
- CSS-9586 : Déclaration pandémie (1 avis urgent non public → obligation légale pour le CSS)
- CSS-9587 : Dépistage et imagerie médicale (2 versions urgentes non publiques – 1 avis public)
- CSS-9588 : Cadre éthique et juridique en cas de pénurie de respirateurs (avis public) → **Collaboration avec le CCBB en cours**
- CSS-9589 : Impact du Covid sur la Santé Mentale (avis public) → **Actualisation en cours**
- CSS-9590 : Linge dans les hôpitaux (note urgente non publique transférée aux acteurs de terrain)
- CSS-9592 : Vaccination grippe (1 note urgente non publique – avis complet public)
- CSS-9593 : Tunels Ozone et Covid (avis public)

	<ul style="list-style-type: none"> • CSS-9594 : UV et Covid (avis public) • CSS-9595 : Matériel de protection (note urgente non publique) • CSS-9507-9611 : Stratégie de vaccination COVID (avis public) → Collaboration avec la Task Force et le CCBB en cours • CSS-9598 : Procédure dentistes (procédure commune RAG publique) • CSS-9599 : Ventillation (avis public) → Actualisation en cours • CSS-9601 : Procréation Médicalement Assistée et Covid (note urgente non publique envoyée par l'AFMPS aux acteurs de terrain) • CSS-XXXX : Projet « covid 19, environnement et durabilité » <p>- werden deze adviezen ter harte genomen en omgezet in beleid?</p> <p>Difficile de répondre précisément à cette question mais nous l'espérons sincèrement au vu du travail engagé par notre équipe et les experts du réseau.</p> <p>→ Oui, très certainement en ce qui concerne le matériel de protection, les masques, l'imagerie médicale, les dentistes, la ventilation et la vaccination, la transfusion sanguine (via AFMPS), le matériel corporel humain et la Procréation Médicalement Assistée (via AFMPS).</p> <p>→ Probablement pour l'Ozone, les UV, les pratiques funéraires, la sécurité du linge dans les hôpitaux.</p> <p>→ Non (ou pas assez encore ?) pour la santé mentale. Une actualisation est en cours pour compléter les données publiées depuis, élargir le groupe d'experts impliqués, appliquer une méthodologie DELPHI et impliquer plus activement les Autorités politiques et administratives du fédéral (SPF) et des Communautés et Régions via notamment une collaboration avec le nouveau Commissaire Corona et ses services.</p> <p>- werden alle adviezen gepubliceerd op de website van de HGR? zo neen, waarom niet?</p> <p>Tous les avis qui ont passé l'ensemble des procédures internes de validation par le groupe de travail et le Collège et qui ont respecté la procédure interne de gestion des conflits d'intérêts sont publics sur notre site. Pour différentes raisons, le Collège ou le Bureau du CSS peuvent décider de ne pas rendre publics certains documents qu'il émet à l'attention des Autorités. Les raisons principales sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les avis sur des produits spécifiques protégés par des brevets ou la propriété intellectuelle (compléments alimentaires, eaux, systèmes de traitement de l'eau contre la légionellose, procédure de recours CAB, etc.) → activités de routine du CSS. • Tous les avis sur une proposition de modification d'un AR jusqu'à publication de cet AR au Moniteur belge. • Les notes urgentes qui n'ont pas, de part leur caractère urgent, passé toutes les étapes de validation classique d'un avis. Certaines notes, aboutissent au final à un avis public ou sont arrêtées car plus d'intérêt de poursuivre le travail par la suite. • Les notes ou avis dont le Collège estime, lors de l'approbation, qu'ils doivent rester confidentiels pour des raisons claires de sécurité nationale ou parce que le contenu du document n'est pas jugé, au moment de l'approbation, utile à d'autres acteurs de terrain que les autorités qui ont posé la question au départ. <p>→ Bien entendu, comme toutes les administrations, la Loi sur la transparence des documents administratifs s'applique au CSS et les documents sont transmis selon les procédures classiques en vigueur et ce à la demande.</p> <p>→ Voir détail du caractère public des documents liés au COVID ci-dessus.</p>
	<p>- Comment jugez-vous la préparation de notre pays à l'émergence d'une pandémie comme celle-ci ?</p> <p>Le Conseil Supérieur de la Santé est un réseau de plus de 1.800 experts belges et étrangers. Il est donc impossible de répondre à cette question en tant que CSS et de représenter l'avis de l'ensemble des experts. De plus, il n'est pas dans les missions du CSS d'évaluer les décisions politiques et administratives liées à la crise COVID actuelle et sa préparation.</p> <p>- Comment expliquez-vous que le Plan Pandémie élaboré en 2006, mis à jour en 2009, n'ait plus été actualisé depuis lors ?</p> <p>Nous ne sommes pas en charge d'élaborer un Plan Pandémie pour la Belgique et donc nous ne pouvons pas expliquer pourquoi il n'a pas été mis à jour depuis.</p>

- Avez-vous (eu) un rôle à jouer dans la rédaction d'un tel plan ?

Déjà répondu en partie plus haut.

Oui, via les demandes d'avis reçues du Politique, du SPF, la participation à certaines réunions du RAG ou via des avis de propre initiative, le CSS est toujours impliqué dans des avis scientifiques liés à la préparation des plans d'urgence (accident nucléaire, CBRN, etc.) et des stocks stratégiques (matériel de protection, médicaments, respirateurs, etc.). Le Conseil n'a pas la compétence de décider et de planifier mais émet des recommandations en la matière.

- Estimez-vous disposez de suffisamment de moyens, humains notamment, pour intervenir dans le cadre d'une gestion de crise comme nous la connaissons ?

Depuis plus de 170 ans, le Conseil Supérieur de la Santé émet, grâce à son réseau de plus de 1.800 experts externes, des avis aux Autorités dans tous les principaux domaines de la Santé Publique, du bien-être et de l'environnement. Nos forces sont : le consensus d'un groupe d'experts représentatifs (pas un expert individuel sur un plateau de TV), une analyse importante de la littérature (références scientifiques listées), la multidisciplinarité (liste nominative des experts impliqués à la fin des avis avec leurs expertises et affiliations) et une procédure stricte d'analyse des intérêts et de gestion des conflits d'intérêts potentiels (déclarations publiques et analyse par une Commission de Déontologie indépendante) et ce de manière flexible en fonction des délais demandés.

Dans le cadre de cette crise, plus de 20 avis et notes urgentes ont été élaborés par le réseau des experts du Conseil. Cela a été coordonné par une petite équipe de 10 scientifiques internes (épaulés par une équipe administrative et le management) dans des conditions extrêmes (délais courts, vidéo-conférence, mail, téléphone, indisponibilité croissante de certains experts occupés sur le terrain, etc.) et ce grâce à l'implication, la disponibilité, la flexibilité et la force du réseau. Vu ce nombre d'avis et les différents sujets traités en urgence dans quasi tous les domaines, nous pensons que cela démontre l'utilité et l'efficacité de notre institution et de son personnel.

Avec plus de moyens humains et financiers complémentaires, il aurait été, sans aucun doute, possible de faire encore plus et plus vite mais ces moyens ne sont pas mis à notre disposition actuellement. De plus, au lieu de renforcer les structures existantes, le politique et les administrations créent sans cesse de nouveaux organes d'avis scientifiques, de nouvelles structures au fédéral et dans les Communautés et Régions. Cela n'a pas de sens pour nous au vu de ce qui existe déjà et de la taille de la Belgique. Cela rend la coordination de ces acteurs, le processus de décision et au final la communication vers le public et acteurs de terrains quasi impossible surtout en temps de crise. En plus, ces « nouveaux » organes d'avis ne bénéficient pas de l'expérience des institutions en place en termes de bonnes pratiques d'émission d'avis scientifiques et d'indépendance. On ne récupère pas 170 ans d'existence en quelques mois d'activité de crise.

- Quel est votre sentiment par rapport à la gouvernance de crise dans notre pays ?

Le Conseil Supérieur de la santé est un réseau de plus de 1.800 experts belges et étrangers. Il est donc impossible de répondre à cette question en tant que CSS et de représenter l'avis de l'ensemble des experts. De plus, il n'est pas dans les missions du CSS d'évaluer les décisions politiques et administratives liées à la crise COVID actuelle. Au vu de la complexité du système politique et administratif belge et du nombre d'organes d'avis scientifiques fédéraux et dans les Communautés et Régions, le CSS a beaucoup de mal à identifier les bons interlocuteurs et à porter les recommandations scientifiques de son réseau d'experts. Beaucoup de temps est perdu à tenter de se coordonner plutôt qu'à réagir, analyser, décider et appliquer les actions utiles et efficaces à la gestion de la crise en elle-même et ce à tous les niveaux (scientifiques, administratifs et politiques).

- Comment jugez-vous la collaboration entre les différents organes scientifiques, organes de gestion de crise et groupes de travail mis en place ?

Déjà répondu plus haut

- Quelles difficultés avez-vous pu rencontrer dans le cadre du travail que vous avez dû mener pendant cette crise ?

Déjà répondu plus haut

De Hoge Gezondheidsraad heeft als missie wetenschappelijke adviezen uit te brengen die zowel voor beleidsmakers als voor gezondheidswerkers als leidraad kunnen dienen. Kan u een overzicht geven van de door uw diensten uitgebrachte adviezen in het kader van de aanpak van de coronapandemie.

Was de Hoge Gezondheidsraad op de hoogte van de vernietiging in 2015 en 2018 van de gehele stock aan mondmaskers? Zo Ja, hoe en wanneer zijn u en uw diensten hiervan op de hoogte gebracht? En wat was de reactie of initiatief van de Hoge Gezondheidsraad hierop?

- La mission du CSS est de fournir des conseils scientifiques qui peuvent servir de guide à la fois aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Pouvez-vous donner un aperçu des conseils donnés par vos services dans le contexte de l'approche de la pandémie corona ?

Déjà répondu plus haut

- Le CSS était-il au courant de la destruction en 2015 et 2018 de l'ensemble du stock de masques buccaux ? Si oui, comment et quand avez-vous été informés, vous et vos services ?

Oui, par voie de presse

- Et quelle a été la réaction ou l'initiative du Conseil à cet égard ?

1) Donner une priorité plus importante aux avis en cours (demandés par les autorités) qui traitaient des stocks stratégiques en général et des masques en particulier via :

- CSS-9552 CBRN (demande du 11/01/2016 → avis envoyé le 27/03/2018) ;
- CSS-9529 : Stocks stratégiques pandémie influenza (demande du 18-12-2018 → avis envoyé le 23/05/2019 + compléments le 24/09/2019)
- Retransfert de ces avis le 02/03/2020

2) Donner une absolue priorité aux questions posées sur les masques et le matériel de protection en temps COVID via :

- CSS-9577 : Masques - 3 notes urgentes non publiques – 2 avis conjoints RAG publics (demande du 27/02/2020 → v1Urgente envoyée le 04/03/2020)
- CSS-9595 : Matériel de protection - note urgente non publique (demande 26-29/03/2020 → v1Urgente envoyée le 04/05/2020)
- CSS-9598 : Procédure dentistes - procédure commune RAG publique (demande du 01/05/2020 → publiée par RAG le 19/05/2020)

Wat zijn de concrete bevoegdheden van de HGR? Hoe worden deze bevoegdheden ingevuld? Is er een controleorgaan aanwezig? Is er controle van het ministerie? Hoe ziet de samenstelling van de HGR eruit? Wie stelt het personeel aan? Hoe is de interne hiërarchie precies geregeld? De HGR werkt met eigen medewerkers, en externe experts. Wie zijn die eigen medewerkers precies? Hoelang bekleden zij hun mandaat? Is er een samenwerking tussen de eigen medewerkers en de experts of helemaal niet? Zo ja, hoe verloopt deze samenwerking precies? De experts worden benoemd voor 6 jaar. Kan deze termijn vernieuwd worden? Wat is het maximumaantal termijnen dat een expert kan blijven zitten? Hoe wordt ervoor gezorgd dat nieuwe, jonge experts ook hun kans krijgen? Hoe wordt de onafhankelijkheid van deze externe experts gewaarborgd, ook in geval van nauwe samenwerking? De HGR doet beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 1500 experts waarvan er 300 tot expert benoemd zijn bij KB Op basis van welke criteria worden zij gekozen? Er is een college dat een deel van de externe experts aanstelt. Hoe wordt dit college samengesteld? Wie kiest de leden van dit college? Kan iedereen expert worden bij de Hoge Gezondheidsraad? Zijn er bepaalde criteria waar men aan moet voldoen? Zijn er naast de samenwerkingen met het ministerie en de externe experts, ook samenwerkingen met andere organen? Zoja, welke organen? Hoe evalueert u de werking van de HGR tijdens de covidcrisis? Hoe zou de werking volgens u beter/efficiënter kunnen verlopen? Zijn er al bestaande procedures voor de werking van de HGR tijdens een pandemie? Zoniet, zal daar werk van gemaakt worden voor in de toekomst? Bent u van oordeel dat het HGR werkelijk invloed gehad op de beslissingsprocedure volgens u? Zo ja, kunt u daar dan een voorbeeld van geven? Zo niet, waarom niet volgens u?

Voici un aperçu du fonctionnement, des principales structures, procédures et réglementations du CSS. Tout est disponible sur notre site Web via :

<https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante>

Le Conseil Supérieur de la santé (CSS) est l'organe d'avis scientifique du SPF Santé Publique Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Il a pour double objectif d'aider dans leur quotidien, les professionnels de la santé, ainsi que de conseiller le monde politique et les autorités, via l'élaboration de ses avis, établis en toute indépendance et impartialité. Ces avis sont consultatifs et n'ont pas force de loi par eux-mêmes. Toutefois, certaines réglementations rendent des recommandations du Conseil obligatoires (par exemple dans le secteur de maîtrise des infections pendant les soins).

Mission

Dans le but de garantir et d'améliorer la santé publique, le Conseil formule des avis scientifiques afin de guider les décideurs politiques et les professionnels de la santé. Grâce à son réseau d'experts et ses collaborateurs internes, le Conseil se base sur une évaluation multidisciplinaire de l'état actuel de la science pour émettre des avis impartiaux et indépendants. Le Conseil élabore ses avis sur demande ou de sa propre initiative et les publie.

Vision

En phase avec l'actualité de la santé publique, le Conseil constitue un centre d'excellence scientifique. Les autorités et les professionnels de la santé reconnaissent le Conseil pour la qualité de sa contribution à leurs tâches. Dans un climat stimulant et valorisant, ses experts et son personnel développent et communiquent ses activités chaque jour davantage.

Valeurs

Science – Expertise – Qualité – Indépendance – Impartialité – Transparence

COMPOSITION DU CSS

Direction : Président : Prof. Jean Nève / Vice-présidents: Prof. Hilde Beele / Prof. Patrick De Mol

Experts externes : Le Conseil Supérieur de la Santé peut faire appel à un réseau de 1.400 à 1.800 experts belges et étrangers, invités en fonction des dossiers et questions dans les groupes de travail. 300 de ces experts sont nommés par arrêté pour 6 ans et forment le noyau du réseau. Les experts siègent à titre personnel et ne représentent personne d'autre qu'eux-mêmes. Ils sont bénévoles et perçoivent uniquement des jetons de présence et remboursements des frais de déplacements de montants très réduits. Ceux qui rédigent des rapports reçoivent un défraiement forfaitaire par heure.

Collège : Le Collège est composé de 30 membres choisis parmi les 300 experts nommés et nommés par arrêté pour 3 ans. Le Collège est l'organe de décision du Conseil et se réunit chaque mois. Il forme des groupes de travail d'experts chargés de formuler des avis et publications. Les avis et publications émis par les groupes de travail sont soumis pour validation au Collège.

Bureau et secrétariat : Le Bureau, comprend le président, les deux vice-présidents, le coordinateur, le coordinateur secrétaire scientifique et le coordinateur secrétaire administratif. Il assure le bon fonctionnement du Conseil. Les mandats du Président et des deux vice-présidents sont de 3 ans renouvelables. Le Bureau s'est récemment élargi à 3 membres expérimentés du Collège. Le Conseil est soutenu par un secrétariat scientifique et un secrétariat administratif. Ce secrétariat est abrité par le SPF Santé publique qui fournit l'hébergement, le personnel (20 personnes) et les services de supports et d'encadrement.

Domaines d'activités : Le Conseil Supérieur de la Santé est compétent pour toutes les questions relatives à la santé publique, au bien être et à l'environnement dans une perspective « one world, one health » en particulier dans les domaines suivants :

- Santé mentale : comportement, assuétudes, facteurs psychosociaux dans la santé publique, formation de professionnels, psychothérapie, etc.
- Facteurs physiques environnementaux : radiations ionisantes / radiations non ionisantes
- Facteurs chimiques environnementaux : agents chimiques, polluants, biocides, pesticides, etc.
- Nutrition, alimentation et santé y compris sécurité alimentaire : novel foods, additifs alimentaires, recommandations nutritionnelles, etc.
- Microbiologie des aliments
- Sang et dérivés sanguins
- Cellules, tissus et organes d'origine humaine et animale
- Maîtrise des infections durant les soins
- Infectiologie
- Vaccination
- Cosmétologie et appareils cosmétiques
- Public Health Genomics

Chaque domaine d'activité a son Président et est soutenu par un collaborateur scientifique.

Procédures : Le CSS garantit notamment la qualité de ses avis au travers de diverses procédures dont en particulier la procédure d'émission d'avis et la procédure de gestion des conflits d'intérêts.

1. Procédure d'élaboration d'un avis : Avec +/- 200 réunions d'experts par an, les avis du CSS, sont le fruit de nombreuses réunions où, l'expérience des professionnels ainsi que la consultation de la littérature scientifique la plus récente, sont mises en commun pour arriver à un consensus. Le CSS met un point d'honneur à soutenir la prise de décision des autorités même lorsqu'il n'y a pas encore d'évidence scientifique claire et bien établie, toujours en se basant sur le meilleur niveau de preuve existant.
2. Gestion des conflits d'intérêt potentiels : Le CSS est la première institution d'avis scientifique en Belgique à avoir développé sa propre philosophie et avoir mis en place une approche complète et intégrée concernant la gestion des déclarations des intérêts et des possibles conflits. Cette approche va bien au-delà de la simple déclaration sur l'honneur et passe notamment par l'accès public des déclarations, l'examen des déclarations des experts mais aussi de la composition des groupes de travail par une Commission de Déontologie indépendante.

Réglementation clés :

- Création et fonctionnement : Arrêté royal de création du Conseil du 05/03/2007 modifié par AR du 28/02/2014
- Règlement d'ordre intérieur : AM ROI du 08/05/2007 modifié par AM du 05/03/1992
- Arrêtes de nomination des experts, de membres du Collège et de président et vice-président

Budget et défraiement des experts :

Le CSS est doté d'un budget de frais de fonctionnements de +/- 200 000€ par an. Les experts perçoivent des jetons de présence et remboursements des frais de déplacements de montants très réduits (et uniquement s'ils sont effectivement présents en réunion). Ceux qui rédigent des rapports reçoivent un défraiement forfaitaire par heure.

- Jetons de présence : 7,44 € + indemnités de séjour : 16,73 € soit un total de 24,17 €: ces montants ne sont payés que pour les experts qui participent effectivement à la reunion.
- Frais de déplacements : un ticket de train de seconde classe en Belgique retour soit nous leur versons un montant équivalent s'ils viennent en voiture
- Frais de rapport : 63,59 € par heure
- AR 5/03/1992 fixant les jetons et indemnités des commissions ressortissantes au département de la santé publique
- AM 14/05/1993 fixant les montants des frais de rapports

- Quels sont les pouvoirs spécifiques du HGR ?

Le HGR n'a pas de pouvoir de décision, c'est un organe d'avis scientifique indépendant. Compétence consultative. Le personnel, les locaux et les budgets sont liés aux règles du SPF Santé sous la tutelle du Ministre de la Santé fédéral. La fonction d'émission des avis se fait au sein de groupes de travail d'experts avec un Collège et un Bureau comme organe décisionnel final et de coordination du réseau. La Commission de Déontologie est un organe indépendant, dont le secrétariat est assuré par le Conseil et qui émet des avis sur la gestion des conflits d'intérêts au Bureau et au Collège. Les autorités ne sont pas obligées de suivre les avis du CSS, ni de justifier pourquoi elles ne les ont pas suivies ni même d'en informer le Conseil. Etant un organe d'avis fédéral, les avis du CSS sont destinés à l'ensemble de la Belgique. Ainsi seulement les autorités fédérales de santé sont habilitées à lui poser directement des questions. Toute autre autorité peut cependant le faire avec accord du ministre fédéral de la Santé publique. En pratique, le CSS collabore depuis toujours avec les régions et communautés et veille à ce que ces avis puissent être utiles sur l'ensemble du territoire. Le CSS fait une évaluation scientifique d'une question/d'un problème de santé public(que) mais leur gestion n'est pas dans ses compétences et peut être assurée de manière différenciée par les autorités compétentes fédérales ou fédérées. Le CSS peut élaborer et communiquer des avis de propre initiative sur tout ce qui concerne la santé publique au sens large dans une perspective « one world, one health ».

Indépendance : Le contenu et la communication du CSS sont une responsabilité du CSS seul de manière indépendante. Ceci n'empêche pas une collaboration et une concertation large avec ses stakeholders. Ainsi, le CSS communique ses avis aux ministres concernés et aux demandeurs 10 jours avant leur publication. Des représentants de ceux-ci peuvent également participer à certaines réunions des groupes de travail.

- Comment ces pouvoirs sont-ils complétés ?

Sans objet.

- Y a-t-il un organisme de contrôle ?

Oui, ceux du SPF pour tout ce qui touche les membres du personnel, les locaux, le budget, etc.

Non, pour le contenu des avis afin de garantir l'indépendance scientifique de ces derniers. Le Collège est l'organe décisionnel du Conseil et peut être assimilé à un « organe de contrôle interne » du contenu des avis élaborés dans les groupes de travail et la Commission de Déontologie contrôle l'application de la procédure interne liée aux COI.

- Y a-t-il un contrôle du ministère ?

Non, sur le contenu scientifique des avis et les méthodes de travail. La communication du Conseil est même indépendante et garantie par les textes d'AR.

Oui, sur le budget, le personnel interne, etc. de la même manière que pour tous les SPF fédéraux.

- À quoi ressemble la composition du HGR ?

Voir présentation d'introduction et rapport annuel

<https://www.health.belgium.be/nl/wie-zijn-we>

- Qui nomme le personnel ?

Pour le personnel du secrétariat (la structure administrative) : le SPF Santé, les autorités compétentes et de la même manière que pour le personnel du SPF Santé pour son personnel interne propre.

Les 300 experts nommés, les membres du Collège, le président du CSS et les vice-présidents ne font pas partie du personnel du SPF Santé publique. Ils sont nommés par arrêté ministériel (Ministre de la Santé publique) ou royal selon les procédures prévues dans les arrêtés de création et du règlement d'ordre intérieur du Conseil. Le Ministre de la Santé pour la partie des 300 experts nommés. Le Conseil faisant appel à un réseau beaucoup plus large de 1.800 experts dans la pratique.

•Création et fonctionnement : Arrêté royal de création du Conseil du 05/03/2007 modifié par AR du 28/02/2014

• Règlement d'ordre intérieur : AM ROI du 08/05/2007 modifié par AM du 05/03/1992

- Comment la hiérarchie interne est-elle réglementée exactement ?

1) Le Collège de 30 experts nommés est l'organe décisionnel final. Il se réunit tous les mois ou plus en fonction des besoins. Il délègue certaines tâches quotidiennes au Bureau qui se réunit tous les 15 jours ou plus en fonction des besoins. (6 experts du Collège dont le Président et les deux Vice-Présidents + 3 membres du secrétariat interne)

2) Il y a un Président de domaine pour les 10 domaines d'activités principaux du CSS. Ce Président travaille avec 1 scientifique interne et dans la majorité des cas un groupe de travail permanent

3) Pour certains avis sur demande ou de propre initiative un groupe de travail ad hoc avec un Président propre peut être mis sur pied pour répondre à une question spécifique

4) La Commission de Déontologie rend des avis au Bureau-Collège-Présidents de domaines sur les risques de COI.

- Le HGR travaille avec ses propres employés et des experts externes. Qui sont exactement ces propres employés ?
Ces propres employés sont des fonctionnaires fédéraux engagés sur un budget propre par le SPF Santé. Ils sont actuellement au nombre de 20 et soutiennent les travaux du réseau au niveau scientifique et administratif.
- Combien de temps tiennent-ils leur mandat ?
Pour le personnel du secrétariat, il n'y a pas de mandat. Il s'agit de fonctionnaires nommés ou avec contrat de durée indéterminée.
Pour les experts externes nommés par AR :
 - 300 experts sont nommés pour un mandat de 6 ans renouvelable
 - Parmi ceux-ci, 30 forment le Collège du CSS et y sont nommés pour un mandat de 3 ans renouvelable
 - Le président et les vice-présidents sont issus des 30 membres du Collège et sont nommés pour un mandat de 3 ans renouvelable 2 fois
- Y a-t-il une collaboration entre vos propres employés et les experts ou pas du tout ?
En permanence, tous les jours, y compris le WE et la nuit parfois en période COVID. La collaboration étroite entre le personnel interne du CSS, en particulier les scientifiques et les experts est l'essence même du fonctionnement du Conseil. En période de crise, ils se rendent disponibles sans compter. Les secrétaires scientifiques sont la cheville ouvrière de l'élaboration des avis du Conseil et entretiennent, consolident, amplifient le réseau au travers de leurs inputs scientifiques aux experts externes.
- Dans l'ensemble, comment fonctionne exactement la coopération ?
Les membres du personnel interne du CSS soutiennent le Bureau, le Collège, les Présidents de domaines, la Commission de Déontologie, les Présidents de groupes de travail ad hoc, tous les experts qui participent à nos avis. L'ensemble des décisions, tâches, liées au contenu des avis sont sous la responsabilité des experts externes et au final du Collège.
- Les experts sont nommés pour 6 ans. Cette période peut-elle être renouvelée ? Quel est le nombre maximal de délais qu'un expert peut respecter ? Comment les nouveaux jeunes experts ont-ils leur chance ?
300 experts sont nommés pour un mandat de 6 ans. Ce mandat est renouvelable sans autre limite que celle de l'âge (70 ans). La place aux nouveaux experts est donnée de plusieurs manières :
 - Les mandats ne sont pas renouvelés d'office, ce qui implique qu'à chaque fin de mandat, les experts nommés doivent poser à nouveau leur candidature. A la fin de chaque période de 6 ans, un nouvel appel à candidature est lancé le plus largement possible notamment via le site du CSS, les universités, facultés et institutions scientifiques du pays, le réseau de 1.800 experts, etc. Un tel appel est en préparation pour 2021.
 - Les 300 experts nommés forment le socle de base du réseau d'experts du CSS mais le domaine de la santé publique est si vaste, si complexe et si multidisciplinaire qu'ils ne suffisent pas – loin de là - à couvrir toutes les expertises nécessaires à l'élaboration des avis du Conseil. Le Conseil a la possibilité et invite à participer à ses travaux des experts qui ne sont pas nommés et qui constituent un réseau plus large, actuellement constitué de près de 1.500 experts dits « invités ». Ce réseau est en constante évolution : à chaque nouvelle demande d'avis ou projet de propre initiative, une réflexion est menée sur les expertises nécessaires et leur présence dans le réseau actuel. Il est régulièrement fait appel à de nouveaux experts.
 - Afin de faire connaître et d'attirer de nouveaux experts, le CSS a créé il y a plusieurs années le prix du Conseil.
- Comment l'indépendance de ces experts externes est-elle assurée, même en cas de coopération étroite ?
Les membres du personnel interne n'ont pas de pouvoir de décision sur tout ce qui concerne les avis du Conseil. De plus, ils sont soumis aux règles de déontologie du personnel des administrations fédérales. Si un membre du personnel a un rôle d'expert dans un avis, il est soumis aux mêmes règles de gestion des conflits d'intérêt que les experts du Conseil (remplir une déclaration d'intérêt, etc.). Enfin, l'ensemble des décisions, tâches, liées au contenu des avis sont sous la responsabilité des experts externes et au final du Collège.

- Le HGR s'appuie sur un vaste réseau de plus de 1500 experts, dont 300 ont été nommés experts chez KB sur la base de quels critères sont-ils choisis ?
- A la fin de chaque période de 6 ans, un nouvel appel à candidature est lancé le plus largement possible notamment via le site du CSS, les universités, facultés et institutions scientifiques du pays, le réseau de 1.800 experts, etc. Un tel appel est en préparation pour 2021. Lors du dernier appel à candidature, les critères ont été les suivants. Le candidat :
- Dispose d'une expertise scientifique dans l'un des domaines d'activités du CSS. Cette expertise sera avérée par un lien à une université ou à un centre de recherche. Le candidat peut aussi avoir acquis une expertise reconnue par ses pairs par son expérience dans un domaine spécifique.
 - S'engage à se rendre disponible pour le CSS
 - Ne présente pas de conflits d'intérêts majeurs (les déclarations d'intérêts seront évaluées par le Comité référent selon la procédure du CSS)
 - S'engage à travailler selon la philosophie et la méthodologie de travail du CSS
 - Dispose d'un atout supplémentaire s'il connaît le Conseil et son fonctionnement et/ou si il a déjà collaboré avec le Conseil
 - Maîtrise au moins de manière passive le Français et le Néerlandais (les réunions du CSS se tiennent dans un cadre bilingue et sans traduction simultanée)
 - Est âgé de moins de 70 ans
- La candidature est introduite en ligne dans l'application e-expert. Le candidat complète les informations nécessaires : coordonnées, CV, publications scientifiques, motivation, déclaration d'intérêt. Les principales étapes de la sélection :
- Recevabilité administrative (secrétariat)
 - Evaluation des expertises scientifiques (bureau et présidents de domaines)
 - Evaluation des déclarations d'intérêts (commission de déontologie)
 - Sélection finale des candidats en fonction des divers équilibres à respecter comme : les différents domaines d'activités du CSS, les universités ou institutions scientifiques auxquelles les candidats sont liés, l'équilibre linguistique, l'équilibre de genres
- Le Bureau, aidé par le secrétariat propose une liste de maximum 300 experts à nommer au Collège pour validation. La liste validée est reprise dans un arrêté ministériel qui est soumis pour signature au Ministre de la Santé publique puis publié au Moniteur.
- Il y a un collège qui nomme certains des experts externes. Comment ce collège est-il composé ? Qui choisit les membres de ce collège? Quelqu'un peut-il devenir expert au Conseil suprême de la santé? Y a-t-il certains critères à satisfaire?
- Au sens strict, le Collège ne nomme pas directement les experts mais il fait une proposition de maximum 300 experts à nommer. La nomination intervient sur base d'un arrêté ministériel signé par le ministre de la santé publique. Cette liste est l'aboutissement d'un appel à candidature public (voir question précédente). Le Collège est composé de 30 membres choisis parmi les 300 experts nommés. Ils sont nommés par arrêté royal pour 3 ans. Un appel à candidature pour devenir membre du Collège est effectué parmi les experts nommés. Les critères lors du dernier renouvellement du Collège étaient :
- être expert nommé
 - s'intéresser à un domaine plus vaste que sa seule spécialisation et avoir une large vue sur la santé publique
 - être en ordre de déclaration générale d'intérêt
 - s'engager à être disponible (1/2 jour par mois + préparation de la réunion)
 - ne pas avoir effectué 3 mandats en tant que membre du Collège
- Lors du choix des membres du Collège parmi les experts, il sera tenu compte de l'expertise, de la répartition entre les différents domaines d'activité du Conseil, de la disponibilité et de l'investissement ainsi que d'une répartition aussi équilibrée que possible entre rôle linguistique, sexe et institutions universitaires et scientifiques.
- La liste des membres du Collège est établie par le bureau avec l'aide du secrétariat et est présentée pour validation au Collège sortant. Afin de trouver un équilibre entre la continuité du fonctionnement du Collège et l'ouverture de celui-ci aux autres experts nommés, un renouvellement progressif a été prévu. C'est ainsi que l'art. 7§2 de l'AR du 5/3/2007 portant création du CSS prévoit un mandat de 3 ans, renouvelable, tandis que le §3 stipule un renouvellement d'1/3 des membres tous les 3 ans.

- En plus des collaborations avec le Ministère et les experts externes, sont-ils également des coopérations avec d'autres organismes ? Si oui, quels organes ?
Au niveau scientifique, surtout Sciensano et KCE. De manière plus occasionnelle : SciCom de l'AFSCA, VITO, CBIP, CCBB, Associations scientifiques, autres
Au niveau administratif et HRS belge : SPF Santé, AFMPS, AFCN, AFSCA, INAMI, etc.
- Comment évaluez-vous le fonctionnement du CSS pendant la crise de la covid ?
Déjà répondu plus haut.
- À votre avis, comment l'opération pourrait-elle être meilleure/plus efficace ?
Déjà répondu plus haut.
- Existe-t-il des procédures existantes pour le fonctionnement du CSS en cas de pandémie ? Si ce n'est pas le cas, sera-t-il fait pour l'avenir ?
Oui, procédure de validation urgente des documents par le groupe de travail et par le Bureau, sans passer par le Collège. Les avis sont alors ensuite soumis a posteriori pour approbation du Collège avant éventuelle publication et communication.
De manière Générale, le SPF a créé un Risk Assessment Group et un Risk Management Group pour traiter les crises. Le CSS peut être invité à participer au RAG ou à formuler des avis séparément.
- Considérez-vous que le CSS a vraiment influencé le processus décisionnel à votre avis ? Si oui, pouvez-vous en donner un exemple ? Sinon, pourquoi pas selon vous ?
Difficile de répondre précisément à cette question mais nous l'espérons sincèrement au vu du travail engagé par notre équipe et les experts du réseau.
 - ➔ Oui, très certainement en ce qui concerne le matériel de protection, les masques, l'imagerie médicale, les dentistes, la ventilation et la vaccination, la transfusion sanguine (via AFMPS), le MCH et la PMA (via AFMPS).
 - ➔ Probablement pour l'Ozone, les UV, les pratiques funéraires, la sécurité du linge dans les hôpitaux.
 - ➔ Non (ou pas assez encore ?) pour la santé mentale. Une actualisation est en cours pour compléter les données publiées depuis, élargir le groupe d'experts impliqués, appliquer une méthodologie DELPHI et impliquer plus activement les Autorités politiques et administratives du fédéral (SPF) et des Communautés et Régions via notamment une collaboration avec le nouveau Commissaire Corona et ses services.

De HGR brengt regelmatig adviezen uit. Hoe worden deze adviezen gevormd? Wie doet de aanzet om een advies op te stellen, komt dit uit een vraag of eigen initiatief? Wordt er per advies een ander team bevoegd geacht? Wat is de procedure die gevolgd moet worden bij het opstellen van een advies? Wat is de kracht van een advies van HGR. Moet dit verplicht nageleefd worden? Zijn er bepaalde sancties verbonden aan het niet-naleven van een advies van de HGR? Vindt u dat zulke sancties van nut zouden zijn? Het laatst gepubliceerde advies, is advies 9588 betreffende COVID-19 en het tekort aan beademingstoestellen. Dit advies werd, volgens uw website, opgesteld in april 2020, tijdens de eerste golf van de pandemie, maar slechts in november gepubliceerd. Waarom heeft de publicatie 6 maanden genomen? Zijn de duurtijden voor publicaties van adviezen nog langer, wanneer de zaak nóg minder dringend is dan COVID-19? Worden deze adviezen voor publicatie wel bezorgd aan beleidsmakers om op te nemen? Het laatst gepubliceerde advies gaat over een heel concreet feit, namelijk het feit of beademingstoestellen aan 1 patiënt moeten toebedeeld worden, of juist 1 toestel voor meerdere patiënten gebruikt moet worden. Wie beslist of jullie advies hier gebruikt wordt? Is dit een politieke beslissing? Wat is jullie rol precies in de implementering van de adviezen? Er kwamen enkele virologen prominent in beeld tijdens de covidcrisis. Behoorden er virologen bij van jullie externe experts? Werd er samengewerkt met de GEES bij het opstellen van adviezen? Zoja, hoe verliep deze samenwerking? Had de Hoge Gezondheidsraad op een andere manier ingeschakeld kunnen worden in de strijd tegen het coronavirus? Op welke manier had de HGR nog van nut kunnen zijn tijdens deze crisis? Wordt er werk gemaakt van een advies over de toekomstige aanpak van een crisis? Wat is jullie visie over het pandemieplan van 2006? Vinden jullie dat dit plan als basis had gebruikt kunnen worden? Is er een actualisatie procedure nodig voor pandemieplannen? Wordt de crisis ook binnen de Hoge Gezondheidsraad geëvalueerd? Hoe ziet u de werking van de HGR voor de toekomst? Moet de HGR in zijn huidige rol blijven verder werken of denkt u dat de HGR een meer prominente rol kan opnemen? Op welke manier kan de HGR volgens u nog een extra meerwaarde bieden?

- Le CSS émet régulièrement des avis. Comment ces opinions sont-elles formées ?

Sur base d'une évaluation de la littérature scientifique publiée, des rapports d'autres institutions scientifiques, de l'expérience et expertise des experts qui composent le groupe de travail et ce au CONSENSUS du groupe de travail.

- Qui initie une opinion, est-ce que cela vient d'une question ou de sa propre initiative ?

Les deux normalement à 50-50 et ces dernières années plus à 70 % sur demande et 30 % de propre initiative au vu des successives restrictions budgétaires en personnel interne.

- Une autre équipe est-elle considérée comme compétente pour chaque opinion ?

Oui souvent avec une base commune liée aux experts nommés, Présidents de domaines et Collège. Lors de l'analyse de la demande, le Collège, le Bureau, le(s) Président(s) de domaines, les Présidents de groupes ad hoc, les premiers experts impliqués regardent quelles sont les expertises nécessaires pour répondre le mieux possible au problème et propose des noms en concertation avec le scientifique en charge du dossier.

- Quelle est la procédure à suivre lors de l'élaboration d'un avis?

Voir présentation introduction et procédure avis et procédure gestion des COI

- Quel est le pouvoir d'une opinion du CSS. Faut-il s'y conformer ? Y a-t-il certaines sanctions liées au non-respect d'une opinion du CSS ? Pensez-vous que de telles sanctions seraient d'usage ?
Non, ce sont des avis et recommandations scientifiques et donc, il n'y a pas de pouvoir de décision au CSS et donc pas de sanctions. Le domaine de la maîtrise des infections durant les soins est un peu différent car plus lié à des textes légaux en donnant une force plus importante à ces avis et donc une possibilité de contrôle par les Autorités. Concernant les sanctions, nous pensons que ce n'est pas utile, voire dangereux, car au final, une décision administrative ou politique est basée sur la science mais fait intervenir également d'autres facteurs comme les aspects juridiques, la faisabilité, les budgets alloués, l'acceptabilité politique et sur le terrain, etc. Il est donc beaucoup plus important de dire, de manière transparente, pourquoi une recommandation scientifique n'est pas suivie et de l'expliquer au public plus que d'appliquer des sanctions. Aux Pays-bas, les autorités n'ont pas l'obligation de suivre les recommandations de leur « Gezondheidsraad » mais doivent motiver le non suivi.
- Le dernier avis publié, est le conseil 9588 concernant COVID-19 et la pénurie de ventilateurs. Ce conseil a été, selon votre site Web, rédigé en avril 2020, lors de la première vague de la pandémie, mais seulement publié en novembre. Pourquoi la publication a-t-elle pris 6 mois ? Les durées des publications d'opinions sont-elles encore plus longues, lorsque l'affaire est encore moins urgente que covid-19 ? Ces recommandations de publication préoccupent-elles les décideurs politiques ?
 - 1) Afin de garantir une uniformité et une centralisation de la communication de crise par les Autorités vers le public, les médias et les acteurs de terrain le CSS a décidé de ne pas publier immédiatement ses avis et de ne pas les communiquer de manière indépendante. Ils ont néanmoins été transmis directement aux Autorités dès leur validation. Ensuite, progressivement, ces avis urgents ont été validés par le Collège, traduits, mis en forme et publiés sur le site.
 - 2) En règle générale (hors communication de crise), les avis validés par le Collège sont transmis dans les 5 jours aux Autorités, il y a une période de 10 jours d'embargo pour leur permettre d'en prendre connaissance et après ces 10 jours, le CSS organise sa communication de manière indépendante des Autorités. En général, entre la validation par le Collège et la communication, il y a un délai de 1 mois qui permet de finaliser la mise en page, les traductions, la rédaction des communiqués de presse, la publication et l'envoi par mail à nos groupes cibles.
- Le dernier avis publié traite d'un fait très concret, à savoir si les ventilateurs doivent être attribués à un patient, ou un seul appareil pour plusieurs patients. Qui décide si vos conseils sont utilisés ici ? S'agit-il d'une décision politique ? Quel est exactement votre rôle dans la mise en œuvre des conseils ?
Sur base des recommandations de l'avis, ce sont les équipes médicales multidisciplinaires appuyées par les comités d'éthique locaux en place dans les hôpitaux qui « pourraient » prendre ce type de décisions liées à une pénurie éventuelle de respirateurs. Heureusement, ni dans la première vague, ni dans la seconde, cette option de tout dernier recours n'a dû être utilisée en Belgique. L'avis a pour but de donner un cadre général sur les aspects scientifiques, juridiques et pratiques mais pas de décider, à la place des soignants, ce qu'il faudrait ou ne faudrait pas faire. La discussion éthique et juridique se poursuit actuellement en collaboration avec le CCBB car cela sort des compétences propres scientifiques du CSS. En espérant que nous n'en aurons jamais besoin.
- Quelques virologues sont venus dans l'image en évidence pendant la crise covid. Y avait-il des virologues parmi vos experts extérieurs ?
Oui, le CSS en a dans son réseau et a fait appel notamment à des virologues, des épidémiologistes, des experts en maîtrise des infections durant les soins, des infectiologues, etc. Les personnes qui ont participé aux avis du CSS sont citées à la fin de chaque avis ainsi que les références scientifiques qui soutiennent les recommandations.
- Y a-t-il eu une collaboration avec le GEES pour élaborer des conseils? Dans l'oui, comment s'est passé cette collaboration ?
Non, il n'y a pas eu de collaboration formelle entre le GEES et le CSS. A un moment, la Présidente de l'avis Santé Mentale et Covid a été « nommée » dans un sous-groupe du GEES sur ce topic pour y faire état de notre avis mais, à notre connaissance, les travaux de ce sous-groupe GEES-Santé Mentale n'ont pas été poursuivis.

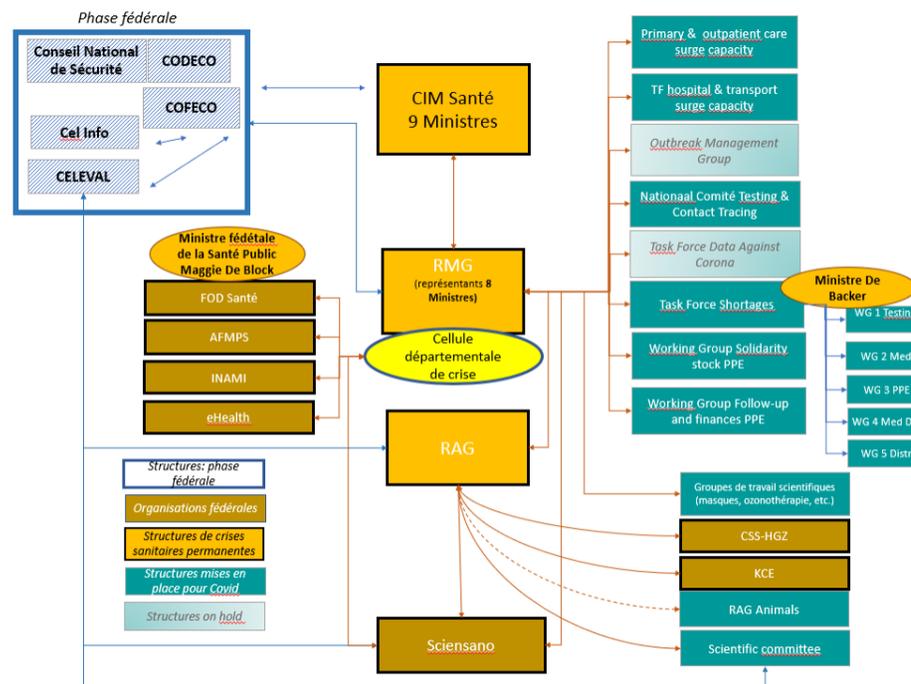
- Le CSS aurait-il pu être impliqué d’une autre manière dans la lutte contre le coronavirus ?
 Oui, avec une présence plus structurelle au niveau du RMG-cellule de crise pour expliquer nos avis et savoir ce qui se décide, quelles sont les questions, difficultés qui se posent encore, etc. et mieux orienter ensuite nos travaux pour répondre aux besoins des Autorités. Pas une présence au sein du RMG pour décider car ce n’est pas notre rôle. En renforçant encore les liens entre le CSS et le Commissaire Corona (c’est en cours sur plusieurs sujets).

- Comment le CSS pourrait-il encore être utilisé pendant ces crises ?
 Déjà répondu plus haut.

- Est-ce qu’une opinion sur l’approche future d’une crise est en cours de travail ? Que voyez-vous du plan pandémique de 2006 ? Pensez-vous que ce plan aurait pu servir de base ? Une procédure de mise à jour est-elle nécessaire pour les plans pandémiques ? La crise est-elle également en cours d’évaluation au sein du CSS ?
 Non car nous ne sommes pas encore dans la phase d’évaluation de la crise mais nous tentons de répondre aux demandes liées à la seconde vague et à l’arrivée des vaccins. Bien-entendu, nous tirerons les leçons de cette crise comme des précédentes pour renforcer le système actuel pour le futur et mieux anticiper et coordonner encore les besoins d’avis scientifiques.

- Comment voyez-vous le fonctionnement du CSS pour l’avenir ? Le CSS devrait-il continuer à jouer son rôle actuel ou pensez-vous que le CSS peut jouer un rôle plus important? De quelle manière pensez-vous que le CSS peut offrir une valeur ajoutée supplémentaire?
 Déjà répondu plus haut.

- Comment se fait-il que l’on ne puisse pas anticiper davantage la survenue d’un virus et des risques plus graves encore sont-ils à craindre avec d’autres virus ? Quels sont les organes en Belgique chargés d’établir les risques pandémiques et leur fonctionnement est-il optimal ?



	<p>Depuis leur création, il nous semble que ce sont le RAG/RMG qui sont en charge de cette mission sur base de leurs contacts internationaux. Il serait important de leur poser cette question pour voir comment c'est appliqué concrètement.</p> <p>Au niveau du CSS, ce sont les experts du réseau qui alertent leurs collègues, les scientifiques et le Bureau-Collège de ces risques. C'est par exemple de cette manière que nous avons entamé les avis Ebola à l'époque de propre initiative et avant tout le monde. Ce n'est néanmoins pas notre mission première d'effectuer cette veille et nous n'en avons pas les moyens humains, financiers et la base légale mais, nous pouvons y participer et faire remonter les informations au niveau du RAG. Parfois, quand le CSS débute un avis, de sa propre initiative sur un sujet de crise, il est alors difficile ensuite de se coordonner avec les autres acteurs et cela nous a été reproché lors de la crise Ebola, surtout sur la communication non centralisée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quels ont été les principaux freins dans la lutte contre la première vague de l'épidémie ? Absence de Gouvernement et donc de décisions claires Eparpillement des compétences en Santé Publique et prévention Trop d'organes d'avis scientifiques et/ou de décision → temps perdu en coordination à tous les niveaux (« maladie » belge) Dépendance de la Belgique et des pays européens en général à des ressources essentielles externes Sous-estimation de la gravité du problème Difficultés des Gouvernements de prendre des mesures impopulaires, malgré les avis avérés des scientifiques. Trop de sensibilités politiques à trop de niveaux de pouvoir pour avoir une vision commune, rapide et efficace. Absence de vision européenne commune - Quelles sont les leçons qui ont été tirées et celles qui ne l'ont pas été ? Dans plusieurs pays asiatiques ou en Nouvelle-Zélande, la première vague n'est pas suivie d'une seconde. Y a-t-il des leçons à tirer et lesquelles ? Impossible de répondre à cela pour le Conseil actuellement - Que pensez-vous de la multiplication des interlocuteurs et des responsabilités ministériels en matière de santé ? Quel impact cela a-t-il pu avoir sur la gestion de la crise sanitaire ? Déjà répondu plus haut. - Vous dites qu'il est impossible d'être expert sans avoir des intérêts. C'est pourquoi les experts du Conseil Supérieur de la Santé doivent déclarer leurs intérêts afin d'éviter tout potentiel conflit d'intérêts. Pensez-vous qu'il serait opportun d'avoir la même exigence pour les experts du Ceval, du RMG, du RAG, etc. ? Oui, absolument avec une procédure stricte de transparence et d'analyse par une Commission de Déontologie indépendante. Mais, la problématique de la déclaration des intérêts ne doit pas se limiter aux scientifiques mais s'appliquer aussi aux fonctionnaires, dirigeants mandataires des institutions clés, politiques et journalistes de presse car tous ces acteurs peuvent à un moment ou un autre influencer une décision et donc devraient être transparent sur ces intérêts comme cela est demandé aux experts du CSS. Il existe d'ailleurs une Loi imposant une série de mesures au niveau des intérêts des membres d'organes d'avis mais les arrêtés royaux d'exécution se font attendre depuis des années.
	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que le CSS avait été impliqué dans la rédaction du plan de crise pandémie dans les années 2000 ? Comment ? Quelles avaient été ses recommandations ? Est-ce que le CSS est impliqué dans la rédaction du plan fédéral de gestion de pandémie actuellement ? Si oui, quelles sont ses recommandations ? Déjà répondu plus haut. - Quand est-ce que le CSS a été au courant d'un problème de manque de matériel de protection individuelle ? Était-il au courant de la destruction du stock stratégique ? Avait-il émis des recommandations à ce sujet ? Si oui, quelles étaient ces recommandations ? Déjà répondu.

2° INFORMATION INTERNATIONAL ET PAYS TIERS DÉC.2019-MARS 2020 / 2° INFORMATION INTERNATIONALE ET PAYS NIVEAUX DÉC.2019-MARS 2020

In oktober van 2019, bracht de WHO haar eerste Global Health Security Index uit. Deze index peilde in verschillende landen naar de mate waarin men voorbereid was om een pandemie het hoofd te bieden. België scoorde daarin slecht. Was dit een verrassing voor u? Waar ligt volgens u de oorzaak? Vanaf welk moment beseftte u dat dit ging om een crisis die een grotere impact zou hebben dan eerdere virusuitbraken (SARS, MERS)

- En octobre 2019, l'OMS a publié son premier indice mondial de sécurité sanitaire. Dans plusieurs pays, cet indice a évalué dans quelle mesure les gens étaient prêts à faire face à une pandémie. La Belgique a obtenu de mauvais résultats à ce sujet. C'était une surprise pour toi ? Où pensez-vous que la cause est ?

Impossible de répondre car nous ne connaissons pas cet indice et son calcul. Autres aspects déjà évoqués plus haut.

- À partir de quel moment avez-vous réalisé qu'il s'agissait d'une crise qui aurait un impact plus important que les flambées virales précédentes (SRAS, MERS)
23/01/2020 lors de l'annonce du lock down de Wuhan

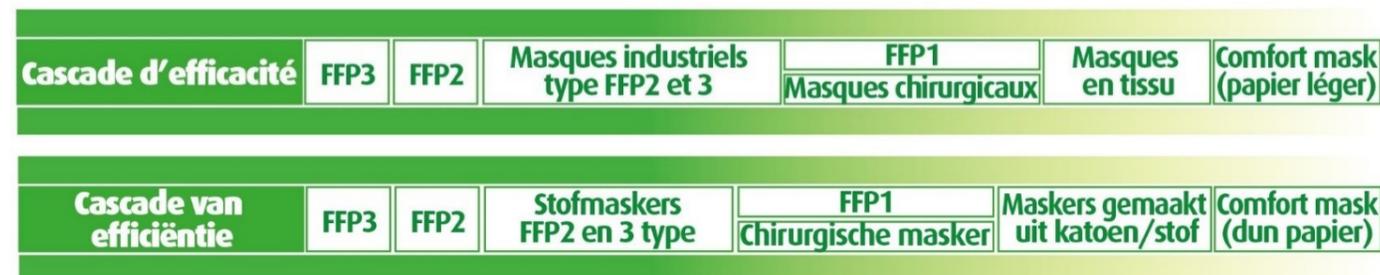
3° DÉCISIONS ET MESURES FÉDÉRALES DÉC.2019-MARS 2020 / 3° DÉCISIONS ET MESURES FÉDÉRALES DÉC.2019-MARS 2020

- Quelles ont été les relations entre le CSS et l'ensemble des organes qui ont été mis en place dans le cadre de cette crise (RAG, RMG, Celeval, taskforces, etc.) ? Avez-vous régulièrement été sollicité par ces instances pour émettre certains avis ? L'avez-vous fait d'initiative ? Sur quels problématiques/sujets spécifiques ?

Déjà répondu plus haut.

- Comment expliquez-vous les avis contradictoires qui ont été émis dans les premiers mois de la pandémie concernant le port du masque ? A partir de quel moment le port du masque a pu être considéré scientifiquement comme essentiel dans la lutte contre la propagation du virus ? Quelles ont été les différentes recommandations que vous avez pu formuler dans ce cadre et à quel moment ont-elles été émises ?

Les masques sont depuis toujours un élément essentiel de la protection contre les infections. Ce n'est pas le seul moyen mais il est fondamental pour le personnel soignant dans son ensemble. Dès le départ, le Conseil a d'ailleurs établi une cascade d'efficacité des différents types de masques disponibles, à savoir :



Concernant spécifiquement l'utilisation des masques en tissus par la population générale, plusieurs facteurs ont joué dans les décisions. A savoir,

- la culture du port du masque pour protéger l'autre était moins présente en Europe que dans certains pays d'Asie ;
- la situation des hôpitaux et des professionnels de soins a été jugée prioritaire à prendre en charge lors de la première vague et du lock down ;
- la littérature est encore incomplète et l'évidence scientifique peu claire par rapport au bénéfice propre du port du masque par la population versus autres mesures à apprendre et à communiquer à la population lors de la première vague ;
- Comme il n'y a pas encore une évidence claire sur l'impact des infections en situation réelle, des avis nuancés d'experts existent toujours sur ce sujet spécifique ;

Même au sein des experts consultés par le CSS, il n'y a pas eu de consensus clair rapidement au début de la crise et lors de la phase de confinement. Le consensus a pu néanmoins être atteint à la mi-avril lors de la rédaction de l'avis commun CSS-RAG à ce sujet pour préparer la campagne d'information du grand public par les Autorités et ajouter cette barrière complémentaire à toutes les autres mesures alors mieux intégrées par la population pendant la phase de confinement.

Le suivi de la littérature dans les mois qui arrivent et le bilan comparatif des différentes mesures prises par différents pays dans le monde compléteront probablement les connaissances spécifiques à ce sujet. L'étude du Lancet du 01 juin et le changement progressif de la position de l'OMS ont été des étapes importantes dans cette meilleure compréhension de l'utilité et de l'effet réel du port du masque pour prévenir l'infection au SARS-CoV-2 dans la population générale.

C'est surtout lors du premier déconfinement que les avis scientifiques, en Europe, ont été vers la généralisation de la recommandation et le CSS, avec le RAG a soutenu cette approche, à ce moment, à condition de la cadrer comme une mesure complémentaire des autres et surtout pas en remplacement. Lors du premier confinement, d'autres questions scientifiques étaient plus urgentes et le masque pour la population n'avait pas beaucoup de sens avant le déconfinement progressif. Le masque devait alors, en s'ajoutant aux autres mesures ralentir une seconde vague, voir diminuer son impact et seule l'analyse des données scientifiques belges et internationales permettra peut-être d'apporter une réponse plus claire à ce niveau. En tout cas, la seconde vague est bien réelle et n'est pas forcément de moindre intensité que la première.

Il est donc important que le masque reste parmi la panoplie des mesures possibles mais quand on observe la mise en pratique par la population sur la manière de l'utiliser, il reste encore beaucoup de travail de communication à faire, surtout que cet objet est devenu au fil du temps un "objet politique et médiatique" plus qu'une simple mesure de protection parmi d'autres qu'il faut continuer à soutenir et à en évaluer l'impact réel.

Les étapes clés dans l'ordre chronologique :

24-02-20	9577-Masques	Les autorités de santé (RMG-SPF-Cabinet Santé Publique) posent 3 questions urgentes au CSS et à d'autres organes d'avis concernant l'utilisation rationnelle des masques en période d'extension possible de la contamination par le Covid-19.
26-02-20	MASK	Le virologue Steven Van Gucht répond à 3 questions sur le port des masques
27-02-20	MASK	Masques buccaux et autres équipements de protection: la Belgique participe à un achat groupé au niveau européen
04-03-20	9577-Masques	Première version urgente de la note masques CSS-9577 envoyée aux Autorités. Pas de masques en tissus dans les hôpitaux.
12-03-20	9577-Masques	Envoi de la version 2 de la note
16-03-20	9577-Masques	Entre le 24 février 2020 et le 16 mars 2020, plusieurs versions successives de la note urgente CSS-9577 sont discutées avec le SPF, le RMG et les hôpitaux du pays, notamment par l'intermédiaire du BAPCOP et des plateformes d'hygiène hospitalière coordonnées par le SPF. Le CSS adapte alors ses recommandations sur base de ces discussions
21-03-20	9577-Masques	le SPF-RMG communique vers les hôpitaux du pays sur base de la note urgente CSS-9577 et l'affiche. Les masques en tissus pour la population générale hors secteur hospitalier sont mentionnés (optionnel)
25-03-20	MASK	"Task force matériel : livraison-et-distribution-des-masques, masques-qui-en-a-besoin"
28-03-20	MASK	Matériel de protection: quels sont les groupes prioritaires ?
06-04-20	9577-Masques	RMG : Renforcement de la collaboration entre RAG et CSS sur les avis masques, pratiques funéraires, dentistes, etc.
14-04-20	MASK CNS	Le CNS recommande le port généralisé du masque
15-04-20	9577-Masques	"Entre le 10 et le 16 avril 2020 : le CSS participe à la révision des recommandations du RAG sur les masques afin d'uniformiser les recommandations aux hôpitaux et d'avoir un avis commun CSS-RAG. Celui-ci est publié sur le site Sciensano le 16 avril 2020 et le logo du CSS y est ajouté.
07-05-20	9577-Masques	"Entre le 10 avril et le 07 mai : le CSS poursuit sa collaboration avec le RAG : avis conjoint sur le port du masque en tissu par la population générale afin d'entamer le déconfinement de la Belgique. Cet avis est coordonné par le SPF et le RAG et est publié sur le site de Sciensano avec le logo du CSS le 07 mai 2020. L'avis était disponible bien avant cette date et a servi à la mise en place de la campagne d'information du grand public par les Autorités au cours de cette période.
01-06-20	9577-Masques	Le 01 juin 2020 : Le Lancet publie une grande étude sur l'effet protecteur des masques FFP2-chirurgicaux-visière plastique et distance physique pour prévenir l'infection et l'OMS change aussi de position. Pas de changements drastiques des avis émis par RAG et CSS.
15-06-20	MASK	Les masques buccaux du Gouvernement fédéral : directives pratiques
09-07-20	9577-Masques	Communiqué de presse du Collège du CSS pour les masques par la population, dans les commerce mais également : " Il est critique que son usage soit conforme aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Le port du masque est donc fortement recommandé dans toutes les circonstances où la distanciation physique envers des personnes ne vivant pas dans la même bulle n'est pas possible."
23-07-20	MASK	De l'élargissement du port du masque obligatoire aux contrôles renforcés et confinements locaux : une double approche nationale et locale pour freiner le rebond de l'épidémie du Coronavirus - pas de phase 5

	<p>- Comment analysez-vous le rôle du CSS dans la gestion de la crise sanitaire ? Voyez-vous des améliorations possibles ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>
	<p>Dans sa communication du 3 avril 2020, le CSS indique que « Fin mars, plus d'une dizaine de notes en urgence ont été mises en route dont 5 ont déjà été finalisées et envoyées aux Autorités».</p> <p>- Pourriez-vous nous éclairer sur l'ensemble des avis émis par le CSS (nombre, thématique, contenu, destinataire) et transmis uniquement aux autorités ou instances officielles ? (Est-ce que les thèmes suivants ont été notamment traités : impression 3D de matériel de protection non car pas une question scientifique, participation aux essais cliniques non pas notre compétence, stratégie de testing non sauf pour le lien avec la place de l'imagerie pour le dépistage, stratégie de traçage non, isolement des personnes contaminées oui et non ?, équipement de protection individuelle oui, voir liste, médicaments oui voir CBRN et stocks stratégiques, vaccin covid oui +++ avec le NITAG vaccination belge, transfert de patients entre hôpitaux non pas une question scientifique, confinement/déconfinement non, production belge de matériel et médicaments non pas une question scientifique, communication vers les soignants non décision du CSS de centraliser la communication de ces avis en phase de crise, communication vers la population non idem, patients covid longue durée non sur risques à long terme) ?</p> <p>Déjà répondu en grande partie plus haut.</p> <p>- Pourquoi avez-vous publié certains avis sur votre site (9588 Covid et pénurie de respirateurs, 9597-9611 Stratégie de vaccination covid 19, 9579 Système transfusionnel – covid 19 en juin 2020, 9587 CT Scan et covid 19, 9581 vaccination grippe saison hivernale 2020-2021, 9589 Santé mentale et covid, 9594 UV et covid 19, 9593 tunnels ozone covid 19) et transmis d'autres directement aux autorités ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Quelles ont été les demandes et sujets traités à court terme et quelles sont les thématiques traitées pour les avis sur le moyen et long terme ?</p> <p>Court terme, voir liste Long terme : actualisation de l'avis Santé Mentale, lien COVID et milieu, climat, etc.</p>
	<p>Le site du CSS présente la mission du Conseil comme suit :</p> <p>« Dans le but de garantir et d'améliorer la santé publique, le Conseil formule des avis scientifiques afin de guider les décideurs politiques et les professionnels de la santé. Grâce à son réseau d'experts et ses collaborateurs internes, le Conseil se base sur une évaluation multidisciplinaire de l'état actuel de la science pour émettre des avis impartiaux et indépendants. Le Conseil élabore ses avis sur demande ou de sa propre initiative et les publie ».</p> <p>- De manière générale, pourriez-vous préciser et illustrer votre mission par rapport à celle des autres instances également chargées d'émettre des avis pour guider les décideurs politiques et les professionnels de la santé? Nous pensons particulièrement au KCE et à Sciensano.</p> <p>De manière globale, les processus d'émission d'avis se basent sur les mêmes choses. Les données belges de base quand elles existent, la littérature scientifique, les rapports des institutions soeurs, l'expertise et l'expérience d'un groupe d'experts indépendants, le consensus des avis des experts. La façon de le gérer et d'arriver à l'avis final est parfois différente selon les institutions.</p> <p>Nos spécificités : réseau d'experts externes, multidisciplinarité, vision large de la Santé, pas d'influence des Autorités sur le contenu des avis (pas de Conseil d'administration, pas de CA), indépendance à tous les niveaux, procédure spécifique de gestion des COI, efficacité au vu du peu de ressources en termes de personnel et de budget par rapport aux deux autres institutions citées.</p> <p>Différence dans les sujets traités en général et donc peu de chevauchements, voire même des avis communs et experts communs.</p> <p>- Plus précisément, comment situez-vous votre rôle et votre apport dans cette galaxie de groupes de travail et de conseils qui a été mise en place pour gérer la crise sanitaire liée au coronavirus ?</p> <p>Déjà répondu plus haut</p> <p>- Sur la base de quelles sources formulez-vous le plus souvent vos recommandations?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Quelles ont été - et sont sans doute encore - les contributions concrètes du CSS dans la lutte contre la Covid-19?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Le CSS est-il globalement satisfait du suivi donné à ses recommandations dans la lutte contre le coronavirus?</p> <p>Difficile à répondre car peu de retours du RMG ou des Cabinets compétents sur les avis émis et les décisions prises au final. En tout cas, notre réseau a été et reste mobilisé pour soutenir les Autorités et nous sommes heureux et fier du travail accompli en si peu de temps avec les moyens qui nous sont alloués.</p>

4° PRÉPARATION ET PLANIFICATION DE LA GESTION DE CRISE / 4° PRÉPARATION ET PLANIFICATION DE GESTION DE CRISE

Dr. Paul Pardon demande en 2018, en vue de la préparation à une pandémie, la disponibilité de produits de protection (possibilité d'achat en vrac), de types et de doses de vaccins, d'antiviraux, d'autres médicaments, d'admissions estimées à l'hôpital, etc. En 2019, il rappelle quatre fois sa lettre. Ce n'est qu'à la fin de 2019 qu'il reçoit quelques éclaircissements par l'avis n° 9529 sur les stocks stratégiques en cas de pandémie. Il décrit que ce n'est pas la compétence du CSS de fournir des conseils pratiques pour l'organisation de ce problème, mais plutôt qu'il semble appartenir aux autorités sanitaires et à l'Europe. Sur quel cadre le CSS s'appuie-t-il pour formuler cela de cette façon ? Quel pouvoir M. Pardon avait-il à faire ? Cela a-t-il été transmis aux politiciens concernés pour que cette affaire soit légalement blanchie ? Et quelle est, selon vous, la solution pour éviter ce problème à l'avenir ?

- Dès 2018, en prévision d'une pandémie, le Dr Paul Pardon s'interroge sur la présence d'équipements de protection (possibilité d'achats en vrac), de types et de doses de vaccins, d'antiviraux, d'autres médicaments, d'admissions estimées à l'hôpital, etc. En 2019, il rappelle quatre fois sa lettre. Ce n'est qu'à la fin de 2019 qu'il reçoit quelques éclaircissements par l'avis n° 9529 sur les stocks stratégiques en cas de pandémie. Il décrit que ce n'est pas la compétence du CSS de fournir des conseils pratiques pour l'organisation de ce problème, mais plutôt qu'il semble appartenir aux autorités sanitaires et à l'Europe. Sur quel cadre le CSS s'appuie-t-il pour formuler cela de cette façon ? Quel pouvoir M. Pardon avait-il à faire ? Cela a-t-il été transmis aux politiciens concernés pour que cette affaire soit légalement blanchie ? Et quelle est, selon vous, la solution pour éviter ce problème à l'avenir ?

Le CSS a répondu aux questions scientifiques qui lui ont été posées. Il a transmis les réponses au demandeur et au Cabinet de la Santé en charge de ces questions comme pour tous ces avis et notes. En effet, il n'appartient pas ensuite au CSS de décider et de mettre en place – ou pas - ces recommandations scientifiques dans la pratique. Renforcement structurel des liens entre le CSS et le RMG.

Chronologie 9529-Stocks stratégiques :

- Le 13/12/2018, le SPF Santé pose des questions au Conseil au sujet d'un stock stratégique à prévoir en cas de pandémie de type influenza. Le 23/05/2019, le CSS transmet ses réponses via l'avis CSS-9529 au SPF Santé publique et Cabinet en charge du dossier.

- Via mail, le 02/07/2019, le 06/07/2019, le 05/08/2019 et le 18/09/2019, le CSS reçoit de la part du SPF des questions complémentaires et des demandes de précisions sur le premier avis. Les réponses complémentaires qui tombent sous la compétence d'analyse scientifique des risques du CSS sont alors fournies par courrier au SPF le 24/09/2019.

- 09-09-20, nouvelle question : « Adviseert men verder de klassieke antivirale produkten als stock zoals Tamiflu, Relenza, e.a. of is er ook plaats voor bvb Baloxavir marboxil/Xofluza en evt andere als beschikbaar? », réponse le 03-11-20 : pas de changement de la recommandation (Bij deze bevestig ik u dat we nog steeds achter onze voorgaande briefadviezen staan, met voorkeur voor Oseltamivir. Xofluza is nog steeds onder evaluatie bij het EMA. + liens Roche et EMA).

Chronologie 9336-CBRN :

- 11-01-16	9336-CBRN	Demande officielle avis CBRN conséquent impliquant 3 domaines d'activités du CSS
- 27-03-18	9336-CBRN	"Envoi de la version confidentielle aux autorités de l'avis CBRN
- 26-08-19	9336-CBRN	"Envoi de la version light public de l'avis SPF-Cabinet
- 28-08-20	9336-CBRN	Mise en ligne de la version light de l'avis

	<p>- Au sein du CSS, les gens sont bien conscients que l'on n'est pas prêt pour une éventuelle pandémie et ce si elle est connue du public sera repris par les médias selon le courrier d'un employé de mai 2019, soulignant plus tard que les documents sont strictement confidentiels. Qu'a-t-on fait de cette information pour l'amener au bon niveau de décision ? Cette prise de conscience vous a-t-elle fait part de vos préoccupations, ainsi qu'aux autres membres du personnel du CSS? Y a-t-il eu de la panique lorsque la pandémie a éclaté ?</p> <p>Il n'y a pas eu de panique au sein du CSS mais la volonté de mobiliser toutes nos ressources vers notre mission d'organe d'avis scientifique pour les Autorités pour le COVID et cela continue avec encore des changements dans l'organisation politique et administrative du pays et de nouveaux liens à établir maintenant en plus de la fonction d'avis.</p> <p>Les aspects confidentialité et/ou public ont déjà été évoqués plus haut.</p>
	<p>Avez-vous transmis des informations aux autorités ou à d'autres groupes ou instances concernant la possible pénurie de masques buccaux. Si oui, quand ? Quand avez-vous appris la destruction du stock stratégique ? Le CSS a adressé plusieurs avis confidentiels notamment au SPF Santé dans ce cadre. Quelles ont été vos recommandations par rapport à la reconstitution d'un stock stratégique ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>
	<p>In hoeverre werd met de door uw diensten in het kader van de coronapandemie uitgebrachte adviezen door de beleidsmakers, inzonderheid de minister van Volksgezondheid, rekening gehouden? De Hoge Gezondheidsraad kan adviezen leveren op verzoek of op eigen initiatief. Werden uw diensten door de beleidsmakers in het kader van de aanpak van de coronapandemie om adviezen verzocht? Zo ja, hoeveel? En om welke adviezen ging het?</p> <p>Dans quelle mesure les avis donnés par vos services de lutte contre la pandémie corona ont-ils été pris en compte par les décideurs, en particulier le ministre de la Santé?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>Le CSS peut fournir des conseils sur demande ou de sa propre initiative. Vos services ont-ils été sollicités par les décideurs politiques dans le contexte de l'approche de la pandémie corona? Si oui, combien? Et de quels conseils s'agissait-il ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>
	<p>Dans sa communication du 3 avril 2020 , le CSS indique qu'il « est en contact continu et quasi permanent avec la cellule de crise, le RAG (Risk Assessment Group), le RMG (Risk Management Group) et le Cabinet de la Ministre Fédérale de la Santé. Il est aussi en contact étroit avec les autres institutions scientifiques du pays ainsi qu'avec certaines de nos Sociétés savantes ou relevant des professions de santé. »</p> <p>- A partir de quelle date le CSS a été informé d'un risque potentiel pour la santé lié à la Covid-19 ? Quand a-t-il commencé à réfléchir au sujet de la lutte contre la covid19 ? Quels ont été les premiers contacts à ce sujet avec les autorités, instances officielles, associations de professionnels de la santé ? (quand et avec qui) ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>Est-ce que le CSS a travaillé d'initiative ou sur base des demandes des autorités ou instances mises en place pour gérer la crise ?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.2. organisatie van de ziekhuis capaciteit,.../ 5.2. organisation des capacités hospitalières

De HGR schatte in zijn advies nr 9529 dat er op een gegeven moment 50 tot 100 000 mensen op de intensive care Units kunnen liggen waarvan een 30 000 patiënten immunogecompromiteerd kunnen zijn. Hoe kan het dat er dan tegelijkertijd nergens een aanbeveling terug te vinden is voor de uitbreiding van IC-bedden? Of was het de bedoeling dat er aparte "veldziekenhuizen" of gelijkaardige zouden worden opgericht op het moment van een eventuele pandemie-uitbraak? Integendeel in het recentste KCE rapport 289s wordt er gesproken van nog een daling van het aantal bedden tegen 2025 naar een 1700-tal (zie bijlage). Evenmin zou dit passen binnen de programmatie- en erkenningsnormen van de federale overheid. Hoe ziet u dit?

Le CSS a estimé dans son avis no 9529 qu'à un moment donné il pourrait y avoir 50 à 100 000 personnes dans les unités de soins intensifs dont environ 30 000 patients peuvent être immunocompromis.

Comment se fait-il qu'en même temps il n'y ait nulle part où se trouver pour l'expansion des lits de soins intensifs? Ou était-il prévu que des « hôpitaux de campagne » distincts ou similaires soient mis en place au moment d'une éventuelle pandémie? Au contraire, le dernier rapport 289 du KCE fait état d'une nouvelle diminution du nombre de lits à environ 1700 d'ici 2025 (voir annexe).

Cela ne cadrerait pas non plus avec les normes de programmation et de reconnaissance du gouvernement fédéral. Comment voyez-vous cela?

Ceci sont des questions pour les Autorités en charge de la gestion de crise et pas des questions scientifiques pour le Conseil. Attention, les estimations du CSS dans son avis 9529 étaient basées sur les connaissances d'un virus de type grippe et pas sur les données connues maintenant du virus COVID.

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE

5.4.posting population matérielle de protection / 5.4. mise à disposition du matériel de protection pour la population

Uit het verslag van de RMG van 28/02 blijkt dat er aan de HGR werd gevraagd om richtlijnen op te stellen voor het gebruik van maskers. Wat waren die richtlijnen en waar had de HGR zich op gebaseerd om die richtlijnen op te maken? Uit het verslag van de RMG van 05/03 blijkt dat het advies klaar was en dat de RMG "grotendeels akkoord" ging. Kan u verduidelijken waarover de RMG het dan niet eens was? Uit het verslag van de RMG van 13/03 blijkt dat er chirurgische maskers voorzien werden voor de tandartsen, terwijl de HGR FFP2 maskers had aanbevolen. Waarom had u de FFP2 maskers aanbevolen voor tandartsen en waarom werd besloten om dat advies niet te volgen? Uit het verslag van de RMG van 25/03 blijkt dat de HGR posters zou hebben rondgestuurd zonder overleg. Klopt dat? Over welke posters gaat het en was daar een probleem mee? Zo ja, welk probleem? Uit het verslag van de RMG van 2/4 blijkt dat er op dat moment 3 miljoen comfortmaskers waren geleverd. Er wordt dan besproken wat met die maskers kan worden gedaan. ENkele opties waren: wisselen met de stock van de politie, geven aan de gezondheidssector voor de non-covid zorg, geven aan de prioritaire groepen met weinig blootstellingsrisico. Uiteindelijk zouden deze maskers worden gestockeerd. Wat vindt u hiervan? werd uw mening hierover gevraagd? Wat was uw aanbeveling? Is er u advies gevraagd over het dragen van stoffen mondkmaskers? Wat was uw advies hieromtrent? Uit het verslag van de RMG van 03/4 zouden de richtlijnen van de HGR in strijd blijken met de adviezen vanwege de RAG en de RMG. Wat was hier het discussiepunt? Het ging hier ook over een poster. Er werd gevraagd om de logo's van de andere organen van de posters te halen. Werd deze poster uiteindelijk naar buiten gebracht of niet? Er bleek tijdens de covidcrisis heel veel onduidelijkheid over de prioritaire groepen die mondkmaskers moesten krijgen. Werd uw advies hierin gevraagd? Zo ja, wat was dat advies?

- Le rapport du RMG du 28/02 montre qu'on a demandé au HGR d'élaborer des lignes directrices pour l'utilisation des masques. Quelles étaient ces lignes directrices et sur quoi s'était appuyé le GRH pour les faire ?

Déjà répondu plus haut.

- Le rapport du RMG du 05/03 montre que l'avis était prêt et que le RMG « était largement d'accord ». Pouvez-vous clarifier ce que le RMG n'était pas d'accord sur ?

Nous n'avons pas reçu d'information du RMG sur les points sur lesquels ils n'étaient pas d'accord (sauf : coordination avec le RAG et la question des FFP2 et procédures aérosolisantes). Plusieurs versions ont été adaptées et envoyées ainsi que des positions finales publiques réalisées avec le RAG et le KCE pour les procédures aérosolisantes. Les bases scientifiques et les experts consultés sont cités dans les avis.

- Le rapport rmg du 13/03 montre que des masques chirurgicaux ont été fournis pour les dentistes, bien que les masques FFP2 aient été recommandés. Pourquoi avez-vous recommandé les masques FFP2 pour les dentistes et pourquoi a-t-il été décidé de ne pas suivre ces conseils ?

Le dentiste occupe une position particulière de risque accru de contamination au SRAS-CoV-2, car :

- NOMBRE DE CONTACTS DIFFERENTS : Il entre en contact quotidiennement avec un nombre très important de patients différents.
- RESPECT DE LA DISTANCE PHYSIQUE : Il ne peut, dans tous ses actes, respecter la distance de sécurité de 1,5 m.
- PROXIMITE DU VISAGE DU PATIENT, SANS MASQUE : Il travaille dans la bouche et le patient ne peut donc pas porter un masque pour protéger le soignant.
- RISQUE DE PROVOQUER DE LA TOUX ET DES ETERNUEMENTS : Les soins dentaires peuvent créer de la toux, des éternuements, etc. et donc des réactions non contrôlées des patients en présence du soignant.
- PRATIQUES AEROSOLISANTES : Enfin, les appareils dentaires tels que les turbines et les détartreurs à ultra-son, la projection d'eau ou d'air dans la bouche, etc. provoquent des aérosols particulièrement puissants et risqués pour la contamination du patient suivant, du soignant, du matériel et de toutes les surfaces du cabinet.
- LIEU DE TRAVAIL (INTERIEUR, CONFINE) : Vu le matériel médical nécessaire, il ne peut pas déplacer son activité dans un local plus grand. Les cabinets dentaires sont souvent des espaces petits et fonctionnels dans lesquels tout est à portée de main.
- ORGANISATION DES LIEUX : Certaines structures (hôpitaux, grosses cliniques, cliniques d'architecture moderne ouverte) peuvent permettre de traiter plusieurs patients dans le même local sans cloisonnement individuel. Les aérosols produits chez un patient pourraient donc contaminer le patient installé dans un fauteuil dentaire proche.
- QUANTITE DE MATERIEL JETABLE OU A STERILISER : La pratique dentaire nécessite une utilisation très importante de matériel soit à usage unique par patient, soit devant être restérilisé/autoclavé entre chaque patient.
- CONTAMINATION CROISÉE : En outre, il existe un risque augmenté de contamination croisée si des précautions strictes d'hygiène des mains, du matériel et des surfaces ne sont pas prises de manière générale et entre chaque patient.

Nous supposons que ces dispositions ont été prises à l'époque du fait de la pénurie de masques FFP2 pour les unités covid mais nous ne sommes pas informé ce qu'il en est advenu par la suite.

	<p>- Le rapport du RMG du 25/03 montre que le CSS aurait envoyé des affiches sans consultation. OK pour cela? De quelles affiches s'agit-il et y a-t-il eu un problème avec cela? Si oui, quel problème ? Non, le CSS avait décidé de ne pas communiquer ses avis mais de centraliser la communication de crise. Les affiches de synthèse de l'avis 9577 sur les masques ont été envoyées aux Autorités uniquement. Cependant nous savons que le SPF, via BAPCOC et les plateformes d'hygiène hospitalière a envoyé un courrier, notre avis, les affiches aux hôpitaux du pays Sur base des retours des hôpitaux, nous avons ensuite travaillé avec le RAG, à la demande du RMG pour une position commune qui au final n'a jamais été très différente de l'avis initial du CSS.</p> <p>- Le rapport 2/4 du RMG montre que 3 millions de masques de confort avaient été livrés à l'époque. Il sera ensuite discuté de ce qui peut être fait avec ces masques. Les options ont été: échanger avec le stock de la police, donner au secteur de la santé pour les soins non covid, donner aux groupes prioritaires avec peu de risque d'exposition. Finalement, ces masques seraient stockés. Qu'est-ce que tu en penses ? voulez-vous demander votre avis à ce sujet? Quelle était votre recommandation? Les masques de confort en papier ont le pouvoir de filtration le plus faible et ne durent pas longtemps. Ils sont encore moins efficaces que les masques en tissu et/ou chirurgicaux. S'il y a mieux de disponible maintenant, mieux vaut utiliser ses autres options en période COVID.</p> <p>- Vous a-t-on demandé conseil sur le port de masques buccaux en tissu? Quel a été votre conseil à ce sujet? Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Le rapport 03/4 du RMG prouverait que les lignes directrices du CSS sont contraires aux avis du RAG et du RMG. Quel était le point de discussion ici? Il s'agissait aussi d'une affiche. On leur a demandé d'enlever les logos des autres organes. Cette affiche a-t-elle finalement été mise en avant ou non ? NON et avis commun CSS-RAG mais qui au final suit les recommandations initiales du CSS.</p> <p>- Pendant la crise covid, il y avait beaucoup d'incertitude au sujet des groupes prioritaires qui devaient recevoir des masques buccaux. Avez-vous demandé conseil à ce sujet? Dans l'avis, quel était ce conseil? Déjà répondu plus haut.</p>
	<p>Op jullie advies werd er op 23 maart 2020 beslist dat de bevolking enkel nog beschermingsmateriaal met name mondkmaskers mocht kopen met een medisch voorschrift en de rest van de verkoop werd verboden. Nochtans waren er diverse internationale aanbieders van maskers oa in Nederland die nog voldoende voorraden leken te hebben en in de Zuid-Oost-Aziatische landen was er geen gebrek aan chirurgische maskers, hier werden ze zelfs gratis ter beschikking gesteld aan de bevolking. Bent u achteraf gezien tevreden met deze aanbeveling die onmiddellijk werd ingevoerd door de regering? Is er een kans dat dit tot een groot exces in besmettingen heeft geleid. Was het niet beter om te communiceren dat er besmetting via de lucht mogelijk was zodat mensen die dit wensten zich desgewenst zouden kunnen beschermen? Desnoods kon men de boodschap geven dat mensen een sjaal voor de mond moesten houden of zakdoek of anderszins creatief moesten zijn zodat ze zichzelf toch konden beschermen? Een alternatief zou zijn geweest mensen erop wijzen maximaal uit winkels te blijven en beroep te doen op afhaal-leveringen, eventueel in samenwerking met COMEOS waarmee de contacten toch goed waren blijkens de mondkmaskerverkoopafspraken? In België werd nooit besloten tot het ophangen van thermische camera's bij de ingangen van publieke plaatsen of plaatsen waar veel mensen samenkomen om de temperatuur te screenen. Deze temperatuurscreening is niet waterdicht maar kan een indicatie geven van de aanwezigheid en de eventuele ernst van een besmetting met SARSCOV2. We weten momenteel niet welke patiënten vooral zeer besmettelijk zijn en aerosolen verspreiden. Maar het is aannemelijk dat mensen in de actieve fase van een ziekte hoesten en dus extra besmettelijk zijn. In Aziatische landen is de aanwezigheid van deze thermische camera's gemeen goed. Vindt u het ook vandaag nog redelijk dat er bijna nergens (buiten in bv Plopsaland) gebruik wordt gemaakt van thermische camera's om toch tenminste de top van de ijsberg aan mogelijke COVID19-patiënten eruit te filteren?</p> <p>- Sur vos conseils, il a été décidé le 23 mars 2020 que la population ne pouvait acheter que du matériel de protection, en particulier des masques buccaux avec ordonnance médicale, et le reste de la vente a été interdit. Cependant, il y avait plusieurs fournisseurs internationaux de masques aux Pays-Bas qui semblaient encore avoir suffisamment de fournitures et dans les pays d'Asie du Sud-Est il ne manquait pas de masques chirurgicaux, ici ils ont même été mis à la disposition de la population gratuitement. Avec le recul, êtes-vous satisfait de cette recommandation, qui a été immédiatement mise en place par le gouvernement ? Y a-t-il une chance que cela ait entraîné un excès important d'infections. Cette recommandation a été faite car les stocks belges disponibles n'étaient pas suffisants pour les hôpitaux. Cela a évolué avec la création des stocks en urgence. Nous avons dû faire cette recommandation urgente car la situation l'imposait au vu des stocks disponibles en Belgique et de la pénurie dans les hôpitaux surchargés de patients COVID confirmés. Cette focalisation sur les hôpitaux a probablement eu un impact non négligeable au niveau des MR-MRS dont nous avons sous-estimé, dans ce contexte de crise, la fragilité par rapport aux hôpitaux. Il serait donc intéressant de savoir si la proportion d'infection dans le personnel soignant des MR-MRS a été beaucoup plus importante que celle du personnel soignant dans les hôpitaux. A notre connaissance, il n'y a pas de tels chiffres en Belgique ? En ce qui concerne l'impact des infections sur la population générale, cet aspect a été abordé plus haut.</p>

	<p>- N'est-il pas préférable de communiquer que la contamination de l'air est possible pour que les personnes qui le souhaitent puissent se protéger si elles le souhaitent? Si nécessaire, on pourrait envoyer le message que les gens devaient garder un foulard devant leur bouche ou leur mouchoir ou être créatifs pour pouvoir se protéger? Une alternative aurait été de faire savoir aux gens de rester en dehors des magasins et de compter sur les livraisons à emporter, peut-être en coopération avec COMEOS avec lequel les contacts étaient bons selon les accords de vente de masque buccaux?</p> <p>Quand les données se sont accumulées sur les voies possibles de transmission de ce nouveau virus, le CSS a justement fait un avis sur la ventilation des locaux pour insister sur cet aspect possible de la contamination.</p> <p>Pour l'aspect masques, cf. réponses plus haut.</p> <p>- En Belgique, il n'a jamais été décidé de mettre en place des caméras thermiques aux entrées des lieux publics ou des lieux où beaucoup de gens se réunissent pour filtrer la température. Ce criblage de température n'est pas imperméable à l'eau mais peut donner une indication de la présence et de la sévérité possible d'une infection avec SARSCOV2. Nous ne savons pas actuellement quels patients sont particulièrement contagieux et propagent des aérosols. Mais il est plausible que les personnes en phase active d'une maladie toussent et donc extra sont contagieuses. Dans les pays asiatiques, la présence de ces caméras thermiques est courante. Pensez-vous toujours raisonnable que presque n'importe où (à l'extérieur de Plopsaland) caméras thermiques sont utilisés pour filtrer au moins le sommet de l'iceberg à d'éventuels patients COVID19?</p> <p>Ceci n'a pas été évalué par le CSS.</p>
	<p>- Vous avez été extrêmement virulent vis-à-vis des autorités concernant le choix des masques buccaux « citoyens » Avrox. Votre opinion a-t-elle évolué dans ce cadre ? Avez-vous fait part de vos inquiétudes, concernant notamment les conditions de lavage de ces masques ? Au sein du CSS, vous aviez émis une série d'avis dans ce cadre. Comment expliquer que les normes aient été modifiées entre le 24 et le 28 avril et avez-vous été consulté dans le cadre ces changement de normes ?</p> <p>Il faut demander des explications aux responsables qui ont modifié ces normes. L'avis scientifique CSS-RAG sur le sujet n'a pas changé.</p> <p>- Is de Hoge Gezondheidsraad in 2020 om een standpunt of advies gevraagd bij de aanbestedingen in de zoektocht naar mondmaskers? Zo ja, wanneer? Door welke instantie? En welk was het standpunt van de Raad?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>

In juni bleek dat de Hoge Gezondheidsraad in maart reeds een advies klaar hadden (advies 9577) betreffende het gebruik van mondkmaskers. Dit advies is vervolgens nooit gepubliceerd. Waarom is dit advies nooit gepubliceerd? Was dit advies op eigen initiatief opgestart of werd er door externen gevraagd om het advies op te stellen? Is dit advies wel bezorgd aan beleidsmakers? In juni verscheen u enkele keren in de pers door uw uitspraken met betrekking tot de miskoop aan mondkmaskers door minister Goffin. In deze zaak werd duidelijk dat de overheid uw adviezen naast zich had gelegd en maar liefst 15 miljoen mondkmaskers aangekocht had. Deze mondkmaskers voldeden echter niet aan de vereisten om effectief te zijn, en konden bijvoorbeeld niet op 60 graden gewassen worden. Wat zijn de stappen die hierna ondernomen zijn? Is er een onderhoud met de minister geweest? Is dit een enkel voorbeeld van een gebrekkige communicatie van de bevoegde minister, of is dit iets dat vaker voorkomt? Zullen er zich in de toekomst dergelijke situaties blijven voortdoen? Zijn er stappen ondernomen om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen? Hoe ziet u de toekomst van de HGR? Hoe ziet u de samenwerking bv met het FAGG & de FOD?

- En juin, il a été révélé que le CSS avait déjà achevé un avis en mars (avis 9577) sur l'utilisation de masques buccaux. Ce conseil n'a jamais été publié. Pourquoi ce conseil n'a-t-il jamais été publié? Ce conseil a-t-il été lancé de sa propre initiative ou a-t-on demandé à l'externen d'élaborer les conseils? Ces conseils préoccupent-ils les décideurs politiques?

Déjà répondu plus haut.

- En juin, vous avez comparu à quelques reprises dans la presse à cause de vos déclarations concernant la mauvaise utilisation des masques buccaux par le ministre Goffin. Dans ce cas, il est devenu clair que l'overheid avait ignoré vos opinions et avait acheté pas moins de 15 millions de masques buccaux. Toutefois, ces masques buccaux ne répondaient pas aux exigences pour être efficaces et ne pouvaient pas être lavés à 60 degrés, par exemple. Quelles sont les mesures prises? Y a-t-il eu une réunion avec le ministre? S'agit-il d'un seul exemple d'un manque de communication de la part du ministre compétent, ou est-ce quelque chose qui est plus courant? De telles situations se poursuivront-ils à l'avenir? Des mesures ont-elles été prises pour prévenir de telles situations à l'avenir? Comment voyez-vous l'avenir du GRH? Comment voyez-vous la coopération, par exemple avec la FAGG et le SPF?

L'affaire des masques du ministère de la défense est complexe et a mené à un échec relatif. Nous étions au courant du fait que le ministère de la défense avait été chargé par le Gouvernement de l'acquisition de masques buccaux en tissu et de leur distribution. Nous n'avons nullement été consultés au préalable à cet égard et pas plus que Sciensano et les autres partenaires (dont AFMPS) avec lesquels nous avons rédigé un avis commun assez détaillé concernant ce type de masques (voir avis masques en tissus pour la population CSS-RAG). Pour leur distribution, le ministère de la défense avait passé un accord avec les pharmaciens d'officine. En fait, notre attention fut attirée par ceux-ci dès réception en officine des masques à distribuer. Les pharmaciens s'inquiétaient d'une part de leur conditionnement en paquets multiples ne contenant qu'une seule notice (alors qu'un masque devait être distribué par personne) et d'autre part de la température de lavage recommandée par le fabricant (30 °C) alors que notre rapport qu'ils connaissaient bien recommandait de les laver à 60 °C, comme unanimement admis au niveau national et international pour ce type de matériel. Les pharmaciens étaient aussi en contact à cet égard avec le cabinet du ministre Goffin qui se voulait très rassurant (tout comme le ministre Goffin lui-même) en avançant les deux arguments suivants : (1) d'après le Bureau Belge de Normalisation qui a édité les normes techniques, les 60 °C sont passés d'une « obligation » à une « recommandation », ouvrant dès lors la porte à de plus basses températures, et (2), le virologue Marc Van Ranst estimait à titre personnel que 30 °C est une température suffisante pour ce genre de lavage. C'est après avoir entendu ces arguments de la bouche même du ministre sur une chaîne de télévision que le président du CSS a décidé, vu l'urgence et dans l'intérêt de la santé publique, de réagir par voie de presse. Toujours par voie de presse et même devant le Parlement, le ministre a maintenu ses arguments. Le CSS estime qu'il a négligé voire ignoré l'avis des scientifiques et qu'il n'a pas compris la différence entre un rapport préparé par plusieurs experts arrivant à un consensus et l'avis isolé d'un seul scientifique, tout compétent soit-il, bafouant ainsi la raison d'être du CSS et du RAG.

Cet exemple n'est pas unique mais est plutôt rare. Dans ce cas, il est clair que la Défense porte une responsabilité dans la non application des normes recommandées par le CSS et le RAG. D'après certains échanges, il semble que la Défense n'était pas consciente de l'importance de ces normes à appliquer rigoureusement. L'origine du changement subtil intervenu dans les Normes auprès du Bureau de Normalisation (« Obligation » passant à « recommandation ») ne nous est pas connue.

Rappelons que le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis pour les Autorités Politiques. Si les relations entre le CSS et les Cabinets sont en général bonnes, il est des cas où nos recommandations ne sont pas suivies à la lettre par le Cabinet et/ou l'Administration. Dans certains cas, nous tentons d'intervenir et de faire infléchir les décisions prises, mais les résultats sont rarement en notre faveur.

Une des solutions pourrait être, comme pour nos Collègues hollandais (Gezondheidsraad), que le Ministre et où l'administration aient à justifier publiquement (en ce compris devant le Parlement) et de manière détaillée lorsque nos recommandations scientifiques ne sont pas suivies. En effet et si des questions parlementaires sont parfois posées, celles-ci n débouchent généralement sur aucune modification allant dans le sens des recommandations du CSS.

- Dans une interview pour le Journal du Médecin du 25 juin 2020, vous déclarez à propos de la gestion du stock et de l'achat de masques : « Tout cet épisode fait preuve d'une grande légèreté, voire d'une incompétence totale ». Comment expliquer cette impréparation des autorités ? Comment le manque de matériel de protection a-t-il eu une influence sur la prise en charge de la première vague ?

Le Journal du Médecin reprenant cette interview mélange quelque peu les propos. La « légèreté » et « l'incompétence » visent surtout les péripéties de l'affaire des masques de la Défense. « L'impréparation » des Autorités vise surtout le retard mis dans l'acquisition des stocks de masques de protection en remplacement des masques détruits et ce, malgré les indications bien précises du CSS données bien avant le début de l'épidémie. Ce fait a, indubitablement, eu un effet sur la prise en charge de la première vague.

- Fin janvier 2018, le CSS a transmis son avis sur le stock stratégique (médicaments et équipements de protection) au SPF Santé publique après qu'une première partie du stock stratégique ait été détruite en 2016 et que le SPF ait demandé l'avis du CSS à ce sujet en 2017. A cette époque, en janvier 2018, il y avait encore 27 millions de masques dans les casernes de Belgrade. La recommandation du CSS stipulait qu'il vaut mieux demander également à l'AFMPS si elle doit ou non conserver les masques chirurgicaux". Le CSS indique également que les masques chirurgicaux n'ont pas de date d'expiration (23/01/2018), numéro d'avis 9336). Savez-vous si cette enquête auprès l'AFMPS a eu lieu ?

Dans votre question il semble y avoir un problème de chronologie par rapport aux avis du CSS et de numéros d'avis ?

Le 13/12/2018, le SPF Santé pose des questions au Conseil au sujet d'un stock stratégique à prévoir en cas de pandémie de type influenza. Le 23/05/2019, le CSS transmet ses réponses via l'avis CSS-9529 au SPF Santé publique et Cabinet en charge du dossier.

Via mail, le 02/07/2019, le 06/07/2019, le 05/08/2019 et le 18/09/2019, le CSS reçoit de la part du SPF des questions complémentaires et des demandes de précisions sur le premier avis. Les réponses complémentaires qui tombent sous la compétence d'analyse scientifique des risques du CSS sont alors fournies par courrier au SPF le 24/09/2019.

Même si votre question est pertinente, nous n'avons pas la trace dans nos avis CSS-9529 (stocks stratégiques) ou CSS-9336 (CBRN – Pharmaceuticals) d'une recommandation du CSS qui stipulerait, je vous cite : « La recommandation du CSS stipulait qu'il vaut mieux demander également à l'AFMPS si elle doit ou non conserver les masques chirurgicaux. Le CSS indique également que les masques chirurgicaux n'ont pas de date d'expiration (23/01/2018), (numéro d'avis 9336).

Nous ne sommes donc pas au courant d'une recommandation de demander l'avis à l'AFMPS et des suites qui auraient été données à cela.

- Le 25 février 2019, le CSS a organisé une réunion entre experts sur le stock stratégique. Quels experts étaient présents? Pourriez-vous nous dire de quoi on avait discuté lors de cette réunion ? Fin octobre 2019, le CSS a transmis un rapport consultatif à la SPF Santé publique concernant le renouvellement du stock stratégique. Pourriez-vous nous en donner plus d'informations ? Pourriez-vous publier cet avis ?

Les avis ont été transmis à la Commission avec le détail des experts qui ont participé à sa rédaction.

Les experts suivants ont participé à la validation de cette réponse urgente par lettre. Le groupe de travail a été coordonné par Dr Michèle GERARD et le secrétariat scientifique a été assuré par Veerle MERTENS et Jean-Jacques DUBOIS. BYL Baudouin, Hygiène hospitalière, CHU Erasme ULB / DE MOL Patrick, Hygiène hospitalière, CHU ULg Liège / GERARD Michèle, Hygiène hospitalière CHU St-Pierre (BRX) / JANSSENS Hilde, Hygiène hospitalière, UZA Antwerpen / SCHUERMANS Annette, Hygiène hospitalière, UZ Leuven / SIMON Anne, Hygiène hospitalière CHU St-Luc UCL (BRX). Les firmes / associations / etc. suivantes ont été entendues : SWAELEN Kathleen Government affairs manager 3M Belgium bvba/spri (aspects techniques de filtration, pas d'approbation de l'avis final).

Le service legal Covid du SPF a autorisé la publication de tous les documents non encore publiés, c'est en cours. Néanmoins, ces avis urgents ne sont pas la dernière version de l'avis CSS puisque d'autres versions ont été validées pour aboutir aux avis communs CSS-RAG qui sont publics déjà et sont la dernière position du CSS sur le sujet.

- Dès le début, l'importance des masques dans les soins était évidente, mais ce n'est que le 28 avril que le port du masque est devenu totalement obligatoire pour le personnel soignant. Pendant longtemps, les masques n'ont été recommandés que si le patient présentait des symptômes. À la mi-mars, le Conseil supérieur de la santé aurait émis un avis plus strict, mais cet avis n'a pas été pris en compte. Pourquoi cet avis n'est-il pas disponible ? Envisagez-vous la publication des avis du CSS concernant les masques ?

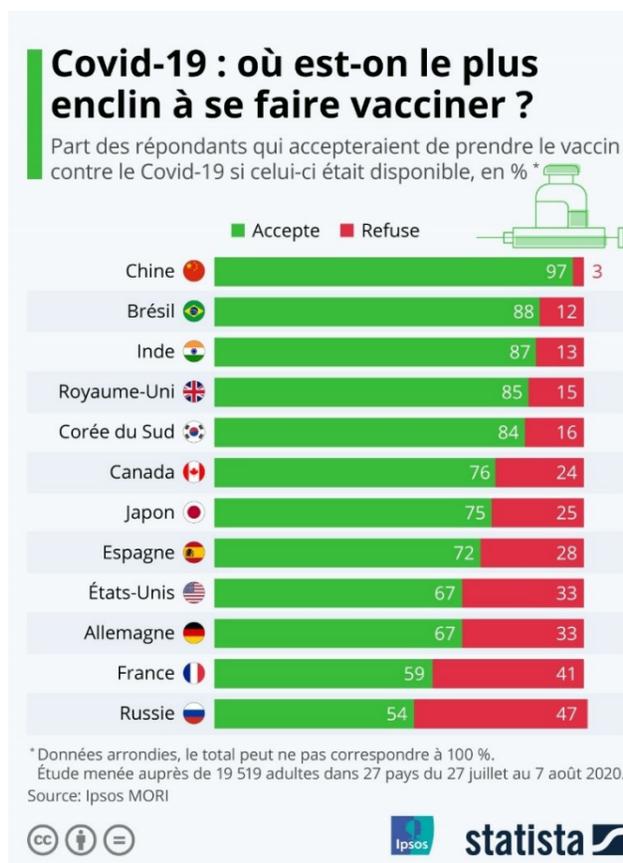
Déjà répondu plus haut.

	<p>- L'avis du 17/03 (selon lequel la FFP2 recommandait des masques buccaux pour tous les prestataires de soins de santé au lieu des prestataires de soins de santé effectuant des "actions productrices d'aérosols", et recommandait des masques buccaux pour l'ensemble de la population) aurait été modifié sous pression. Cet avis a été publié 5 semaines avant que le gouvernement ne conseille le port de masques respiratoires. Selon Emmanuel André, le RMG et le RAG ont une position rigide sur les avis des experts externes, qu'il résume ainsi : "Nous ne voulons pas entendre les avis, y compris ceux du Conseil Supérieur de la Santé". Qu'en pensez-vous ?</p> <p>Le CSS, dans son avis et dans ses affiches proposait une cascade d'utilisation des différents types de masques en fonction de groupes spécifiques et des stocks disponibles. Cette approche a été jugée "inapplicable" par le RMG ou "impossible" au vu des stocks disponibles à l'époque et surtout en "contradiction" avec l'avis du RAG. Nous avons donc fait, à la demande du RMG, un avis commun pour aligner nos positions et cela a abouti aux documents publiés sur le site de Sciensano et approuvés par le CSS. Ce document final est tout à fait compatible avec la position initiale du CSS pour les FFP2 et les autres masques. C'est présenté et dit autrement mais les bases y sont. Que les discussions entre le RAG et les experts mandatés par le CSS ont été intenses, c'est vrai, mais cela est chaque fois le cas dans un groupe de travail qui doit arriver à un consensus et cela n'est pas le cas que pour les masques. C'est le lot quasi quotidien des institutions scientifiques comme le CSS qui travaillent avec des groupes d'experts sur des sujets délicats, dans l'urgence et avec parfois peu de données scientifiques fiables. Dans ce cadre, le CSS a même fait appel aux ressources du KCE pour la recherche de littérature et les pratiques aérosolisantes et ce avec succès.</p>
	<p>- Comment expliquez-vous les tergiversations autour du port du masque, qui est devenu successivement inutile, recommandé, obligatoire dans les grandes surfaces, obligatoire en rue mais pas partout, puis obligatoire partout, ...</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Sauf erreur de notre part, votre dernière recommandation en la matière date du 9 juillet dernier. Vous recommandiez alors le port du masque obligatoire uniquement dans les grandes surfaces. Pourquoi cette recommandation était-elle si limitée ?</p> <p>La dernière recommandation commune CSS-RAG sur les masques en tissus pour la population date du 07/05/2020. Dans cette recommandation, il n'y a pas que les supermarchés qui sont visés et recommandés aux Autorités, c'est beaucoup plus large que cela. Le Communiqué de presse du 9 juillet attirait l'attention sur les commerces à ce moment là du débat presse mais ne remettait pas en causes les autres recommandations du CSS et du RAG du 07/05/2020.</p> <p>Directives pratiques pour l'utilisation de masques buccaux en tissu RMG.pdf 07/05/2020.</p>

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	
5.6. disponibilité et distribution de biens et de produits pour lutter contre la pandémie/ 5.6. disponibilité et distribution des biens et produits à la lutte contre la pandémie	
5.6.3. vaccins / 5.6.3. vaccins	
	<p>Is er op vandaag al raad gevraagd ivm de COVID vaccinatie en tegen wanneer kunnen we een advies verwachten? A-t-on demandé des conseils sur la vaccination COVID aujourd'hui et peut-on s'attendre à un avis contre quand ?</p> <p>L'avis CSS-9507-9611 : Stratégie de vaccination COVID (avis public) est déjà publié → collaboration intense du NITAG vaccination avec la Task Force vaccins et le Comité Consultatif Belge de Bioéthique. Il y aura probablement encore des avis scientifiques quand les données d'efficacité seront publiées en fonction des groupes cibles et différents types de vaccins qui auront reçu l'autorisation de mise sur le marché. Le NITAG reste au courant de la littérature et du sujet et est prêt à réagir sur demande ou de propre initiative.</p>
	<p>Concernant la stratégie de vaccination contre le Covid-19 qui actuellement mise en place, estimez-vous qu'elle répond aux recommandations émises par le CSS ? Estimez-vous que ce vaccin devrait être considéré comme un bien public, accessible à tous ? Participez-vous à la Taskforce vaccination qui a été mise en place ? Comme envisagez-vous la mise en place d'une stratégie efficace en matière logistique mais également d'administration de ces vaccins ? Des recommandations sont-elles ou seront-elles émises par le CSS dans ce cadre ?</p> <p>Si le vaccin doit être considéré comme un bien public est une question pour les politiques et pas une question scientifique pour le CSS. La logistique est la mission de la Task Force dans laquelle le CSS est impliqué pour les aspects scientifiques.</p>
	<p>Een hot topic de dag van vandaag betreft vaccinaties. Of het nu COVID-vaccins, of zelfs griepvaccins zijn, er blijft heel wat discussie rond bestaan. Zo hebben jullie een advies opgesteld over wie als eerste het COVID-vaccin krijgt. Daar werden drie belangrijke groepen naar voren geschoven: alle gezondheidsmedewerkers, alle 65-plussers en alle mensen tussen 45 en 65 jaar met onderliggende aandoeningen. Hoe is deze selectie tot stand gekomen, dit advies verschilt van de Europese aanbevelingen?</p> <p>Un sujet brûlant concerne aujourd'hui les vaccinations. Qu'il s'agisse de vaccins COVID, ou même de vaccins contre la grippe, il reste encore beaucoup de débats autour. Par exemple, vous avez préparé un avis sur qui reçoit le vaccin COVID en premier. Trois groupes principaux y ont été mis en avant : tous les professionnels de la santé, tous âgés de plus de 65 ans et toutes les personnes âgées de 45 à 65 ans ayant des conditions sous-jacentes. Comment cette sélection a-t-elle eu raison, cet avis diffère-t-il des recommandations européennes?</p> <p>Cette priorisation a été validée par un groupe de plus de 24 experts belges sur base de la littérature disponible, de contacts avec des organes d'avis européens et des recommandations internationales et des stocks prévus pour la Belgique. Ces recommandations belges ont d'ailleurs déjà été discutées au niveau européen et avec l'OMS. La base a été de protéger au maximum tous les acteurs du système de santé et les personnes qui en auront le plus grand bénéfice car plus durement touchées par une possible infection COVID. Afin d'affiner ces groupes prioritaires et de déterminer la vaccination pour le reste de la population, ce sont plus des choix politiques et éthiques que des questions scientifiques. C'est la raison pour laquelle le CSS a des contacts, notamment avec le CCBB (Comité Consultatif de Bioéthique) et collabore au niveau de la Task Force Vaccination sur le sujet pour guider encore mieux les choix politiques qui seront fait et ce dans un cadre éthique clair.</p>

Vous parlez d'une dizaine d'années pour obtenir un vaccin efficace. Que pensez-vous de la rapidité avec laquelle ils sont annoncés ? Cette rapidité ne risque-t-elle pas de créer une suspicion à leur égard dans le public avec le risque de nuire à son adhésion ? Comment faire pour éviter les doutes parmi la population ?

Dans son avis, le CSS estime que 30 % des personnes prioritaires vont, pour différentes raisons, refuser la vaccination. L'objectif des Autorités est d'obtenir au minimum 70% de couverture vaccinale. A l'heure actuelle, cela reste un choix du patient guidé par les conseils de son médecin car le CSS n'est pas en faveur d'une obligation vaccinale. La transparence sur les données scientifiques disponibles, les garanties d'indépendance des institutions et des experts qui donnent les avis, la communication claire par les Autorités de ce que l'on sait (et ne sait pas encore) en termes d'efficacité et de risques à court, moyen et long terme sont les clés pour que la population adhère aux candidats vaccins mis à disposition en un temps record.



Comment sera fixé le prix du vaccin et par qui ? Comment éviter une spéculation financière autour de ces vaccins et garantir à la population une équité dans l'accès au vaccin ?

Ce n'est pas une compétence du CSS, mais une décision politique, probablement en concertation avec l'INAMI et/ou le KCE.

Est-ce que le CSS travaille sur une stratégie de vaccination du Covid-19 ? Si oui, quelles seront les recommandations ? Envisagez-vous une vaccination obligatoire ? Les firmes ont anticipé les productions de vaccins mais est-ce que la Belgique est prête et dispose d'un plan de vaccination ? Il sera nécessaire d'informer clairement et en toute transparence la population pour qu'elle accepte de se faire vacciner. Comment envisagez-vous de procéder ?

Déjà répondu plus haut.

En juillet dernier, vous avez recommandé les groupes à risques prioritaires suivants, lorsqu'un vaccin contre la COVID-19 serait enfin disponible:

1. Toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé ;
2. Toutes les personnes de plus de 65 ans ;
3. Les personnes âgées de 45 à 65 ans présentant l'une des comorbidités suivantes : obésité, diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, pulmonaires, rénales et hépatiques chroniques, malignités hématologiques jusqu'à 5 ans après le diagnostic et tous les cancers solides (ou traitements anticancéreux) récents. »

Vous ajoutiez fort à propos que :

« En fonction de la disponibilité des vaccins, du type de vaccin et de l'évolution épidémiologique de la Covid-19, le CSS vérifiera si des groupes supplémentaires peuvent ou doivent être vaccinés.»

Depuis lors, la "course aux vaccins" s'est accélérée. Confirmez-vous votre recommandation, ou a-t-elle été mise à jour? A défaut, le sera-t-elle prochainement? Nous pensons par exemple aux voix qui s'élèvent pour demander la vaccination prioritaire du personnel enseignant ?

Déjà répondu plus haut.

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	
5.7. disponibilité des tests et organisation du suivi des contacts / 5.7. disponibilité de tests et organisation du traçage des contacts	
	<p>Uit het buitenland blijkt dat de best practices zijn: test, trace en isolatie, waarbij de isolatie wordt opgevolgd en hun gezondheid wordt gemonitord. Waarom werd dit voor België nooit aanbevolen? In Europa doet men namelijk het omgekeerde: gezonde mensen opsluiten in een lockdown ipv de zieken te isoleren.</p> <p>De l'étranger, il semble que les meilleures pratiques sont : tester, retracer et isoler, où l'isolement est surveillé et où leur santé est surveillée. Pourquoi cela n'a-t-il jamais été recommandé pour la Belgique ? En Europe, c'est le contraire qui se produit : enfermer des personnes en bonne santé dans un enfermement au lieu d'isoler les malades.</p> <p>. Ce n'est pas au CSS d'analyser l'efficacité des politiques de testing et tracing en Belgique mais nous partageons votre avis que cela devra se faire à un moment et en tenant compte des expériences internationales.</p>
	<p>Quelle est votre opinion concernant l'évolution de la politique de testing et de tracing, ainsi que l'adéquation entre ces deux politiques, dans notre pays ? Estimez-vous que nous aurions dû diversifier notre politique de testing comme l'ont fait certains pays voisins en recourant par exemple aux tests antigéniques ?</p> <p>Le CSS ne s'est pas penché sur la question car Sciensano et AFMPS étaient déjà en charge de cette thématique.</p>

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE	
5.9. relations et coopération avec les pays voisins, les institutions européennes et internationales / 5.9. relations et coopérations avec les pays voisins, institutions européennes et internationales	
Échange d'informations / échange d'informations	
	<p>Was er discussie rond pre en asymptotische overdracht? Gaf de HRG geneeskunde daar advies over?</p> <p>Y avait-il discussion autour du transfert pré et asymptotique ? Le CSS a-t-il conseillé à ce sujet?</p> <p>Non, c'est Sciensano qui suit ces aspects de transmission.</p>
	<p>Quelle a été l'évolution des connaissances liées au mode de contamination (aérosols / gouttelettes) ? Que savons-nous aujourd'hui du risque de contagiosité des personnes positives asymptomatiques, et spécifiquement des enfants ? Quelle a été l'évolution des connaissances liées au traitement du Covid-19 ? Comment expliquer que l'intérêt de la cortisone ait été mise en lumière si tardivement alors qu'il s'agit d'une molécule aussi connue ?</p> <p>Voir réponse plus haut sur l'avis ventilation et le travail avec le KCE sur les aérosols. Il y a de plus en plus d'attention sur ce sujet. En ce qui concerne les enfants, le débat scientifique test toujours en cours. Nous n'avons pas étudié la question en détail sous forme d'un avis. Il n'y a pas d'avis officiel du CSS car ce sujet a surtout été pris en charge par d'autres partenaires comme Sciensano, AFMPS, CBIP, etc.</p>
	<p>Est-ce que le CSS a été en contact avec ses homologues des pays voisins dans le cadre de la lutte contre la covid-19 ? Si oui, quelle était la nature et les objectifs de ces contacts ? Est-ce qu'il y a eu un partage des réflexions menées et des recommandations « bonnes pratiques » ?</p> <p>La Vaccination a été le sujet le plus débattu avec des partenaires étrangers au sein du réseau des NITAG pilotés par l'OMS</p> <p>Pour les autres thématiques, il est évident que nous avons tenu compte des recommandations internationales, des retours d'expérience des premiers pays touchés et des rapports scientifiques des autres pays quand ils étaient disponibles. Il était compliqué pour le CSS d'engager des avis communs sur tous les sujets. Cela aurait pris trop de temps.</p>

En mai 2020 vous aviez publié un avis n°9599 sur la ventilation des espaces clos en dehors des hôpitaux et des institutions de soins. Votre conclusion était à l'époque négative:

« Avec les règles d'application dans le pays et les règles d'hygiène des mains et des surfaces renforcées, il n'y a pas d'évidence scientifique claire indiquant que le fait d'aller faire ses courses ou de se rendre au bureau soit une voie de contamination et de transmission importante du virus SARS-CoV-2. Toutes les solutions de système de ventilation performant ou hautement technologiques de type HEPA ainsi que les méthodes de désinfection basées sur l'ozone ou les UV-C, etc. procureraient donc un faux sentiment de sécurité et pourraient réduire l'attention sur les règles qui sont, elles, efficaces, simples, peu coûteuses, peu énergivores et surtout non toxiques. »

L'aération est pourtant devenue aussi importante que les autres gestes barrière, en particulier depuis la publication d'études de l'Université du Colorado sur l'infection par aérosols relayée par le journal El Pais, et selon lesquelles le danger de contamination diminue dans une salle en présence de personnes masquées si l'on écourte la durée de la rencontre et surtout si on ventile cette pièce.

J'ai interrogé le Ministre de la Santé à ce sujet, lui expliquant que: « (...) en juillet dernier, 239 scientifiques de 32 pays différents ont adressé une lettre ouverte à l'OMS lui demandant de reconnaître que le virus pouvait se propager aussi bien par de grosses gouttes après un éternuement que par des « aérosols ». (...) L'Allemagne a ainsi récemment ajouté l'aération en tant que nouveau geste aux recommandations officielles (...) Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies a également confirmé que le rôle de la ventilation pouvait s'avérer crucial (...). (...) l'importance de l'aération est-elle étudiée en Belgique ? Envisagez-vous d'en faire un nouveau "geste barrière"? »

Voici la réponse du Ministre: « En ce qui concerne la ventilation, vous avez totalement raison. (...) Il y a un aspect de sensibilisation, mais il y a aussi un aspect purement économique. La ventilation, hélas, pourrait-on dire, est un secteur d'avenir. Il faut vraiment développer le secteur de la ventilation. Il faut développer la recherche et le développement de technologies de pointe en termes de ventilation pour les auditoriums, les bureaux. (...) J'ai mentionné cela aussi au niveau du kern du gouvernement fédéral, en marge d'un autre débat. Je crois que nous devons sensibiliser l'opinion publique, mais aussi donner des impulsions, des incitants au développement de cette industrie et de ces technologies. C'est aussi un élément de relance (...). »

Au regard de ces arguments, le CSS a-t-il été chargé - ou bien l'envisage-t-il - d'actualiser son étude?

L'avis CSS 9599 met justement en avant l'importance de la ventilation des locaux au vu de la possible transmission par des aérosols. Cela a d'ailleurs été repris parmi les règles d'or des Autorités. L'avis donne les grands principes de base pour régler les différents systèmes d'aération des locaux hors hôpital. La question de l'ajout systématique, partout de filtres HEPA, d'Ozone, d'UV, de biocides, etc. aux systèmes existants d'aération est encore controversée en termes d'efficacité et d'utilité contre la COVID. La bonne aération ne l'est plus, elle grâce aux nouvelles données. L'avis est en cours de révision à l'approche de la période hivernale. C'est un sujet avec des impacts économiques et des lobbies importants au niveau de l'UV, Ozone, biocides, etc. Il faut vérifier leur efficacité et utilité réelle avant de les recommander pour tout le monde et partout. Par essence, les firmes ne peuvent pas donner un avis indépendant sur ce sujet et promeuvent leurs produits et ce à un prix très élevé.

5° MESURES DE COORDINATION ET DE MISE EN ŒUVRE POUR LUTTER CONTRE L'ÉPIDÉMIE / COORDINATION ET MISE À 5° ET ŒUVRE DES MESURES DE LUTTE CONTRE**5.10. efficiency van de nationale coördinatie / 5.10. efficience de la coordination au niveau national**

Hoe verliep de samenwerking met het KCE? Bleven jullie takenpakketten strikt gescheiden? Werd er veel dubbel werk gedaan of zien jullie mekaar als complementair?

Comment s'est passé la coopération avec le KCE ? Vos tâches sont-elles rester strictement séparées ? Y a-t-il eu beaucoup de dédoublements ou vous voyez-vous comme complémentaires?

Il n'y a eu aucun chevauchement de nos activités dans le cadre de la COVID,. Le KCE s'est même proposé de se mettre à disposition du CSS et de Sciensano si besoin. Nous avons d'ailleurs fait appel à eux pour les masques et les pratiques aérosolisantes avec succès. Nous collaborons avec eux et Sciensano, depuis de nombreuses années notamment sur les vaccins au sein du NITAG.

Nous sommes actuellement en train de partager avec eux nos programmes de travail pour 2021 afin d'éviter tout dédoublement de sujets de recherche comme nous le faisons depuis 3 années de manière systématique.

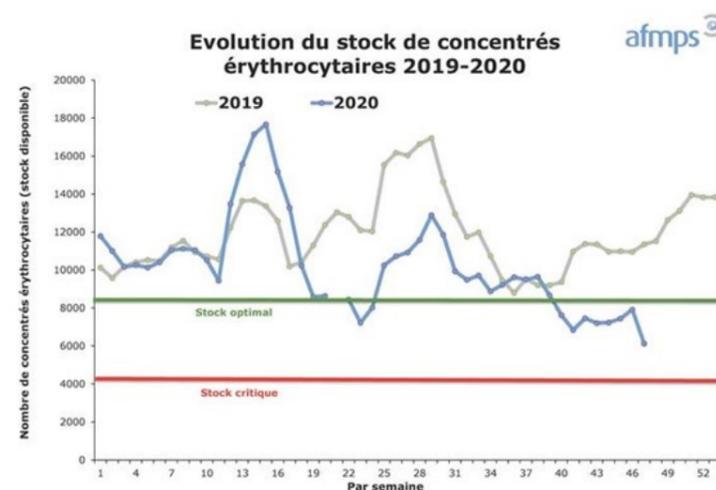
7° CONSÉQUENCES CRISE SOINS NON LIÉS À LA COVID / 7° EFFETS CRISE SOINS NON LIÉS AU VIRUS

Over de veiligheid van bloedtransfusies en aanverwante producten publiceerden jullie pas in juni 2020 een rapport waarbij geconcludeerd werd dat er geen probleem is, tenzij in geval van ernstig zieken die uiteraard geen bloed zullen doneren. Waarom komt dit advies zo laat? Wordt er in de centra opgevolgd of dit advies correct is? Gaat men hier uit van het voorzorgsprincipe, gezien ook verticale transmissie van moeder op kind of seksueel overdraagbare transmissie op dat moment niet uitgesloten was?

En ce qui concerne l'innocuité des transfusions sanguines et des produits connexes, vous n'avez publié un rapport qu'en juin 2020 qui concluait qu'il n'y avait pas de problème, sauf dans le cas de personnes gravement malades qui, bien sûr, ne donneront pas de sang. Pourquoi vos conseils arrivent-ils si tard ? Est-il suivi dans le centra si ce conseil est correct? Est-ce fondé sur le principe de précaution, étant donné que la transmission verticale de la mère à l'enfant ou la transmission sexuellement transmissible n'était pas exclue à ce moment-là?

Cet avis ne traite pas uniquement de la question de la transmission sanguine hypothétique de ce virus mais de nombreux aspects du système transfusionnel dans sa globalité. En pleine période de crise, il n'est pas aisé d'obtenir des renseignements sur les données en cours car les scientifiques et cliniciens sont débordés par d'autres tâches. Des modèles d'évaluation par transmission entre animaux n'existent pas encore pour ce virus spécifique et il est non éthiquement acceptable de le transfuser à des volontaires pour obtenir une réponse directe sur le risque réel encouru. Aussi, travailler avec un pathogène de niveau BSL-3 —c.-à-d. avec du matériel sécurisé à accès limité et davantage sollicité lors des vagues épidémiques— cause un délai pour obtenir des résultats sur la culture du Sars2 à partir du sang de personnes infectées. Les services du sang ne sont pas équipés pour de telles analyses et ne peuvent déterminer l'innocuité des transfusions. L'avis explique comment le système d'hémovigilance belge a restreint les possibilités de transfusions provenant de donneurs tombés malades après leur don. Depuis cet été, de grandes séries de données (50.000 – 400.000 donneurs de Chine, des Etats-Unis, dépistés par RT-qPCR sur le plasma) ont été analysées et certifient l'absence de traces de Sars2 dans le sang des donneurs.

Cet avis de plus de 80 pages, reprenant de très nombreuses publications scientifiques et l'expertise de contacts à l'étranger et en Belgique avec d'autres agences a été utilisé par l'AFMPS dans sa communication vers les acteurs de terrain. **Il reste fondamental de monitorer en continu les stocks disponibles en Belgique et de s'assurer que toute la chaîne fonctionne surtout quand les hôpitaux sont en pleine capacité et qu'une partie des donneurs pourrait diminuer leurs dons en raison de la pandémie actuelle. Une communication spécifique vers les donneurs de la part des Autorités et basée sur le rapport CSS est probablement souhaitable maintenant et sur le long terme.**



9°CHAÎNE DE COMMUNICATION GOUVERNEMENT FÉDÉRAL / 9° CHAÎNE DE COMMUNICATION

	<p>Hoe schat u het aantal organen betrokken bij de besluitvorming in? Hoe heeft dit het beleid beïnvloed? Welke impact heeft dit gehad op de preventie voor de tweede golf?</p> <p>Comment estimez-vous le nombre d'organismes impliqués dans la prise de décision? Comment cela a-t-il affecté la politique? Quel impact cela a-t-il eu sur la prévention de la deuxième vague?</p> <p>Déjà répondu plus haut.</p>
	<p>Comment améliorer, selon vous, les relations entre experts, scientifiques et monde politique dans le cadre d'une gestion de crise comme celle-ci ? Comment mieux permettre la prise de décisions sur base de données, d'informations objectivées ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les rapports scientifiques doivent être publiés de manière indépendante. 2) Les rapports et décisions administratives et politiques doivent être publiés de manière indépendante en se basant sur les rapports scientifiques. <p>➔ Si une décision administrative ou politique diffère de l'avis scientifique, quand il existe, il faut alors expliquer clairement les raisons qui justifient ce choix car beaucoup d'autres facteurs peuvent intervenir dans la décision finale (cf. expérience aux Pays-Bas par exemple).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Enfin, il faut centraliser la communication de crise (politique et experts ensemble avec un même message) et expliquer les recommandations soutenues et pourquoi certaines ne le sont pas ou partiellement ou pas à ce moment-là. La Belgique a souvent été saluée pour cela avec notamment le travail des différents porte-paroles du centre de crise qui étaient des scientifiques et pas des politiques ni du personnel dirigeant administratif. De nets progrès ont été faits à ce niveau par rapport à la crise Ebola ou autres pandémies. Bien entendu, des améliorations sont toujours possibles. 4) Le rôle des médias, souvent à la recherche du scoop, de la controverse ou de l'expert qui a un avis différent, ont également un rôle crucial et majeur à ce sujet tout en gardant bien entendu leur indépendance propre et fondamentale. Dans ce cadre, il est particulièrement important de faire la différence pour le public entre un avis d'experts (libres de COI – dans un aspect multidisciplinaire) porté par une institution scientifique et un groupe d'experts au CONSENSUS par rapport à l'avis ponctuel d'un seul expert sur un sujet spécifique et controversé. Cela ne devrait pas avoir le même poids en termes de communication dans les médias.
	<p>De Hoge Gezondheidsraad vormt een hoogstaand wetenschappelijk expertisecentrum. De overheid zou de Raad bijgevolg moeten erkennen en waarderen voor haar kwaliteitsvolle bijdrage aan haar taken. Voelt u zich op die wijze ook voldoende gerespecteerd door de beleidsmakers, inzonderheid minister van Volksgezondheid Maggie De Block? Hoe staat en stond de Hoge Gezondheidsraad tegenover de uitspraken in februari 2020 van toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block in verscheidene media, dat het coronavirus slechts een weinig besmettelijke en milde griep betrof? Wanneer waren u en uw diensten ervan op de hoogte dat deze uitspraken geen waarheid bevatten? En hebt u initiatieven (adviezen of andere) genomen toen u hiervan op de hoogte was? Hoe staat en stond de Hoge Gezondheidsraad tegenover de uitspraken van toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block en van viroloog Marc Van Ranst in verscheidene media, dat het dragen van mondklappers nutteloos was? Wanneer waren u en uw diensten ervan op de hoogte dat deze uitspraken geen waarheid bevatten? En hebt u initiatieven (adviezen of andere) genomen toen u hiervan op de hoogte was? Op 25 februari 2020 verklaarde toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block in 'De Ochtend' op Radio 1 dat in de strijd tegen het coronavirus, het afsluiten van grenzen "geen enkele zin" had. Heeft de Hoge Gezondheidsraad ooit een standpunt of advies geformuleerd over dit afsluiten van de grenzen? Is de Raad hierover ooit om een standpunt of advies verzocht? En indien er een standpunt of advies is geweest: welke was de conclusie van de Raad?</p> <p>- Le CSS est un centre scientifique d'expertise de haute qualité. Les pouvoirs publics devraient donc reconnaître et valoriser le Conseil pour sa contribution de qualité à ses tâches. Vous sentez-vous aussi suffisamment respecté par les décideurs politiques, en particulier la ministre de la Santé Maggie De Block ?</p> <p>Nous vous remercions pour cette affirmation que nous partageons. Néanmoins, le Conseil n'est pas un organe politique et nous n'avons pas de commentaires à donner sur les déclarations politiques, reprises et parfois transformées ou amplifiées par les médias, des uns ou des autres. Le Conseil a plus de 170 ans d'existence au service des Autorités politiques et administratives, des professionnels de terrain et de la population belge dans son ensemble et nous comptons bien continuer de la sorte longtemps en nous appuyant</p>

	<p>sur notre expérience, notre réseau d'experts indépendants et nos procédures internes.</p> <p>Comment le CSS a-t-il déclaré et a-t-il soutenu les déclarations faites en février 2020 par la ministre de la Santé de l'époque, Maggie De Block, dans plusieurs médias, selon qui le coronavirus n'était qu'une grippe un peu contagieuse et bénigne? Quand vos services et vous étiez-vous au courant que ces déclarations ne contenaient aucune vérité? Et avez-vous pris des initiatives (opinions ou autres) quand vous étiez au courant d'eux? Déjà répondu plus haut.</p> <p>Comment le CSS a-t-il résisté aux déclarations de la ministre de la Santé de l'époque Maggie De Block et du virologue Marc Van Ranst dans plusieurs médias selon qui le port de masques buccaux était inutile? Quand vos services et vous étiez-vous au courant que ces déclarations ne contenaient aucune vérité? Et avez-vous pris des initiatives (adviezen ou autre) quand vous étiez au courant d'eux? Déjà répondu plus haut.</p> <p>Le 25 février 2020, la ministre de la Santé de l'époque, Maggie De Block, a déclaré sur Radio 1 que dans la lutte contre le coronavirus, la fermeture des frontières n'avait " aucun sens « Le CSS a-t-il déjà formulé une position ou un avis sur cette fermeture des frontières? Le Conseil a-t-il déjà demandé une position ou un avis à ce sujet? Et s'il y avait une position ou un avis, quelle était la conclusion du Conseil ?</p> <p>Ceci est une décision politique de gestion de crise. Il n'y a pas de question scientifique à proprement parlé et donc le CSS n'a pas émis d'avis sur le sujet.</p>
	<p>Dans votre communication du 3 avril, vous indiquez que « Nos recommandations scientifiques sont actuellement exclusivement destinées aux organisations avec lesquelles nous collaborons et qui en assurent alors le suivi qu'elles jugent adéquat et possible. » En quoi est-ce que vos recommandations ont été suivies ? En quoi les autorités se sont-elles distancées de vos recommandations ? Déjà répondu plus haut.</p> <p>- Comment expliquez-vous que les autorités se soient distancées de vos recommandations ? Ces raisons sont-elles acceptables pour vous ? (ex : vaccin grippe : non-respect de la stratégie en raison du manque de vaccins). Une décision politique-administrative devrait être basée sur des recommandations scientifiques quand elles existent. Les données scientifiques évoluant constamment, elles doivent également être adaptées sur le plan scientifique en fonction des connaissances du moment. Néanmoins, d'autres facteurs peuvent intervenir sur la décision finale comme la disponibilité du matériel, la faisabilité d'application logistique, l'acceptation par les acteurs de terrain, un accord politique, le timing, les bases juridiques, des questions éthiques, un impact budgétaire, etc.</p> <p>Pour le Conseil, il n'y a pas de raisons acceptables ou pas, il y a des raisons qu'il faut pouvoir expliquer et communiquer, en toute transparence, quand il est décidé de s'éloigner de la recommandation strictement scientifique. Il faut avoir une collaboration renforcée entre le monde scientifique et politique-administratif en cas de crise (rôle du RMG notamment) mais bien faire la différence entre les avis d'analyse des risques et de recommandations scientifiques d'une part et la gestion du risque et les décisions administratives et politiques qui en découlent d'autre part. Parfois, cette différence n'a pas été clairement expliquée et cela a mené à des tensions, frustrations et incompréhensions entre les deux mondes.</p> <p>Dans votre communication du 3 avril 2020, vous indiquez que « En cette période de covid-19, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) adhère pleinement au principe d'une seule source de communication officielle à savoir celle de la cellule de crise et il respecte très strictement cette consigne afin d'éviter d'ajouter de la confusion à tout ce qui circule déjà. Cependant, loin des médias, il n'est pas resté inactif, bien au contraire. »</p> <p>- Comment évaluez-vous la stratégie de communication menée jusqu'à présent par les autorités au sujet de la crise du covid-19 ? Quels sont, selon vous, les éléments à améliorer à l'avenir ? En cas de crise nous continuons à penser, jusqu'à preuve du contraire, qu'il faut centraliser la communication de crise (politiques et experts ensemble avec un même message) et expliquer les recommandations soutenues et pourquoi certaines ne le sont pas ou partiellement ou pas à ce moment-là. La Belgique a souvent été saluée pour cela avec notamment le travail des différents porte-paroles du centre de crise qui étaient des scientifiques et pas des politiques ni du personnel dirigeant administratif. Selon nous, de nets progrès ont été faits à ce niveau par rapport à la crise Ebola ou autres pandémies antérieures et ce en l'absence d'un Gouvernement unique et en charge de toute la crise. Bien entendu, des améliorations sont toujours possibles. L'avis CSS-9589 santé mentale mentionne la communication et fait des recommandations à ce sujet aux autorités, qui pourraient être des pistes pour « des éléments à améliorer » (notamment : tenir compte des différences dans l'éducation aux médias et les préférences de la population en matière de médias et utiliser une diversité de médias, gagner et conserver la confiance, faire appel à l'esprit communautaire plutôt qu'à la coercition, etc.). La révision de l'avis en cours portera aussi une attention importante à la communication de crise.</p>

En résumé : « Le CSS recommande que, tout au long de la pandémie, les aspects psychosociaux soient pris en compte, non seulement pour diminuer les problèmes de santé mentale au sein de la population, mais aussi pour favoriser un meilleur suivi des directives relatives à la pandémie. Pour cela, il faut d'une part, faire le nécessaire pour prévenir, détecter et traiter les problèmes de santé mentale ; et d'autre part réduire la détresse dans la population. Il faut viser à renforcer la résilience individuelle et collective. **Il faut pour cela une communication claire, cohérente et transparente, et utiliser une diversité suffisante de médias. Il est important de faire appel à l'esprit communautaire, plutôt qu'à la coercition et la répression, qui ont des effets pervers sur la santé mentale et le respect des directives** ».

En détails :

- La confiance dans les informations mises à disposition, les experts et les titulaires de l'autorité, est susceptible d'avoir une influence positive sur le rétablissement. Gagner et conserver la confiance des personnes doit donc être une priorité pour les autorités.
- Il existe un besoin général de communication claire, transparente et coordonnée. Une communication véridique doit être la priorité, même dans un contexte de complexité et/ou de compréhension progressive. Des communications et des discussions contradictoires sur les décisions politiques prises ou la simple perception de telles contradictions renforcent le sentiment d'inquiétude qui règne au sein de la société. Il est donc crucial de communiquer de manière univoque et solide en accordant une attention aux défis spécifiques de la communication tels que la stigmatisation et la discrimination, les différences dans l'éducation aux médias et les préférences de la population en matière de médias. Pour toucher le plus grand nombre possible d'individus de manière uniforme, la stratégie de communication doit diversifier les médias utilisés. Il est également indispensable de répartir clairement les rôles et les tâches dans le domaine de la communication.
- Les médias peuvent jouer un rôle important, tant positif que négatif, en diffusant des informations sur les conséquences d'une situation d'urgence collective. Une grande attention médiatique accordée aux aspects dramatiques d'une situation d'urgence collective peut renforcer la compassion accrue de la société envers les victimes, mais peut également renforcer la peur.
- Bien que les médias sociaux offrent une forme de connexion, ils sont aussi une source de (trop-plein) d'informations, parfois fausses, et de stress, surtout pour les personnes qui sont seules et qui sont moins capables de communiquer à leur sujet avec les autres.

Renforcer la résilience individuelle et collective : La résilience joue un rôle important dans la réduction du risque de stress toxique et des problèmes de santé qui y sont associés, tant dans la population générale que dans les groupes cibles spécifiques. La plupart des personnes concernées retrouvent leur équilibre sans l'aide d'intervenants professionnels. Durant la phase aiguë, il est nécessaire de faire appel à l'esprit communautaire et à la solidarité. La coercition et la répression ont des effets pervers, tant sur la santé mentale que sur le respect des conseils. La manière dont la communauté à laquelle on appartient répond à l'urgence collective est importante. Le soutien, l'attention, la reconnaissance et le respect ont tous un effet protecteur ».

10° LOCKDOWN EN EXITSTRATEGIE / 10° CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT

10° LOCKDOWN EN EXITSTRATEGIE / 10° CONFINEMENT ET DÉCONFINEMENT	
	<p>De horeca diende een eerste keer een periode te sluiten vanaf de nacht van 13 op 14 februari 2020. De avond voordien werd gekenmerkt door een hoog aantal drukbezochte lockdownfeestjes. Een nachtmerrie voor artsen en virologen, maar toegelaten door de overheden. Heeft de Hoge Gezondheidsraad hierover een standpunt of advies geformuleerd voorafgaand aan deze feestjes? Is de Raad hierover ooit om een standpunt of advies verzocht? En indien er een standpunt of advies is geweest: welke was de conclusie van de Raad?</p> <p>Nous ne percevons pas de caractère scientifique précis à cette question .Il ne nous est donc pas possible d'y répondre, cependant il n'y a pas eu d'avis du Conseil sur l'Horeca et les lock down party en particulier. Ces dernières démontrent surtout l'importance de la communication des Autorités pour une adhésion de la population aux mesures (manque de cohésion sociale à certain moment d'une partie de la population).</p>
	<p>N'aurait-il pas fallu réaliser une étude belge (elles existent pour d'autres pays comme l'Angleterre) spécifique sur les risques de contamination et de cluster au sein des entreprises, pour éviter l'arrêt de certaines activités économiques et de mettre des travailleurs et travailleuses au chômage ?</p> <p>En effet, cela serait très intéressant de disposer de ces données mais la question est à adresser à Sciensano et aux responsables du tracing qui suivent les données épidémiologiques.</p>